

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO JOSE DE FREITAS NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03303

CONTA: 000000016172-9

Nr. da Autenticação 79AEB5B2D579E3A4

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190468005 **Cidade:** Monte Alegre de Sergipe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO JOSE DE FREITAS NETO **Data do acidente:** 03/05/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.12)

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações: DE ACORDO COM RELATÓRIO MÉDICO ACOSTADO (P.1) DATADO DE 06/08/2019, ASSINADO POR DR. ELIS CRISTINA A. S. BARRETO, CRM 5472 - SE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

JOANA FERREIRA DA SILVA
ASSENT NOVA ESPERANÇA, 00 - AREA RURAL
MONTE ALEGRE DE SERGIPE / SE CEP: 49900000 (40 345)



Ligação MONOFÁSICO
Cobrec RES MTC BT / RESIDENCIAL - BOM RENOVA
Medidor 8-430-175-1649 Referência Jun/2019
Medidor A5020822438 Emissão 12/06/2019

ENERGISA SERGIPE DISTRIBUIÇÃO S.A.
Rua Min. Antônio Sales, 91 - Início Sertão
Aracaju / SE - CEP: 49040-180
CNPJ: 07.460.000/0001-00 Ins. Est. 270.787.439
Nota Fiscal Central Energia Elétrica Nº 014.034.719
Cad. para Dab. Automática: 00010085199

Atendimento ao Cliente ENERGISA 08000 79 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jun / 2019	12/06/2019	15/07/2019	971.831.725-20

UC (Unidade Consumidora): 3/1008519-9

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.439, de 26 de abril de 2002.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
14/06/19	5308	12/06/19	5373			
Demonstrativo						
CC: Descrição						
	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Ala. Inten. (R\$)	Base Calc. (R\$)	Consumo (R\$)
	Tributos (R\$)		ICMS (R\$)	ICMS	Potência (R\$)	(1,00 kWh) (R\$ 0,02)
001 Consumo de 30kVA-BR	30.000	0.188280	5.54	0.00	0.00	5.54
002 Consumo - 3ª 100kVA-BR	36.000	0.322790	11.62	0.00	0.00	11.62
003 Adc. B. Amarela			0.22	0.00	0.00	0.22
004 Subsidio			15.49	0.00	0.00	15.49
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
007 CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			0.76	0.00	0.00	0.00
008 JUROS DE MORA 05/2019			0.29	0.00	0.00	0.00
009 MULTA 05/2019			1.39	0.00	0.00	0.00
010 ATUALIZAÇÃO MONETARIA 05/2019			0.39	0.00	0.00	0.00
011 Devolução Subsidio			-17.37	0.00	0.00	0.00

CC: Código de Classificação do tam. TOTAL 29.03 0.00 0.00 35.76 0.39 1.79
Tarifa Tributo At 20kWh 0.179850 At 100kWh 0.322790

Média últimos meses (kWh) 71

VENCIMENTO 19/06/2019

TOTAL A PAGAR R\$ 29,03

Histórico de Consumo (kWh)

60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84
Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19

RESERVADO AO FISCO

56df.17bb.aae3.af35.e723.7060.1567.ae66

Composição do Consumo

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIA MENSAL	11.89	0.11	NOMINAL	220
DIA TRIMESTRAL	23.18			
DIA ANUAL	46.36	1.00	CONTRATADA	202
DIA MENSAL	11.89		LIMITE SUPERIOR	221
DIA TRIMESTRAL	23.18			
DIA ANUAL	46.36	0.11		

VENCIMENTO 19/06/2019

ATENÇÃO

Faturas em atraso

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$17,37.
Atenção: A responsabilidade pela iluminação pública é da prefeitura do município.
Resol. Tarifária - Vigência 22/04/19 - Resol. ANEEL nº 2.531-Baixa Renda - Tensão 3.33% Médio
Resol. Tarifária - Vigência 22/04/19 - Resol. ANEEL nº 2.531-Ata Tarifária 1.84% Médio

INVESTPREV

07 AGO 2019

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
RUA DOS SILEOS, 3217 / CASA A - SILEOS
NOSSA SENHORA DA GLORIA / RECIFE - PE CEP: 51000-000 (AQ: 430)



Ligação: BIFÁSICO
CM/Sec: R59 MTC 81 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: S-430-340-7381 Referência: _____
Medidor: ER002342123 Emissão: 10/07/2019

ENERGISA SERGIPE DISTRIBUIÇÃO S.A.
Rua Min. Antônio Sales, 31 - Início Barbosa
Aracaju / SE - CEP: 55040-150
CNPJ: 13.017.462/0001-40 Insc. Est. 270.767.436
Nota Fiscal / Conta de Energia Eletrônica Nº 015.000.713
Cód. para Dth. Automática: 00000127879

Atendimento ao Cliente ENERGISA 08000 79 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jul / 2019	10/07/2019	09/08/2019	020.003.675-00 / Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 3/912787-9

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 07/05/18 Leitura: 8225	Data: 10/07/19 Leitura: 8300	1	75	33
Demonstrativo				
Descrição				
Tributos Total (R\$) ICMS (R\$) ICMS				
0601 Consumo em kWh	75,000 0,770340	57,75	57,75 25	14,44 57,75 0,65 2,88
0601 Adic. B. Amarela		0,50	0,50 25	0,12 0,50 0,00 0,23
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0801 CONTRIB. LUM. PÚBLICA		8,78	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00
0804 JUROS DE MORA 05/2018		0,08	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00
0805 MULTA 05/2018		1,24	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00

CCF: Código de Classificação do Item TOTAL: 68,33 58,35 14,58 58,35 0,83 2,92
Tarefa e Tributos: 0,530720

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
54	17/07/2019	R\$ 68,33

Histórico de Consumo (kWh)											
Jul/18	Agos/18	Sep/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Mai/19	Jun/19

RESERVADO AO FISCO
ae2a.b428.38d8.7417.667e.6d3c.cf3f.29b3.

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
Límites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
DIA MENSAL	13,15	0,00		Serviço de Dist. de Energia	14,80	21,66
DIA TRIMESTRAL	13,20			Compra de Energia	31,22	45,82
DIA ANUAL	24,85		NOMINAL 127	Serviço de Transmissão	1,42	2,08
PIQ MENSAL	9,38			Energia Perdas	2,82	4,12
PIQ TRIMESTRAL	8,74		CONTRA TELA	Impostos, Oribitos e Encargos	28,17	41,23
PIQ ANUAL	13,45		LÍMITE INFERIOR 117	Outros Serviços	0,00	0,00
DIAC	3,81		LÍMITE SUPERIOR 132			
DIAR	12,22			Total	68,33	100,00

ATENÇÃO
Atenção: A fatura é emitida para o proprietário ou para o responsável pelo imóvel.

Faturas em atraso

INVESTPREV

07 AGO 2019

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Jose Marcos J. O. Rosa inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.003675/00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Jose De Freitas Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.814.785/77, do sinistro de DPVAT cobertura imobiliz da Vítima Antonio Jose Freitas Neto, inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.814.785/77, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua dos Silvas</u>		Número	<u>217</u>	Complemento	<u>Externo</u>
Bairro	<u>Brasília</u>	Cidade	<u>N. Sra. Da Glória</u>	Estado	<u>SC</u>	CEP
Email	<u>marcosduferia@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>4999189207</u>	Telefone celular (DDD)	<u>49.99252568</u>

N. Sra. Da Glória 07 de 08 de 19
Local e Data

Jose Marcos de Oliveira Rosa
Assinatura do Declarante

INVESTPREV

07 AGO 2019

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Josivan Alves de Freitas
RG nº 3645818-0, data de expedição 23/11/17
Órgão SSP/SE, portador do CPF nº 067.701.885-11
com domicílio na cidade de Monte Alegre, no Estado de
Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Nôva Esperança, nº 514
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Antônio José de Freitas Neto, cujo o condutor era
Edmar Alves de Freitas
Veículo: Moto Modelo: HONDA POP 100 Ano: 2014-2015
Placa: QKP7754 Chassi: 902 HB0210 ER 431918
Data do Acidente: 03/05/19



Local e Data: Monte Alegre

X Josivan Alves de Freitas

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



INVESTPREV

07 AGO 2019

Secretaria M. de Saúde e Saneamento

Antônio José de Freitas Neto
RECEITUÁRIO

Relatório Médico

Relato, para os devidos fins, que o paciente supracitado foi vítima de acidente de trânsito em 03/05/19 envolvendo motocicleta e teve como consequência fratura em punho esquerdo, sendo realizado cirurgia ortopédica para correção da fratura. Encontra-se com limitação de movimento, redução importante da força de mão e antebraço Esquerdo, o que o impossibilita de realizar atividades laborais no momento. Em programação para cirurgia ortopédica corretiva e fisioterapia metano para redução de danos

Att.

06/08/19

Dr. Elton Carlos S. Barreto
CRM-SE 5472

INVESTPREV

07 AGO 2019

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 655753

DATA: 03/05/2019

HORA: 21:06

USUARIO: DRJESUS

CNS:

SETOR: 05-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ANTONIO JOSE DE FREITAS NETO DOC....: 34648640
IDADE.....: 37 ANOS NASC: 13/10/1981 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: RUA PAO DE ACUCAR NUMERO: 00
COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: CENTRO
MUNICIPIO.....: MONTE ALEGRE DE SERGIPE UF: SE CEP....: 49690-00
NOME PAI/MAE...: PAULO ALVES DE FREITAS /JOANA ALVES DE FREITAS
RESPONSAVEL....: ESPOSA TEL....: 079.99807.9972
PROCEDENCIA...: MONTE ALEGRE DE SERGIPE - SE
ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO .VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [] X mmHg [] PULSO: []] TEMP.: []] PESO: []]

EXAMES COMPLEMENTARES: [X] RAO X [] SANGUE [] URINA [] TC
na Cristina 617 [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Paciente vítima de queda de moto, chegou ao hospital por meios próprios. Não fazia uso de capacete. Nega perda de consciência, náuseas e vômitos. Refere dor em punho E. Ao exame: ECG 15, supneic em ar ambiente, estovel hemodinamicamente, tórax simétrico. Abdomen flácido e indolor. Punho E - sinal de fratura. Nega drogas.

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1) Rx de punho E (2P)

2) Tremel 100 g + 5F0.9% 100 ml EV 21h40 21h40

3) Análise de interpedie

4) Alta da CG

Gilberto de Góis Bar.
Avaliador de Emergência
COREN - 585704

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO

[] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

BETO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIAR [] ANAT. PATOL

Gustavo Vieira do Santo

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. Ricardo Fonseca
Ortopedia e Traumatologia
CRM 46015 - TE 15345





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HPI

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HPI

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Antonio José de Fátima Melo

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

70101510151319190413171510

8 - DATA DE NASCIMENTO

13/10/1981

9 - SEXO

MASC. ☒ 1

FEM. ☐ 3

10 - RAÇA / COR

11 - NOME DA MÃE

Joana Alves de Freitas

12 - TELEFONE DE CONTATO

79980419173

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº BAIRRO)

Rua São de Azevedo

14 - TELEFONE DE CONTATO

34648640

17 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

M. J. de Siqueira

18 - COD. IBSSE MUNICIPAL

19 - UF

20 - CEP

516

40090-100

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dor, edema e hiperemia
na região da coxa esquerda

22 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

23 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame físico e radiológico

24 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura de fêmur

25 - CID 10 PRINCIPAL

S52.5

26 - CID 10 SECUNDÁRIO

27 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

fratura de fêmur

29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

041080900492

30 - CLÍNICA

31 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

32 - DOCUMENTO

() CNES () CPF

33 - Nº DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

115147519105134

34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Luciano P. de Siqueira

35 - DATA DA SOLICITAÇÃO

1/1

36 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Luciano P. de Siqueira
Ortopedista

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

37 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

40 - CNPJ DA SEGURADORA

43 - CNPJ DA EMPRESA

41 - Nº DO BILHETE

42 - SÉRIE

44 - CNES DA EMPRESA

45 - CNOR

46 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - COD. ORGÃO EMISSOR

53 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

() CNES () CPF

50 - Nº DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

1/1

52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PRONTUÁRIO DE CLÍNICA CIRÚRGICA, MÉDICA E PEDIÁTRICA.

Data, Internamento

Data, Saída

Nº. da Internação

13/05/2019

14/05/2019

25919

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Cartão SUS: 700/5051399/0431750

NOME DO PACIENTE: Antônio José de Freitas Neto

DATA DO NASC. 13/10/1981

SEXO: ☒ Masc. () Fem.

NOME DA MÃE: Maria Alves de Freitas

NOME DO RESPONSÁVEL: Paulo Alves de Freitas

LOG: ☒ RUA(081) () AV.(008) () TVA(100) () PRAÇA(065) () CONJ.(020) () POV.(092) () LOTE(056)

LOGRADOURO: São do Pauco Nº 26

BAIRRO: Centro CEP: 44.690-000 TEL: (79) 99807.9973

TIPO DOC: 01 - PIS/PASEP () 02 - IDENT. () 03 - REGISTRO () 04 - CPF () 05 - IGNORADO ()

Nº. DOCUMENTO: 34648640

IDENTIFICAÇÃO DE INTERNAÇÃO

PROCED. SOLIC. 0408020402

CID PRINC. S-52.5

ESPECIALIDADES: (☒) 01 CIRURGIA () 03 CLÍ. MÉDICA () 07 PEDIATRIA.

CARATER DE INTERNAÇÃO: () 01 ELET. (☒) 02 URG.

MOTIVOS DE SAÍDA: () 41 ÓBITO (☒) 12 ALTA M. () 14 ALTA PEDIDO () 16 EVASÃO () 31 TRANSF.

PROF. SOLICIT.: Luciano Pastor ANEST.:

PROCED. REALIZADO	QUANT.	PROCEDIMENTO	CBO	CNES
CONS. AVAL. PCTE. INTERN.		0301010170		2477661
EXAME PRÉ TRANSF.		0212010034		2477661
TRANSF. UNID. DE SANGUE		0306020149	223505	2477661
ACOMPANHANTE (IDOSO)		0802010040		2477661
ACOMPANHANTE (CRIANÇA)		0802010024		2477661
EXAME PATOLÓGICO		0203020030		2477661
Radiografia (Bádm)	02			2477661
Radiografia ()				2477661
Radiografia ()				2477661
Tomografia ()				0002895
Tomografia ()				0002895
ECG				3073533
USG ()				

Nome: Antônio José da Figueira Neto

Idade: 37

Enfermaria: E

Leito: 03

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA E DIETA

13/05

1. Presc. livre 80 mg

5mg

2º TURNO

3º TURNO

ASS.

2. Selco 1mg/ml 2mls

2ml

3. Aspirina 1g 6/6h

10

16h

2x 04

ASS.

4. Mprim 2mg 8mg 15 5/6h

10

16h

2x 04

ASS.

5. Cerdul 1g

Retine

Assine
359403
20/05/15



14/05/15

1. O/E TA VA 4/04E

5mg

2. Ata 10mg 2mls

Ata 10mg

Dr. Leonardo

Assine
359403
20/05/15

Dr. Leonardo

Dr. Leonardo

Dr. Leonardo

LADE HOSPITALAR: *Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho*

SETOR:

LEFT:

ENTE

IOADE

SDIO

1952

DATA

HISTÓRICO

1705

HISTÓRICO

Prate S. 11/2 e 1/2 de 1955
Prate S. 11/2 e 1/2 de 1955

14/05/19
06 TO PG 2/A

12 D.F.O.

F.O. O.K. 50 C 1 C 1 0 T 20 00 00

0.25 1/2 0

\rightarrow Conclusions: (i) $DH \sim \log D_{eq}$

2. ARTA H/O SP/ SOLA B.

Dr. Leonardo Passos
Cirurgião de Orelha,
Nariz e Garganta
CRM 42616-1 EOT 14309

UNIDADE HOSPITALAR	Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho	SETOR		LEITO	
PACIENTE	Antônio José de F. Neto	IDADE		SEXO	

[illegible]

Send

Medicação e Material Médico - Cirúrgico

Anterior foi de Prates Neto

Data:
13/05Leito:
E-03

Descrição	Und	Qtde
drenalina Sol. Molesimal	Amp.	
gua bidestilada 10ml	Amp.	
gua Oxigenada	Fr.	
micacina 100mg	Amp.	
micacina 250mg	Amp.	
minofilina	Amp.	
mpicilina 1gr	Amp.	
mpicilina 500mg	Amp.	
mpicilil	Amp.	
otropina (sulfato) 1ml	Amp.	
icarbonado de Sódio 8.4%	Amp.	
buscopam 5ml	Amp.	
ataflan (diclofenaco)	Amp.	
edilanide 0.4mg	Amp.	
isatracol	Amp.	
lexane 20mg	Amp.	
lexane 40mg	Amp.	
lindamicina	Amp.	
lonidin	Amp.	
lorafenicol 1gr	Amp.	
loreto Potássio 19.1%	Amp.	
loreto de Sódio 20%	Amp.	
Decadron 4mg	Amp.	0.1
Diazepam (valium) 10mg	Amp.	
Dimorf 1mg	Amp.	
Dimorf 0.2mg	Amp.	
Dimorf 10mg (morfina)	Amp.	
Diprivan	Amp.	
Dolantina	Amp.	
Dormonid 15mg	Amp.	0.1
Dormonid 5mg	Amp.	
Efortil 0.01gr	Amp.	
Esmerom	Amp.	
Etonik	Amp.	
Fenergan 50mg	Amp.	
Fentanil 2ml/10ml	Amp.	
Flumazenil 0.1mg	Amp.	
Garamicina 10mg	Amp.	
Garamicina 20mg	Amp.	
Garamicina 40mg	Amp.	
Garamicina 80mg	Amp.	
Gardenal 200ml	Amp.	
Glicose 25%	Amp.	
Glicose 50%	Amp.	

Descrição	Und	Qtde
Gluconato de Cálcio	Amp.	
Heparina 5000 UI/ml	Amp.	
Hidantal 250mg	Amp.	
Insulina	Amp.	
Kanakion	Amp.	
Kefazol 2g	Amp.	0.1
Keflin	Amp.	
Ketalar 50mg - 10ml	Amp.	
Lasix 20mg	Amp.	
Marcaína 0.5% c/v - 20ml	Amp.	0.1
Marcaína Pesada 4ml	Amp.	
Megapen 5.000.000 UI	Amp.	
Metronidazol 500mg (flagyl)	Fr	
Nausebron	Amp.	0.1
Neomicina pomada	Gr	
Nibium	Amp.	
Nilperidol	Amp.	
Novalgina (dipirona)	Amp.	0.2
Omeprazol	Amp.	
Pancuron	Amp.	
Pavulon	Amp.	
Plasil	Amp.	
Profenid 3V	Amp.	0.1
Propofol	Amp.	
Prostigmine 0.5mg	Amp.	
Quelicin 100mg	Amp.	
Quelicin 500mg	Amp.	
Ranitidina	Amp.	
Remifentanil 2mg	Amp.	
Ringer Lactato 500ml	Fr	
Rocefin 1mg	Amp.	
Rocefin 500mg	Amp.	
Sevoflurano	Fr	
Solu-cortef 500mg	Amp.	
Solu-cortef 100mg	Amp.	
Soro Fisiológico 0.9%	Amp.	
Soro Glicosado 5%	Amp.	
Sulfato de Magnésio 50%	Amp.	
Tramal 100 mg	Amp.	
Xilocaína 1% c/v	Amp.	0.2
Xilocaína 1% s/v	Amp.	
Xilocaína 2% c/v	Amp.	
Xilocaína 2% s/v	Amp.	
Xilocaína Geléia	Fr.	

Assinatura da Enfermagem (por extenso)

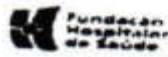
Kipro 400mg - fr

Descrição	Und	Qtde
Aguilha descartável 4x18/30x8/29	Und.	02/03
Alcool 70%	Und.	30ml
Atadura Algodão Ortop.	Und.	
Atadura Crepe 10cm	Und.	04
Atadura Crepe 15cm	Und.	
Atadura Crepe 30cm	Und.	
Atadura Gessada 10cm	Und.	
Atadura Gessada 20cm	Und.	
Azul de Metileno	ml	
Bola de Algodão	Und.	01
Cateter P/ Oxigenoterapia (óculos)	Und.	01
Catgut Cromado C/Aguilha	Und.	
Catgut Cromado S/Aguilha	Und.	
Catgut Simples C/Aguilha	Und.	
Catgut Simples S/Aguilha	Und.	
Clorexidina alcólica	ml	
Clorexidina aquosa	ml	
Clorexidina degermante	ml	
Coletor de Urina Simples	Und.	
Coletor de Urina Fechado	Und.	
Compressa Campo Op. Gde.	Und.	05
Compressa Campo Op. Pna.	Und.	
Compressa de Gaze 7.5 x 7.5	Und.	20ml
Cotonete	Und.	
Cotonete Estéril	Und.	
Dreno de Penrose nº. 01	Und.	
Dreno de Penrose Nº. 02	Und.	
Dreno de Penrose Nº. 03	Und.	
Equipo Macro Gotas	Und.	01
Equipo Micro Gotas	Und.	
Equipo P/Sangue	Und.	
Esparadrapo Comum	Cm.	180
Ethibond	Und.	
Filtro de barreira	Und.	
Fio de Algodão	Und.	
Fita Adesiva Hospitalar	Cm.	
Escola C/ Degermação	Und.	03
Formol Líquido	ml	
Gaze Algodoadas	Und.	
Gelco	Und.	01
Intracath	Und.	
Lâmina de Bisturi	Und.	
Luva Cirúrgica Descartável	Und.	10 pares
Malha Tubular	Und.	
Micropore	cm	

Descrição	Und	Qtde
Mononylon Comum	Und.	
Povidine Degermante	ml	
Povidine Tópico	ml	80
Prolene		
Scalp	Und.	
Seringa Descartável 1ml	Und.	
Seringa Descartável 3ml	Und.	
Seringa Descartável 5ml	Und.	01
Seringa Descartável 10ml	Und.	01
Seringa Descartável 20ml	Und.	02
Sonda de aspiração Traqueal	Und.	
Sonda de Folley 2vias	Und.	
Sonda de Folley 3 vias	Und.	
Sonda (tubo) Endot. C/ Balão	Und.	
Sonda (tubo) Endot. S/ Balão	Und.	
Sonda (tubo) Endot. Aramado	Und.	
Sonda Nasoenteral	Und.	
Sonda Nasogástrica	Und.	
Sonda Retal	Und.	
Sonda Uretal de Nelaton	Und.	
Torneirinha 3 vias	Und.	01
Vicril	Und.	
Aguilha Desc. P/Bloqueio	Und.	
Dreno de Sucção	Und.	
Dreno de Tórax	Und.	
Luvas (par) 7.0	Und.	
Luvas (par) 7.5	Und.	04
Luvas (par) 8.0	Und.	01
Luvas (par) 8.5	Und.	
Máscaras Descartáveis	Und.	06
Gorro	Und.	07
Pro pé	Par	14
Latex	Und.	
Eletrodos	Und.	05
Ar Comprimido	Hora	
Bisturi Elétrico	Hora	
Monitor Cardíaco (cardioscópio)	Hora	200ml
Oxigênio	Hora	11 11
Oxímetro de Pulso	Hora	11 11
N20 (protóxido de azoto)	Hora	11 11
Sala de Recuperação	Taxa	11 11
Vácuo	Hora	
Furadeira	Hora	11 11

Assinatura da Enfermagem (por extenso)

Jeniffer 283726



Ficha de Ato
Cirúrgico

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Nome do Paciente: Adriani Fede da Silva Neto

Diagnóstico Pré-operatório: Fratura do antebraço

Cirurgia realizada: Redução cirúrgica com fixação interna

Cirurgião: Luís Paulo

Auxiliares: _____

Anestesiologista: Luís Paulo

Anestesia: _____

Diag. Pós-operatório: sem

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Realizado o ato cirúrgico em sala de cirurgia.

Acessando, a artroscopia, no braço esquerdo.

Realizando a fixação sob controle de imagem.

Deixando o paciente em decúbito dorsal.

Finalizando o ato.

Encerrando.

Data: 15.05.2019

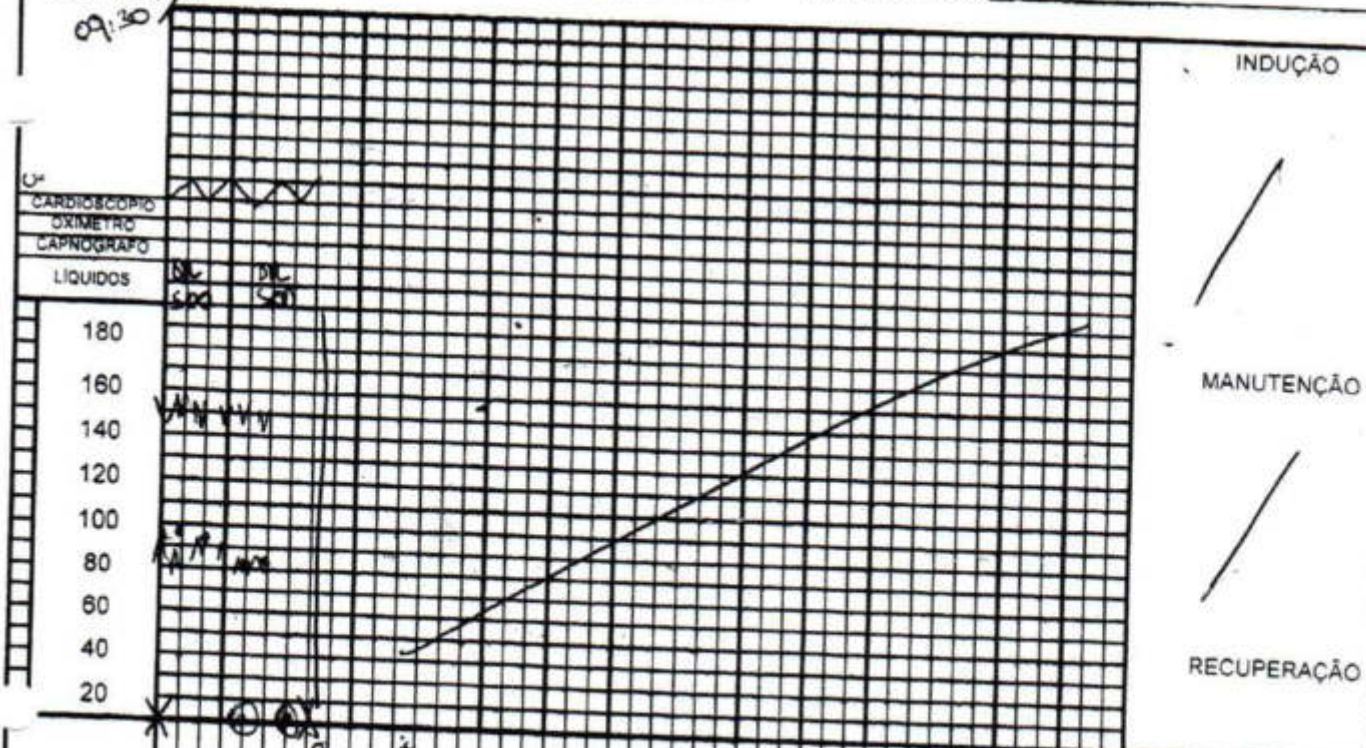
Assinatura do cirurgião: [Assinatura]

Ata de Ato Cirúrgico
Módulo Traumatologia
CRM 866

FICHA DE ANESTESIA

NOME: Antônio José de Freitas Neto Nº PRONTUÁRIO: _____
 CONVÊNIO: _____ DATA 13/05/19 SEXO M COR _____ IDADE _____ PÊSO _____
 NATURAL _____ EST. CIVIL _____ SANGUE _____
 SETOR MÉDICO _____ AMBULATÓRIO _____ APTº _____ E. FÍSICO(ASA) _____
 DIAG PRE-OP Exatidão de Ressonância
 CIRURGIA PROPOSTA Tratamento cirúrgico de fratura de Rumo
 DIAG POS-OP _____
 CIRURDIA REALIZADA A
 PRÉ-ANESTÉSICO _____
 CIRURGIÃO Luciano Gomes HORA _____ EFEITO _____
 2º AUXILIAR _____ 1º AUXILIAR _____
 AGENTE HORA _____ INSTRUMENTADOR _____

09:30



ANOTAÇÕES

[illegible][illegible]

FICHA DO ATO CIRÚRGICO

Anesthesiologist

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: TRANS-OPERATÓRIO

37 anos
CONTROLE DE RASTREABILIDADE DO PROCESSO DE ESTERELIZAÇÃO
Paciente: Antônio José de Freitas Neto DN: 18-10-81 BE: 659523

Material: Bernardo
Data de Esterilização: 10/05/19
Data de Validade: 17/05/19
Número de Carga: 31

[VAPOR]
ISO 11140-1
TYPE 5
amcor
STEAM CHART
121°C - 17 min
134°C - 7 min
LOTE 2019-08

Material: F. moderna
Data de Esterilização: 10/05/19
Data de Validade: 17/05/19

[VAPOR]
ISO 11140-1
TYPE 5
amcor
STEAM CHART
121°C - 17 min
134°C - 7 min
LOTE 2019-08

Material: Amcor
Data de Esterilização: 10-05-19
Data de Validade: 17-05-19
Número de Lote: 33

[VAPOR]
ISO 11140-1
TYPE 5
amcor
STEAM CHART
121°C - 17 min
134°C - 7 min
LOTE 2019-08

Material: Copote
Data de Esterilização: 10/05/19
Data de Validade: 10/11/19
Número de Lote: 29
Autoclave: (0)1(0)2

[VAPOR]
ISO 11140-1
TYPE 5
amcor
STEAM CHART
121°C - 17 min
134°C - 7 min
LOTE 2019-08

Material: Copote
Data de Esterilização: 10/05/19
Data de Validade: 10/11/19
Número de Lote: 29

[VAPOR]
ISO 11140-1
TYPE 5
amcor
STEAM CHART
121°C - 17 min
134°C - 7 min
LOTE 2019-08

Material: Dr. Pequeno Poite
Data de Esterilização: 09.05.19
Data de Validade: 16.05.19
Número de Lote: 29
Autoclave: 011132

[VAPOR]
ISO 11140-1
TYPE 5
amcor
STEAM CHART
121°C - 17 min
134°C - 7 min
LOTE 2019-08

Material: 05 compressas de 20x20
Data de Esterilização: 12/05/19

[VAPOR]
ISO 11140-1
TYPE 5
amcor
STEAM CHART
121°C - 17 min
134°C - 7 min
LOTE 2019-08

Material: 05 compressas 10cm
Data de Esterilização: 12.05.19

[VAPOR]
ISO 11140-1
TYPE 5
amcor
STEAM CHART
121°C - 17 min
134°C - 7 min
LOTE 2019-08

Material: Amcor 10cm
Data de Esterilização: 17-03-19
Data de Validade: 17-03-19
Número de Carga: 22674

[VAPOR]
ISO 11140-1
TYPE 5
amcor
STEAM CHART
121°C - 17 min
134°C - 7 min
LOTE 2019-08

Material: Amcor 10cm
Data de Esterilização: 17-03-19
Data de Validade: 17-03-19
Número de Carga: 22674

Amcor 283776

ECG de Repouso

Exame: 3953

Nome: ANTONIO JOSE DE FREITAS NETO

Data: 06/05/2019 **Pront.:** 169886

Laudó

RITMO: SINUSAL


FC: 75 BPM

PR: 0.20s

SAQRS: 60°

CONCLUSÃO:

ALTERAÇÃO DIFUSA DA REPOLARIZAÇÃO VENTRICULAR


ERYCA VANESSA SANTOS DE JESUS
CRM: 3421

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO
=====

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

No. Registro.: 25919

Numero do CNS: 0000000000000000

Nome:.....: ANTONIO JOSE DE FREITAS NETO

Documento.....: 34648640 Tipo:

Nascimento....: 13/10/1981

Estado Civil.:

Idade.....: 37 - ANOS Cor:

Sexo.....: MASCULINO

Responsavel...: PAULO ALVES DE FREITAS

Nome da Mae...: JOANA ALVES DE FREITAS

Endereco.....: RUA PAO DE ACUCAR, 26 CASA CEP: 49690.000

Telefone.....: 079.99807.9973

Bairro.....: CENTRO

Municipio.....: 2804201 - MONTE ALEGRE DE SERGIPE - SE

Nacionalidade: BRASILEIRO

Naturalidade.: SERGIPE

Cadastramento: 13/05/2019

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO
=====

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 25919
Numero do CNS.....: 0000000000000000
Nome.....: ANTONIO JOSE DE FREITAS NETO
Documento.....: 34648640 Tipo :
Data de Nascimento: 13/10/1981 Idade: 37 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: PAULO ALVES DE FREITAS
Nome da Mae.....: JOANA ALVES DE FREITAS
Endereco.....: RUA PAO DE ACUCAR 26 CASA
Bairro.....: CENTRO Cep.: 49690-000
 lefone.....: 079.99807.9973
Municipio.....: 2804201 - - SE
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO
Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 659523
Clinica.....: 100 - ENF "A" ADULTO - CIRURG
Leito.....: 999.1588
Data da Internacao: 13/05/2019
Hora da Internacao: 06:32
Medico Solicitante: 154.751.905-34 - LUCIANO PASSOS DE SOUZA
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador..: CFSLIMA

INFORMACOES DE SAIDA

Proc.Realizado:
Dt.Hr Saida:
 specialidade:
 tipo de Saida:
CID Principal:
CID Secundario:
Principal:
Secundario:
Outro:

O ABAIXO ASSINADO DECLARA QUE,

ECG Repouso

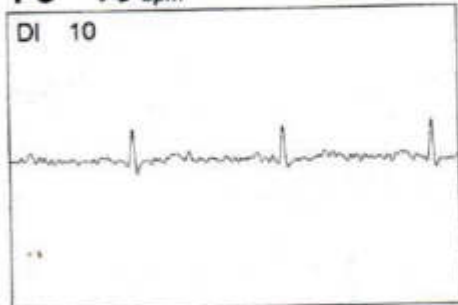
FC 79 bpm

Base Rede 32Hz

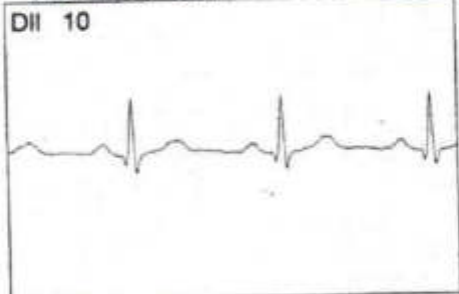
Unidades: mm/mV

25 mm/s

DI 10



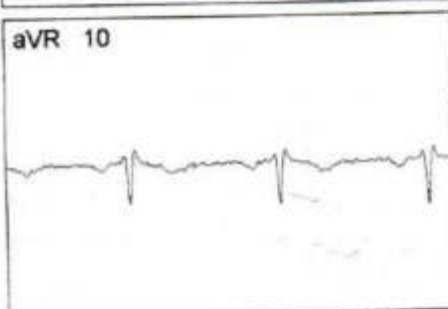
DII 10



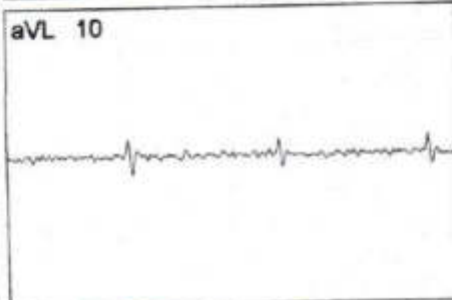
DIII 10



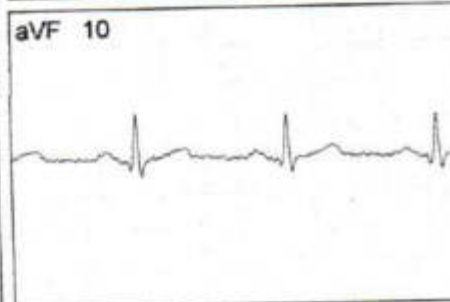
aVR 10



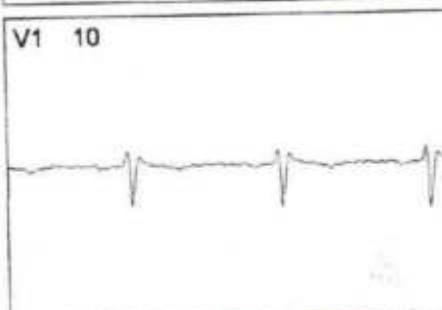
aVL 10



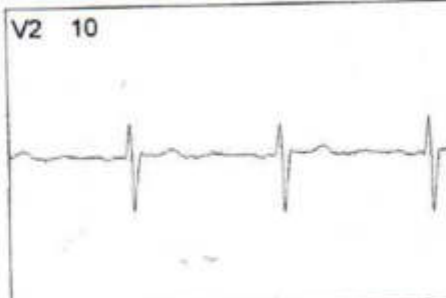
aVF 10



V1 10



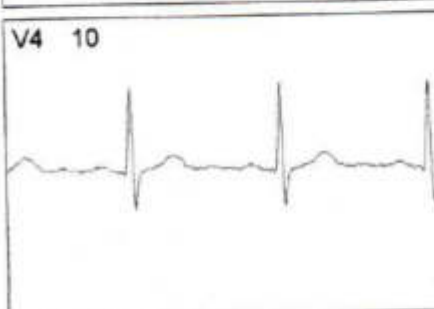
V2 10



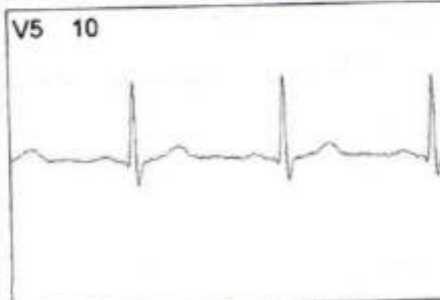
V3 10



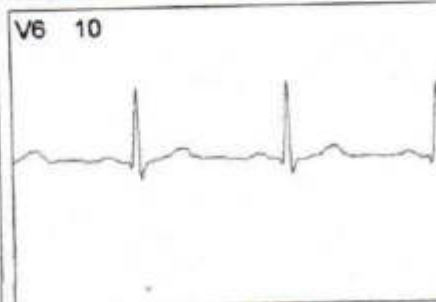
V4 10



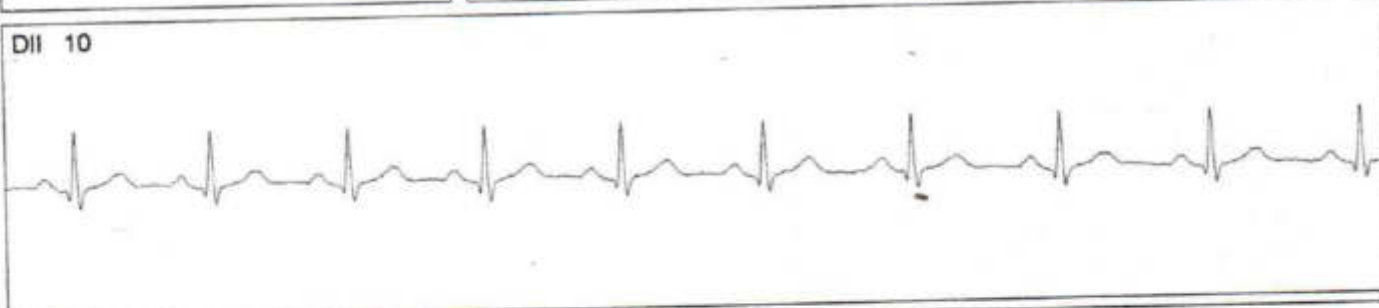
V5 10



V6 10



DII 10





Plan. e S. Freitas

Paciente : SP131 **ANTONIO JOSE DE FREITAS NETO**
 (Sucesso) : AMB - ITABAIANA (149096) Data : 04/05/2019 Dr. Fernando Raimundo Gonçalves - CRM 4336
 Dr. Flávio Henrique do Amaral - CRM 1337

ERITROGRAMA

Valores Expostados		Valores de referência	
		Homem	Mulher
Hemácias.....	5,4 milhões/mm ³	4,2 a 5,4	4,2 a 5,2
Hemoglobina.....	15,1 g/dL	12 a 17	12 a 16
Hematocrito.....	45 %	40 a 52	36 a 48
VCM.....	83 fL	82 a 98	
HCM.....	28 pg	26 a 34	
CHCM.....	34 g/dL	30 a 36	
RDW.....	12,1 %	11,5 a 14,6	

LEUCOGRAMA

Leucocitos.....		8600 /mm ³	Valores de referência: 5000 a 10000 /mm ³	
		Valores Expostados	Valores de referência	
	% por	mm ³	%	por mm ³
Blastos.....	00	0	0 a 0	0 a 0
Promielocitos.....	00	0	0 a 0	0 a 0
Mielocitos.....	00	0	0 a 0	0 a 0
Metamielocitos.....	00	0	0 a 0	0 a 100
Bastões.....	00	0	0 a 0	0 a 1000
Segmentados.....	46	3956	40 a 70	1600 a 7000
Eosinófilos.....	07	602	0 a 5	0 a 500
Basófilos.....	00	0	0 a 2	0 a 200
Linfócitos Típicos...	41	3526	20 a 30	1000 a 4000
Linfócitos Atípicos...	00	0	0 a 0	0 a 0
Monócitos.....	06	516	0 a 11	0 a 1000

Plaquetas.....: 249 mil/mm³ 200 a 400

Materiais: Sangue Total Com EDTA

Método: Automatizado através do SISTEMA ADV 40



Paciente : FEMAL **ANTONIO JOSE DE FREITAS NETO**

Convênio : AMB - ITABAIANA (165080)

Data : 06/05/2019

Dr. Fernando Rabel Silva Conceicao - CRM: 4926

Dr. Flavio Henrique O. de Sáez - CRM: 1339

COAGULOGRAMA

Materiais : Plasma Citratado

Valores de referência:

TEMPO DE COAGULACAO.....: 7'30'' min. NORMAL: 5 a 11 minutos

Método: LEE-WHITE

TEMPO DE SANGRAMENTO.....: 2'00'' min. NORMAL: 1 a 4 minutos

Método: DUKER

PLAQUETAS.....: 249 mil/mm³ NORMAL: 150 a 450 mil/mm³

Método: AUTOMATIZADO/RENTA 60

TEMPO DE PROTROMBINA (TP) ..: 14,1 seg. NORMAL: 10 a 14 segundos

Método: COAGULOMÉTRICO

ATIVIDADE DE PROTROMBINA...: 68,3 % NORMAL: 70 a 100%

INR.....: 1,23 i Até 1,40i

Terapia Anticoagulante oral: 2,0 a 4,0i

TEMPO TROMBOPLASTINA

PARCIAL ATIVADO (TTPA): 32,5 seg. NORMAL: 24 a 40 segundos

Método: COAGULOMÉTRICO

PROVA DO LACO.....: AUSENCIA DE PETEQUIAS

Método: RUGEL-LEED

NORMAL: Ausência de petéquias

INVESTPREV

07 AGO 2019

Solicitação de Ré – Análise

Eu: ANTONIO JOSE DE FREITAS NETO portador do RG: 3464864-0 CPF: 053.814.785-77 residente ASS NOVA ESPERANCA Bairro: ZONA RURAL Cidade: MONTE ALEGRE -SE Cep: 49.690-000 venho pelo presente instrumento, solicitar aos senhores que seja marcado uma Perícia médica para o meu processo, pois só foi liberado 1.687,50 para as lesões que mim encontro enviei relatório médico que comprovam as lesões que foram **FRATURA DO PUNHO E CID:S62** sinto muitas dores horríveis não trabalho mas, fico a merecer dos outros, por isso peço encarecidamente que marquem com urgência uma perícia para que o perito verifique e comprove o que aqui descrevo.

Certo de contar com vossa compreensão, agradeço desde já.

Antonio Jose de Freitas Neto

ANTONIO JOSE DE FREITAS NETO

NOSSA SENHORA DA GLÓRIA-SE 20/09/2019

TESTEMUHAS:

INVESTPREV

23 SET 2019

Maria Dulce S. Costa Oliveira

Valdeci D. Rosa

Nome: Antônio José de Freitas Neto

Relatório Médico

Relato, para os devidos fins, que o paciente supracitado, portador do RG 3464864-0, foi vítima de acidente de motocicleta em 03/05/19, onde sofreu fratura em punho esquerdo, sendo tratado cirurgicamente. Apresenta limitação de movimentos e redução importante de força da mão e antebraço esquerdo. Encontra-se de alta definitiva.

CD: S62

MÉDICO

DATA: 18/09/19

Praça Francisco Rollemberg, S/N - Monte Alegre de Sergipe/SE CEP 49.690-000

INVESTPREV

23 SET 2019



INVESTPREV

07 AGO 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

CPF: 21273029 **SEX: M**

CPF: 020.003.675-00 **DATA DE NASCIMENTO: 24/11/1955**

NOME: JOSE LUIZ ROSA

LUIZETE SANTOS DE OLIVEIRA ROSA

PROFISSÃO: MOTORISTA **ACEL: 14** **LEI: 96**

IP: 8505597276 **VALIDADE: 02/01/2016** **P: 02/06/2009**

SEM OBSERVAÇÃO:

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
 SECRETÁRIO DE TRANSPORTES

CID: ARACATUBA, SP **DATA DE EMISSÃO: 06/01/2014**

6408055845
BR014440223

DETRAN-SE (SERGIPE)

VÁLIDA EM 1999
863977539

PRIMEIRA PLACAFICAR
863977539

INVESTPREV

07 AGO 2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - SE Nº 014881051721
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 01034622973 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME
JOSIVAN ALVES DE FREITAS

CPF / CNPJ 067.701.885-11 PLACA QKP7754

PLACA ANT. / UF QKP7754/SE CHASSI 9C2HB0210FR431918

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/NENHUMA COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/POF100 ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2015

CAP. / POT. / CIL. 2P/9CV/97CC CATEGORIA PARTIC. COR PREDOMINANTE BRANCA

COTA ÚNICA I PAGO VENC. COTA ÚNICA 1 ***** VENC. / COTAS 2 ***** 3 *****

FAIXA LPVA ***** PARCELAMENTO / COTAS *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) SEM RESTRIÇÕES FINANCEIRAS IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO DE FORTA OBRIGATORIO MOTOR: HB02E1F431918

MONTE ALEGRE DE 28/02/2019 LOCAL DATA

LUCIANA C. DE M. MAGALHÃES DE MELO DIRETORA-GERENTE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

SE Nº 014881051721 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

PBT 25

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 28/02/2019

VIA 1 Cód. RENAVAM 01034622973 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

CPF / CNPJ 067.701.885-11 PLACA QKP7754

MARCA / MODELO HONDA/POF100 ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2015

CAP. / POT. / CIL. 2P/9CV/97CC CATEGORIA PARTIC. COR PREDOMINANTE BRANCA

COTA ÚNICA I PAGO VENC. COTA ÚNICA 1 ***** VENC. / COTAS 2 ***** 3 *****

FAIXA LPVA ***** PARCELAMENTO / COTAS *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) SEM RESTRIÇÕES FINANCEIRAS IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO DE FORTA OBRIGATORIO MOTOR: HB02E1F431918

MONTE ALEGRE DE 28/02/2019 LOCAL DATA

LUCIANA C. DE M. MAGALHÃES DE MELO DIRETORA-GERENTE

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.806/0001-04



INVESTPREV

07 AGO 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190468005 **Cidade:** Monte Alegre de Sergipe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO JOSE DE FREITAS NETO **Data do acidente:** 03/05/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.12)

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações: DE ACORDO COM RELATÓRIO MÉDICO ACOSTADO (P.1) DATADO DE 06/08/2019, ASSINADO POR DR. ELIS CRISTINA A. S. BARRETO, CRM 5472 - SE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

**PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE
PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Antonio Jose De Freitas Neto
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) lavador, portador da cédula
de identidade RG nº 3464864-0, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 053.814.785-77, residente na (endereço
completo) Rua Nova Esperança, na cidade de
Monte Alegre, (UF) SE, CEP 49.690-000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) Jose Marcos Da Rosa
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) construtor, portador da cédula
de identidade RG nº 21233829, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na (endereço
completo) Rua Dos Silves, na cidade de
N. Gra Da Gloria, (UF) SE, CEP 49.680-000, a quem confiro
amplios e gerais poderes para, tratar, requerer, assinar papéis e
documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO
SEGURO DPVAT** da vítima (nome da vítima) Antonio Jose De Freitas Neto
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.



(local e data) Monte Alegre

(assinatura) Antonio Jose De Freitas Neto

(RG) 3464864-0



OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

INVESTPREV

07 AGO 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0269438/19

Vítima: ANTONIO JOSE DE FREITAS NETO

CPF: 053.814.785-77

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/05/2019

Titular do CPF: ANTONIO JOSE DE FREITAS NETO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA : 020.003.675-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ANTONIO JOSE DE FREITAS NETO : 053.814.785-77

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/08/2019
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/08/2019
Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO
CPF: 221.365.090-04

JOSE MARINO GOYA ARAUJO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0269438/19

Número do Sinistro: 3190468005

Vítima: ANTONIO JOSE DE FREITAS NETO

CPF: 053.814.785-77

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/05/2019

Titular do CPF: ANTONIO JOSE DE FREITAS NETO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de registro de acidente declarado

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/08/2019
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/08/2019
Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO
CPF: 221.365.090-04

JOSE MARINO GOYA ARAUJO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0269438/19

Número do Sinistro: 3190468005

Vítima: ANTONIO JOSE DE FREITAS NETO

CPF: 053.814.785-77

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO JOSE DE FREITAS NETO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/09/2019
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/09/2019
Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO
CPF: 221.365.090-04

JOSE MARINO GOYA ARAUJO

Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190468005

Vítima: ANTONIO JOSE DE FREITAS NETO

Data do Acidente: 03/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO JOSE DE FREITAS NETO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

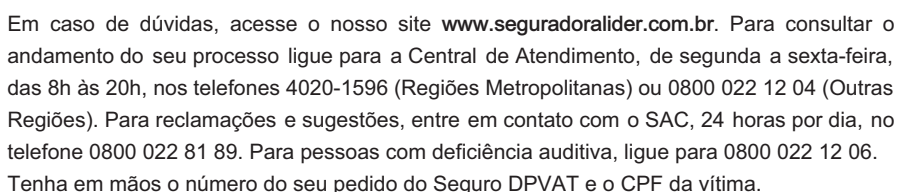
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190468005

Vítima: ANTONIO JOSE DE FREITAS NETO

Data do Acidente: 03/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO JOSE DE FREITAS NETO

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 01/10/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190468005

Vítima: ANTONIO JOSE DE FREITAS NETO

Data do Acidente: 03/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO JOSE DE FREITAS NETO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 0,00

Recebedor: ANTONIO JOSE DE FREITAS NETO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003303

Conta: 0000016172-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	053.814.785-77	Antonio Jose De Freitas Neto	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Antonio Jose De Freitas Neto		053.814.785-77	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Carreirador	Rua Maria Esperanca	519	Lasa
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Zona rural	Monte Alegre	SE	49-690-000
E-mail:	Tel. (DDD):		
marcosdugleria@gmail.com	79-9918-9207		

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3303 CONTA: 56172 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, N. Sa. Da Glória 07-08-19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



INVESTPREV

07 AGO 2019



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE MONTE ALEGRE DE SERGIPE - MONTE ALEGRE DE
SERGIPE - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 079309/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 30/07/2019 15:13 Data/Hora Fim: 30/07/2019 16:30
Delegado de Polícia: Eurico César Souza Nascimento

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Monte Alegre de Sergipe

Data/Hora do Fato: 03/05/2019 15:00

Local do Fato

Município: Monte Alegre de Sergipe (SE)
Logradouro: Rodovia de acesso a N. S. da Glória
Complemento: Próximo à rotatória da Saída da cidade

Bairro: Centro
Nº: 49600000
CEP: 49.600-000

Tipo do Local: Em veículo

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: Acidente Com Lesões	Não Houve

ENVOLVIDOS

Nome Social: ANTÔNIO JOSE
Nome Civil: ANTÔNIO JOSÉ DE FREITAS NETO (COMUNICANTE)

Nome Social: EDIVAN
Nome Civil: ADIVAN ALVES DE FREITAS (TESTEMUNHA)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Envolvido(a)	Grupo	Subgrupo	Descrição	Vínculo
Adivan Alves de Freitas	Veículo	Ciclomotor	Placa QKP7754, Chassi 90214BO210FR431918, Núm. Motor HB02E1F431918, Renavam 01034622975	Possuidor
Antônio José de Freitas Neto	Veículo	Ciclomotor	Placa QKP7754, Chassi 90214BO210FR431918, Núm. Motor HB02E1F431918, Renavam 01034622975	Exibidor

RELATO/HISTÓRICO

Narra o comunicante que no dia e horário mencionados trafegava numa motocicleta Honda Pop 100, branca, ano 2014, modelo 2015, placa QKP7754, conduzida pelo seu irmão Edivan Alves de Freitas, ocasião em que o referido condutor foi obrigado a frear bruscamente, pois um outro veículo que estava à frente freou de repente, fato que fez com que ambos ocupantes da dita moto caíssem, sendo que o condutor restou com o punho quebrado, além de outras escoriações conforme descrito em Relatório Médico Hospitalar nº 655753 do Hospital Regional Dr. Garcia Moreno. Que o condutor do motociclo apenas sofreu arranhões, sem nada mais grave. Registra.

INVESTPREV

07 AGO 2019



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE MONTE ALEGRE DE SERGIPE - MONTE ALEGRE DE
SERGIPE - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 079309/2019

ASSINATURAS



Paulo Sérgio de Oliveira Santos

Responsável pelo Atendimento

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assinadas, e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

INVESTPREV

07 AGO 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	053.814.785-77	Antonio Jose De Freitas Neto	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Antonio Jose De Freitas Neto		053.814.785-77	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Carreirador	Rua Maria Esperanca	517	Lasa
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Zona rural	Monte Alegre	SE	49-690-000
E-mail:	Tel. (DDD):		
marcosdugleria@gmail.com	79-9918-9207		

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3303 CONTA: 56172 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, N. Sa. Da Glória 07-08-19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



INVESTPREV

07 AGO 2019

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 655753

DATA: 03/05/2019

HORA: 21:06

USUARIO: DRJESUS

CNS:

SETOR: 05-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ANTONIO JOSE DE FREITAS NETO
 IDADE.....: 37 ANOS NASC: 13/10/1981
 ENDEREÇO.....: RUA PAD. DE ACUCAR
 COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: CENTRO
 MUNICIPIO.....: MONTE ALEGRE DE SERGIPE UF: SE CEP....: 49690-00
 NOME PAI/MAE...: PAULO ALVES DE FREITAS /JOANA ALVES DE FREITAS
 RESPONSÁVEL....: ESPOSA TEL....: 079.99807.9972
 PROCEDENCIA....: MONTE ALEGRE DE SERGIPE - SE
 ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
 CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [X] mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: ☒ RAIO X ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ TC
☒ LIQUOR ☐ ECG ☐ ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Paciente vítima de queda de moto, chegou ao hospital por meios próprios. Não fazia uso de capacete. Negou perda de consciência, náuseas e vômitos. Refere dor em punho E. Ao exame: ECG IS, supineiro em ar ambiente, estável hemodinamicamente, tórax sem alterações. Abdomen flácido e indolor. Punho E - sinal de

SINAIS DA ENFERMAGEM:

fratura
 Nega dor

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1) Rx de punho E (2P)

2) Tramel 100 g + SF0.9% 100 ml EV

21h40 21h40

3) Avaliação de ortopedia

4) Alta da CG

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

[] EVASAO

HORA DA SAIDA: :

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

[] DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

BETO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIAR

[] ANAT. PATOL

Assinatura do Paciente/Responsável
 Gustavo Vieira do Smith

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. Ricardo Fonseca
 CRM 4584 TE 15345

INVESTPREV

13 AGO 2019