

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 ESPERANCA, 00 - AREA RURAL
MONTE ALEGRE DE SERGIPE / SE CEP: 49830000 (AD: 540)



Lectra: MONOFASICO
C/3bb REB-MTC-B1/RESIDENCIAL-B1-100% RENCA
Razão: 0-400-175-185 Referencia: Jun/2019
Métrador: 45120812438 Emissao: 12/06/2019

ENERGISA SERGIPE - CENTRAL DE ENERGIA SA
Rua Min. Ademar Soárez 91 - Centro - Aracaju - SE - CEP 49010-100
CNPJ: 12.117.480/0001-40 - Ins. Est: 271.761-479
Not. Forn. Central Energia Elétrica MT/04.394.71-6
Cód. para DAB. Automatizada: 0001008188

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 10.433, de 28 de abril de 2002.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias				
Data	Lectura	Data	Lectura					
DEMONSTRATIVO								
001 Descrição Quantidade Tarifado Valor Base Calc. Alm. Iene(R\$) Base Calc. Fc(R\$) Cfm(R\$) Término Término Iene(R\$) Base Calc. Fc(R\$) Cfm(R\$) Padrão (100%) (100%)								
001 Consumo ate 300Wh-BR	30.000 0.198590	6.94	0.00	0.00	5.94	0.00	0.00	0.00
002 Consumo > 31 a 100Wh-BR	36.000 0.322790	11.62	0.00	0.00	11.62	0.13	0.00	0.00
001 Apc. B. Almarias	0.29	0.00	0.00	0.00	0.29	0.00	0.00	0.00
0012 Subsídio	16.48	0.00	0.00	0.00	16.48	0.20	0.00	0.00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0007 CONTRIBUICAO PÚBLICA	8.76	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0004 JUROS DE MORA 05/2019	0.29	0.00	0.00	0.00	0.29	0.00	0.00	0.00
0005 MULTA 05/2019	1.29	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0009 ATUALIZAÇÃO MONETARIA 05/2019	0.39	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0002 Devolução Subsídio	-17.37	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

CCO: Código de Classificação do item - TOTAL 29,03 0,00 0,00 35,26 0,39 1,79
Tributos Até 20Wh 0.179880 Até 100Wh 0.303190

Média últimos meses (kWh)

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

71

19/06/2019
Histórico de Consumo (kWh)

R\$ 29,03

00 | 55 | 43 | 59 | 72 | 96 | 85 | 82 | 71 | 73 | 88 | 34
Jun/19 Jul/19 Ago/19 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19

RESERVADO AO FISCO

56df.17bb.aaa3.af35.e723.7060.1587.aa66.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DI/MENAL	11.88	0.11
DI/TRIMESTRAL	23.7600	
DI/ANUAL	46.3600	
FI/MENAL	7.39	
FI/TRIMESTRAL	15.34	1.00
FI/ANUAL	30.56	
DRC	16.56	0.11
DODI	16.56	

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
serviços de fornecimento de energia	5.14	17,15
geração de energia	3.14	10,77
serviços de fornecimento	2.14	7,52
fraldas	1.21	4,14
internet	1.21	4,14
internet direta e energia	1.21	4,14
outros serviços	1.21	4,14
Total	29,03	100,00

VNM 01 E 12/06/2019 13/07/19

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.
Resultado Tariário - Vigência: 22/04/19-Resol. ANEEL nº2.551-Bair.º Tensão 3.30% Médio
Resultado Tariário - Vigência: 22/04/19-Resol. ANEEL nº2.551-Alta Tensão 1.54% Médio.

INVESTPREV

07 AGO 2019

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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/BIBLIOTECAWEB/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 COAF²**.

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu josé marcos J. O. Rosa inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.003.675.00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antônio José D. Frutuoso inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.814.785.77, do sinistro de DPVAT cobertura imobiliz da Vítima Antônio José Frutuoso, 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 Silves</u>	Número	<u>217</u>	Complemento	<u>apartamento</u>
Bairro	<u>Brasília</u>	Cidade	<u>DF</u>	Estado	<u>CEP</u>
Email	<u>marcosduferia@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>61</u>	Telefone celular (DDD)	<u>61</u>
			<u>9999189207</u>		<u>999252568</u>

DF de 07 de 08 de 19
Local e Data

josé marcos de oliveira rosa
Assinatura do Declarante

INVESTPREV

07 AGO 2019

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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) Av. Nova Esperança, nº 511,

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

Josivan Alves De Freitas, cujo o condutor era

Josivan Alves De Freitas

Veículo: moto Modelo: HONDA POP 100 Ano: 2014/2015

Placa: AKP7754 Chassi: 302HB0210FR431918

Data do Acidente: 03/05/19



Lugar 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 supostamente foi vítima de acidente de trânsito em 03/05/19, emplacando motocicleta e teve como consequência fratura em punho esquerdo, tendo realizado cirurgia ortopédica para correção da fratura. Encontra-se com limitação de movimento, redução importante da força da mão e antebraço esquerdo, e que o impossibilita de realizar atividades laborais no momento. Em programação nova cirurgia ortopédica corretiva e fisioterápica motora para redução de danos.

Ctt.

06/08/19

Dr. Elton S. Barreto
CRMSE 5472

INVESTPREV

07 AGO 2019





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

Rodrigo José de Freitas Pelp

6 - RP DO FRONTEIRO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

71015015391904137150

8 - DATA DE NASCIMENTO

13/10/1981

9 - SEXO

MASC. FEM.

10 - RACA / COR

3

11 - NOME DA MAE

Isaura Alves de Freitas

12 - TELEFONE DE CONTATO

799801919173

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

Rua pão de açúcar

14 - TELEFONE DE CONTATO

34648640

15 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

M. Almeida de Sergipe

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

SE

18 - CEP

49690-100

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dores, edema e infiltração
anterior 580

22 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Exame clínico

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

Exame clínico e radiografia.

24 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fractura clavicular

25 - CID 10 PRINCIPAL

S52.5

26 - CID 10 SECUNDARIO

27 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fractura clavicular

29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04108020402

30 - CLÍNICA

31 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

32 - DOCUMENTO

33 - Nº DOCUMENTO (CHB/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSESSOR

() CHB () CPF

34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSESSOR

115425810834

35 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Luciano P. /

Ortopedista

37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSESSOR

linna Pessas da C.

38 - DATA DA SOLICITAÇÃO

1 - 1

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSESSOR

Luciano P. /

Ortopedista

40 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSESSOR

Luciano P. /

Ortopedista

41 - NÚMERO BILHETE

42 - SÉRIE

43 - CNPJ DA SEGURODORA

44 - CNPJ DA EMPRESA

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

46 - NÚMERO BILHETE

47 - EMPREGADO

48 - SÉRIE

48 - EMPREGADOR

49 - CNPJ DA EMPRESA

50 - AUTÔNOMO

51 - CBOR

51 - DESEMPREGADO

52 - NÃO SEGURO

53 - APOSENTADO

54 - NÃO SEGURO

55 - NÃO SEGURO

56 - NÃO SEGURO

57 - NÃO SEGURO

58 - NÃO SEGURO

59 - NÃO SEGURO

60 - NÃO SEGURO

61 - NÃO SEGURO

62 - NÃO SEGURO

63 - NÃO SEGURO

64 - NÃO SEGURO

65 - NÃO SEGURO

66 - NÃO SEGURO

67 - NÃO SEGURO

68 - NÃO SEGURO

69 - NÃO SEGURO

70 - NÃO SEGURO

71 - NÃO SEGURO

72 - NÃO SEGURO

73 - NÃO SEGURO

74 - NÃO SEGURO

75 - NÃO SEGURO

76 - NÃO SEGURO

77 - NÃO SEGURO

78 - NÃO SEGURO

79 - NÃO SEGURO

80 - NÃO SEGURO

81 - NÃO SEGURO

82 - NÃO SEGURO

83 - NÃO SEGURO

84 - NÃO SEGURO

85 - NÃO SEGURO

86 - NÃO SEGURO

87 - NÃO SEGURO

88 - NÃO SEGURO

89 - NÃO SEGURO

90 - NÃO SEGURO

91 - NÃO SEGURO

92 - NÃO SEGURO

93 - NÃO SEGURO

94 - NÃO SEGURO

95 - NÃO SEGURO

96 - NÃO SEGURO

97 - NÃO SEGURO

98 - NÃO SEGURO

99 - NÃO SEGURO

100 - NÃO SEGURO

101 - NÃO SEGURO

102 - NÃO SEGURO

103 - NÃO SEGURO

104 - NÃO SEGURO

105 - NÃO SEGURO

106 - NÃO SEGURO

107 - NÃO SEGURO

108 - NÃO SEGURO

109 - NÃO SEGURO

110 - NÃO SEGURO

111 - NÃO SEGURO

112 - NÃO SEGURO

113 - NÃO SEGURO

114 - NÃO SEGURO

115 - NÃO SEGURO

116 - NÃO SEGURO

117 - NÃO SEGURO

118 - NÃO SEGURO

119 - NÃO SEGURO

120 - NÃO SEGURO

121 - NÃO SEGURO

122 - NÃO SEGURO

123 - NÃO SEGURO

124 - NÃO SEGURO

125 - NÃO SEGURO

126 - NÃO SEGURO

127 - NÃO SEGURO

128 - NÃO SEGURO

129 - NÃO SEGURO

130 - NÃO SEGURO

131 - NÃO SEGURO

132 - NÃO SEGURO

133 - NÃO SEGURO

134 - NÃO SEGURO

135 - NÃO SEGURO

136 - NÃO SEGURO

137 - NÃO SEGURO

138 - NÃO SEGURO

139 - NÃO SEGURO

140 - NÃO SEGURO

141 - NÃO SEGURO

142 - NÃO SEGURO

143 - NÃO SEGURO

144 - NÃO SEGURO

145 - NÃO SEGURO

146 - NÃO SEGURO

147 - NÃO SEGURO

148 - NÃO SEGURO

149 - NÃO SEGURO

150 - NÃO SEGURO

151 - NÃO SEGURO

152 - NÃO SEGURO

153 - NÃO SEGURO

154 - NÃO SEGURO

155 - NÃO SEGURO

156 - NÃO SEGURO

157 - NÃO SEGURO

158 - NÃO SEGURO

159 - NÃO SEGURO

160 - NÃO SEGURO

161 - NÃO SEGURO

162 - NÃO SEGURO

163 - NÃO SEGURO

164 - NÃO SEGURO

165 - NÃO SEGURO

166 - NÃO SEGURO

167 - NÃO SEGURO

168 - NÃO SEGURO

169 - NÃO SEGURO

170 - NÃO SEGURO

171 - NÃO SEGURO

172 - NÃO SEGURO

173 - NÃO SEGURO

174 - NÃO SEGURO

175 - NÃO SEGURO

176 - NÃO SEGURO

177 - NÃO SEGURO

178 - NÃO SEGURO

179 - NÃO SEGURO

180 - NÃO SEGURO

181 - NÃO SEGURO

182 - NÃO SEGURO

183 - NÃO SEGURO

184 - NÃO SEGURO

185 - NÃO SEGURO

186 - NÃO SEGURO

187 - NÃO SEGURO

188 - NÃO SEGURO

189 - NÃO SEGURO

190 - NÃO SEGURO

191 - NÃO SEGURO

192 - NÃO SEGURO

193 - NÃO SEGURO

194 - NÃO SEGURO

195 - NÃO SEGURO

196 - NÃO SEGURO

197 - NÃO SEGURO

198 - NÃO SEGURO

199 - NÃO SEGURO

200 - NÃO SEGURO

201 - NÃO SEGURO

202 - NÃO SEGURO

203 - NÃO SEGURO

204 - NÃO SEGURO

205 - NÃO SEGURO

206 - NÃO SEGURO

207 - NÃO SEGURO

208 - NÃO SEGURO

209 - NÃO SEGURO

210 - NÃO SEGURO

211 - NÃO SEGURO

212 - NÃO SEGURO

213 - NÃO SEGURO

214 - NÃO SEGURO

215 - NÃO SEGURO

216 - NÃO SEGURO

217 - NÃO SEGURO

PRONTUÁRIO DE CLINICA CIRÚRGICA, MÉDICA E PEDIÁTRICA.

Data, Internamento

Data, Saída

Nº. da Internação

13/10/2019

14/10/2019

25919

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Cartão SUS: 3001505139910431750

NOME DO PACIENTE: Antônio José da Fruitas Neto

DATA DO NASC.

13/10/1981

SEXO: Masc. Fem.

NOME DA MÃE:

Ipiranga Alves da Fruitas

NOME DO RESPONSÁVEL:

Poucau Alves da Fruitas

LOG: RUA(081) AV.(008) TVA(100) PRAÇA(065) CONJ.(020) POV.(092) LOTEA(056)LOGRADOURO: Rua do Sertão Nº 26BAIRRO: Centro CEP: 49.690-000 TEL: (49) 99807-9973TIPO DOC: 01 - PIS/PASEP 02 - IDENT. 03 - REGISTRO 04 - CPF 05 - IGNORADO Nº. DOCUMENTO: 34648640

IDENTIFICAÇÃO DE INTERNAÇÃO

PROCED. SOLIC. 0408 02 0402CID PRINC. S-52.5ESPECIALIDADES: 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.: Juciano Pantos 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 (Rádio)	02			2477661
Radiografia ()				2477661
Radiografia ()				2477661
Tomografia ()				0002895
Tomografia ()				0002895
ECG				3073533
USG ()				

Prescrição Médica e Procedimento de Enfermagem

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Nome: Antônio José da Cunha Neto
DATA: 13/05/15

DATA

Idade: 37

Enfermagem:

Leito: D3

PRESCRIÇÃO MÉDICA E DIETA

	1º TURNO 07:00 AS 13:00 ASS.	2º TURNO 13:00 AS 19:00 ASS.	3º TURNO 19:00 AS 07:00 ASS.
--	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------

1. Dite plâne 80 2 und
2. gelo higiene micturitica
3. gelo higiene micturitica
4. gelo higiene micturitica
5. gelo higiene micturitica
6. gelo higiene micturitica
7. gelo higiene micturitica
8. gelo higiene micturitica
9. gelo higiene micturitica
10. gelo higiene micturitica
11. gelo higiene micturitica
12. gelo higiene micturitica
13. gelo higiene micturitica
14. gelo higiene micturitica
15. gelo higiene micturitica
16. gelo higiene micturitica
17. gelo higiene micturitica
18. gelo higiene micturitica
19. gelo higiene micturitica
20. gelo higiene micturitica
21. DETA V, 1 und
22. SNU
23. ANTA HORA DIA R.
24. SNU
25. Dr. Leonardo
26. Dr. Leonardo
27. Dr. Leonardo
28. Dr. Leonardo
29. Dr. Leonardo

Justificativa
Entregue a 359002
06/05/2015

EVOLUÇÃO MÉDICA

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO



Fundação
Hospitalar
de Saúde

IDADE HOSPITALAR:	<i>Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho</i>		SETOR:	LEITO:
ENTE:	IDADE	SEXO:	REG:	

DATA	HISTÓRICO
13/05/11	<p>Quarto sentido, a fricção causada</p> <p>entre si / e humor</p> <p>Orto</p>
14/05/11	<p>1º OB TO PES PIA F</p> <p>12 D.P.O.</p>
	<p>F, S, O.K. Sintomas: Td do os e</p> <p>comuns Td VD.</p>
	<p>→ CONCLUSÃO: ① Dolor - Td VD</p> <p>→ ② MRTA Flora/colocada.</p> <p>Dr. Leonardo Cirurgião-Dentista Ortopedista CRM 42601 CRO 10714309</p>

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	Glicose
13/05	07:15	Paciente admitido neste setor clínico devido a perda procedente da sua residência para submeter-se a procedimento de fixação de fratura de fêmur do lado esquerdo, adendo que havia ressuscitado por 10 minutos, referiu tê-lo feito, mas de 10 a 15 minutos, quando chegou ao CC. — //					
13/05	09:20	Paciente dada entrada no centro cirúrgico procedente da clínica cirúrgica, em edade de 60 anos, consciente, orientado, para submeter-se a TTO cirúrgico de fratura de punha (E) aos cuidados de Dr. Luciano Passos. Paciente monitorizado, punhando AVP em 1500 com gelo nº 18, instalação SRB 500ml + 25 gts/min. Às 09:30h tem início o ato assistido aos cuidados de Dr. Yuri, sob bloqueio de Plexo sem intercorrências. Tem início o ato cirúrgico com fio em decíduo dorsal, monitorizado, em uso de 02 cateteres nasais 22mm. Respirações confortáveis, 55/60 respiratórias. — //	350	5P02	75	93 981	
	09:40	Continuou o ato cirúrgico sem intercorrências até o momento. Paciente estável, em monitorização contínua. — //	91	144	981	93	
	09:50	Termina o ato cirúrgico, fio estável. Redução de fratura realizada com 02 unid. de fio de Kirschner nº 2.0. Fio conduzido a SRPB aos cuidados da equipe sem queixas. Ag. elisa 722673 cont. 12/14m. Foi colocado, 1º enxerto de rins. — //					
	16:00	fora medicinas Keflin 1g + Dipirona 500 mg. Enfermeira a prever. — //					

Medicção e Material Médico - Cirúrgico

Anterior foi ok Bentes Neto

Data: 13/05

Leito 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.	
mplicitil	Amp.	
tropina (sulfato) 1ml	Amp.	
Bicarbonado de Sódio 8.4%	Amp.	
Buscopam 5ml	Amp.	
ataflan (diclofenaco)	Amp.	
edilanide 0.4mg	Amp.	
isatrac	Amp.	
lexant 25mg	Amp.	
lexane 40mg	Amp.	
lindamicina	Amp.	
lonidin	Amp.	
lorafenicol 1gr	Amp.	
Cloreto Potássio 19.1%	Amp.	
Cloreto de Sódio 20%	Amp.	
Decadron 4mg	Amp.	01
Diazepan (valium) 10mg	Amp.	
Dimorf 1mg	Amp.	
Dimorf 0.2mg	Amp.	
Dimp 10mg (morfina)	Amp.	
Diprivan	Amp.	
Dolantina	Amp.	
Dormonid 15mg	Amp.	01
Dormonid 5mg	Amp.	
Efortil 0.01gr	Amp.	
Esmerom	Amp.	
Etonic	Amp.	
Fenerga 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.	

Assinatura da Enfermagem (por extenso)

Henrique 233776

Descrição	Und	Qtde
Gluconato de Cálcio	Amp.	
Heparina 5000 UI/ml	Amp.	
Hidental 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.	01
Marcaína Pesada 4ml	Amp.	
Megapen 5.000.000 UI	Amp.	
Metronidazol 300mg (flagyl)	Fr	
Nausedron	Amp.	01
Neomicina pomada	Gr	
Nibium	Amp.	
Nilperidol	Amp.	
Novalgina (dipirona)	Amp.	02
Omeprazol	Amp.	
Pancuron	Amp.	
Pavulon	*Amp.	
Plasil	Amp.	
Profenid 5V	Amp.	01
Propofol	Amp.	
Prostigmine 0.5mg	Amp.	
Quelicin 100mg	Amp.	
Quelicin 500mg	Amp.	
Ranitidina	Amp.	
Remifentanil 2mg	Amp.	
Ringer Lactato 500ml	Fr	
Rocefín 1mg	Amp.	
Rocefín 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.	
Xilocaina 1% c/v	Amp.	02
Xilocaina 1% s/v	Amp.	
Xilocaina 2% c/v	Amp.	
Xilocaina 2% s/v	Amp.	
Xilocaina Geléia	Fr.	
Cipro 400mg - fr		

Descrição	Und	Qtde
Mononylon Comum	Und.	
Povedine Degermante	ML	
Povedine Tópico	ML	70
Prolene		
Scalp.	Und.	
Seringa Descartável 1ml	Und.	
Seringa Descartável 3ml	Und.	
Seringa Descartável 5ml	Und.	01
Seringa Descartável 10ml	Und.	00
Seringa Descartável 20ml	Und.	02
Sonda de aspiração Traqueal	Und.	
Sonda de Foley 2vias	Und.	
Sonda de Foley 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 <i>mtuia</i>	Und.	01
Vicril	Und.	
Aguilha Desc. P/Bloqueio	Und.	
Dreno de Succção	Und.	
Dreno de Tórax	Und.	
Luvas (par) 7.0	Und.	
Luvas (par) 7.5	Und.	
Luvas (par) 8.0	Und.	04
Luvas (par) 8.5	Und.	01
Máscaras Descartáveis	Und.	06
Gorro	Und	07
Pro pé	Par	14
Latex	Und	
Eletrodos	Und	05
Ar Comprimido	Hora	
Bisturi Elétrico	Hora	
Monitor Cardiaco (cardioscópio)	Hora	000/100
Oxigênio	Hora	11 11
Oxímetro de Pulso	Hora	11 11
N2O (protóxido de azoto)	Hora	11 11
Sala de Recuperação	Taxa	11 11
Vácuo	Hora	
Furadeira	Hora	11 11

Assinatura da Enfermagem (por extenso)

Floripa 28377-6



HOSPITAL DR. PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Ficha de Ato
Cirúrgico

Nome do Paciente:

Adriani José de Souza Neto

Diagnóstico Pré-operatório:

Doença de Crohn

Cirurgia realizada:

Ressecção com fechamento

Cirurgião:

Henrique Pires

Auxiliares:

Anestesia:

Diag. Pós-operatório:

Anestesiologista:

Karla

Descrição do Ato Cirúrgico

Ressecção de útero e endometriose

Aspiração, colecistectomia, reto e sigmoido

Ressecção de fôvea subendometrial

Fixação de pele e ferida aberta

Yeast Kline 7-0

Costura

Data:

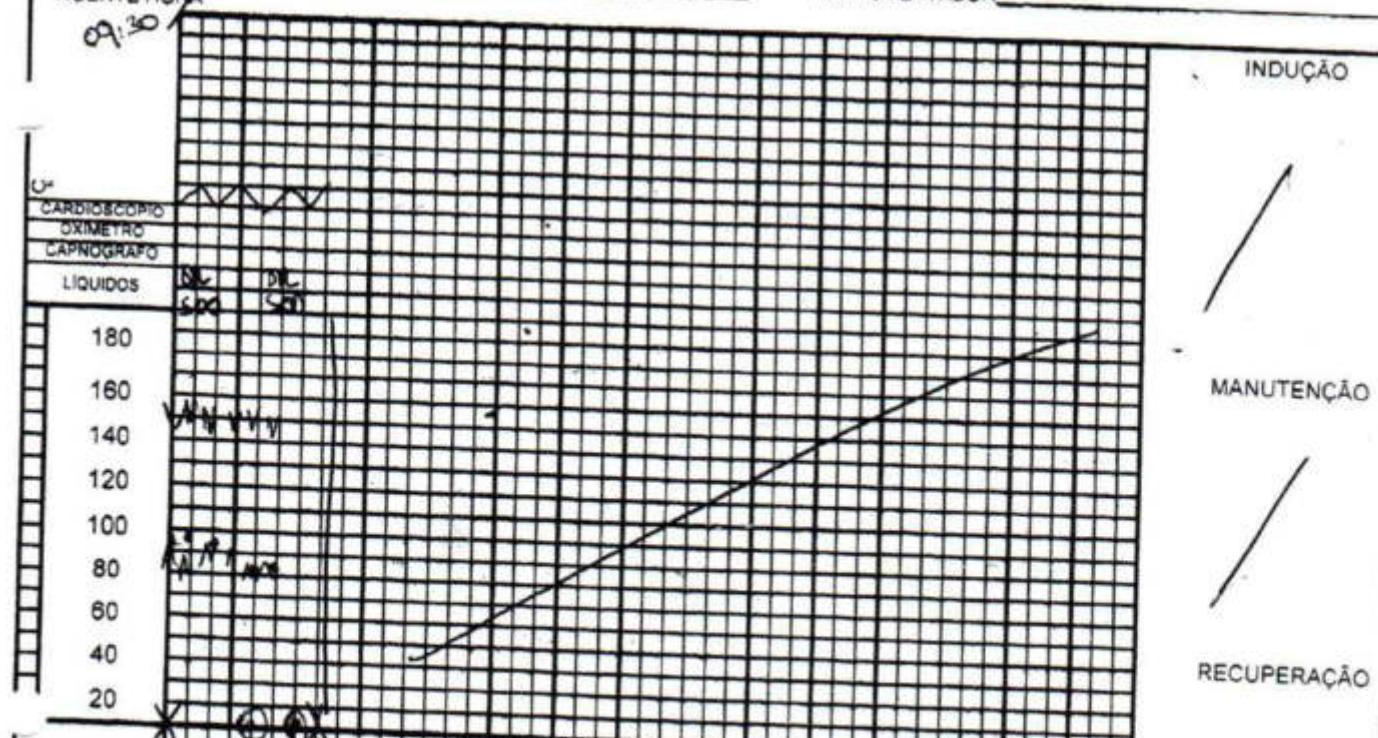
13/05/2015

Assinatura do cirurgião

Henrique Pires de Souza
Médico Traumatólogo
CRM: 866

FICHA DE ANESTESIA

NO: <u>Antônio Sá de Brito Neto</u>	Nº PRONTUÁRIO: _____				
CONVÉNIO: _____	DATA <u>13/05/19</u>	SEXO <u>M</u>	COR: _____	IDADE: _____	PESO: _____
NATURAL: _____	EST. CIVIL: _____		SANGUE: _____		
SETOR MÉDICO: _____	AMBULATÓRIO: _____		APT: _____	E. FÍSICO(ASA): _____	
DIAG PRE-OP: <u>Fractura de Rumble a C</u>					
CIRURGIA PROPOSTA: <u>Tratamento cirúrgico de fractura de Rumble</u>					
DIAG POS-OP: _____					
CIRURGIA REALIZADA: <u>A manum</u>					
PRÉ-ANESTÉSICO: _____					
CIRURGIA: <u>Luciano Ribeiro</u>	HORA: _____		EFEITO: _____		
2º AUXILIAR: _____	1º AUXILIAR: _____				
AGENTE HORA: _____	INSTRUMENTADOR: _____				



FICHA DO ATO CIRURGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: TRANS-OPERATÓRIO

CONTROLE DE RASTREABILIDADE DO PROCESSO DE ESTERELIZAÇÃO
Paciente: Intervenção foi de fruto, però DN: 18-10-81 BE: 659523 37 anos

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

Material: Fenodine
Data de Esterilização: 10/05/19
Data de Validade: 17/05/19

Material: U. S. S. Set
Data de Esterilização: 10-1-19
Data de Validade: 10-1-22
Número de Lote: 33

Material: Copote
Data de Esterilização: 30/05/19
Data de Validade: 30/05/19
Número de Lote: 29
Autoclave: (0)1 (1)2 20

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

Material: A Pequeno Pote
Data de Esterilização: 09-05-19
Data de Validade: 16-05-19
Número de Lote: 211122
Autoclave: (0)1 (1)2 20

Material: 05 Compressas de 20x20
Data de Esterilização: 12-05-19
Material: 05 Compressas G
Data de Esterilização: 12-05-19

Material: Abdômen 10 cm
Data de Esterilização: 17-05-19
Data de Validade: 17-05-19
Número de Carga:

10 cm
02-10

VAPOR
ISO 11140-1
TYPE 5
STEAM CHART
121°C - 15 min
134°C - 7 min
amcor
LOTE: 2019-08

VAPOR
ISO 11140-1
TYPE 5
STEAM CHART
121°C - 15 min
134°C - 7 min
amcor
LOTE: 2019-08

VAPOR
ISO 11140-1
TYPE 5
STEAM CHART
121°C - 15 min
134°C - 7 min
amcor
LOTE: 2019-08

VAPOR
ISO 11140-1
TYPE 5
STEAM CHART
121°C - 15 min
134°C - 7 min
amcor
LOTE: 2019-08

VAPOR
ISO 11140-1
TYPE 5
STEAM CHART
121°C - 15 min
134°C - 7 min
amcor
LOTE: 2019-08

VAPOR
ISO 11140-1
TYPE 5
STEAM CHART
121°C - 15 min
134°C - 7 min
amcor
LOTE: 2019-08

VAPOR
ISO 11140-1
TYPE 5
STEAM CHART
121°C - 15 min
134°C - 7 min
amcor
LOTE: 2019-08

VAPOR
ISO 11140-1
TYPE 5
STEAM CHART
121°C - 15 min
134°C - 7 min
amcor
LOTE: 2019-08

VAPOR
ISO 11140-1
TYPE 5
STEAM CHART
121°C - 15 min
134°C - 7 min
amcor
LOTE: 2019-08

VAPOR
ISO 11140-1
TYPE 5
STEAM CHART
121°C - 15 min
134°C - 7 min
amcor
LOTE: 2019-08

264
283776

ECG de Repouso

Exame: 3953

Nome: ANTONIO JOSE DE FREITAS NETO

Data: 06/05/2019 Pront.: 169886

Laudo**RITMO: SINUSAL****FC: 75 BPM****PR: 0.20s****SAQRS: 60°****CONCLUSÃO:****ALTERAÇÃO DIFUSA DA REPOLARIZAÇÃO VENTRICULAR**Verena V. S. Jesus

ERYCA VANESSA SANTOS DE JESUS

CRM: 3421

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

No. Registro.: 25919

Numero do CNS: 0000000000000000

Name: ANTONIO JOSE DE FREITAS NETO

Documento: 34648640

Nascimento...: 13/10/1981

Estado Civil: :

idade

— MASCULINO

2000-0-2511

Responsável...

Nome da Mae...: JOANA ALVES DE FREITAS

Endereço : RUA PAO DE ACUCAR, 26 CASA CEP: 49690.000

Telephone : 079 99807 9973

• CENTRO

0004301 MONTE ALLEGRE DE SERGIPE - SE

www.associazionedilettanti.it

1. *Journal of the American Statistical Association*, 1980, 75, 362-368.

www.ijerph.org

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
Telefone.....: 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

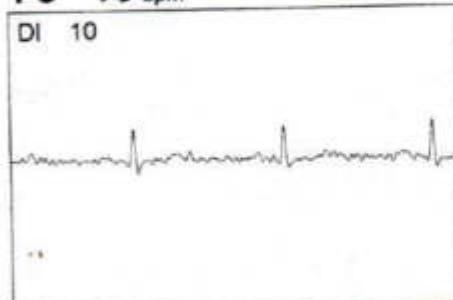
INFORMACOES DE SAIDA

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

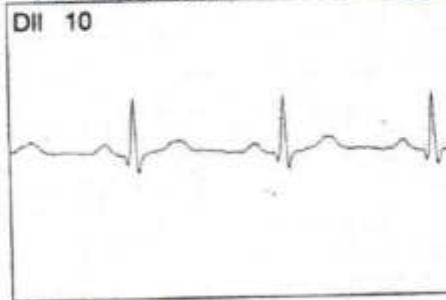
O ABAIXO ASSINADO DECLARA QUE,

ECG: Repouso

FC 79 bpm



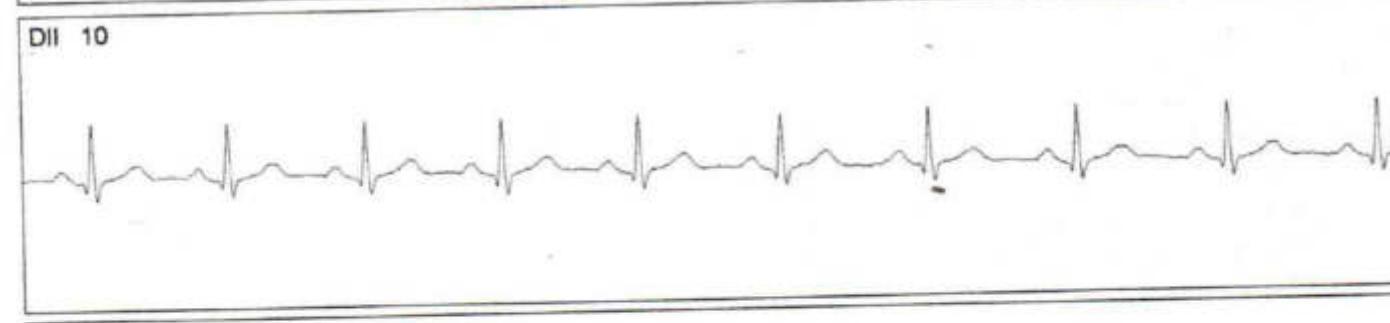
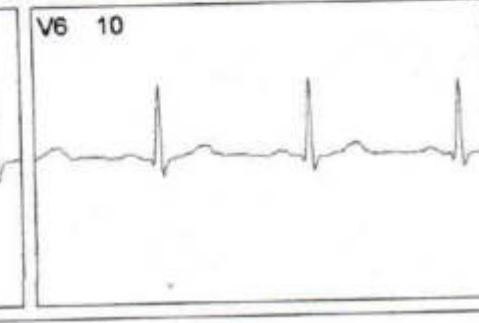
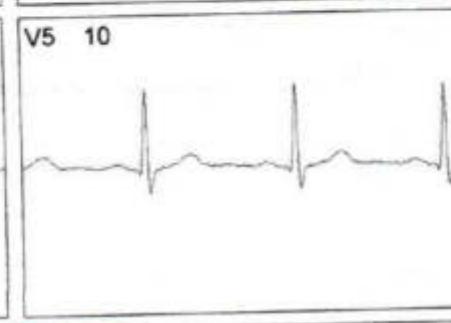
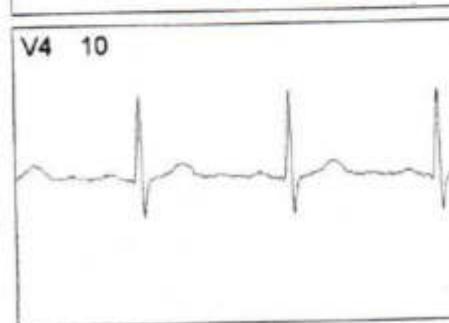
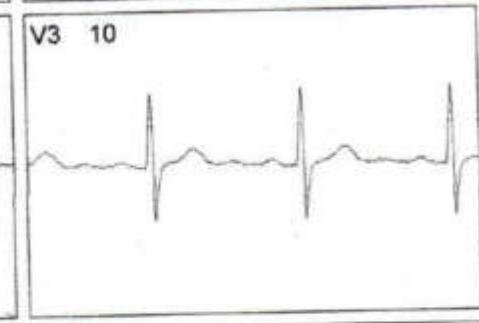
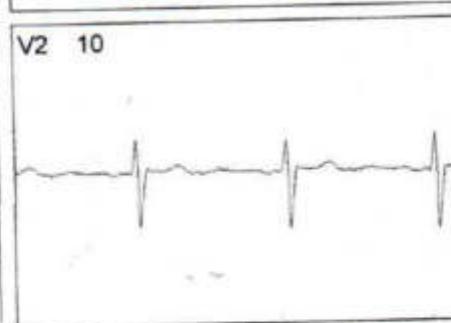
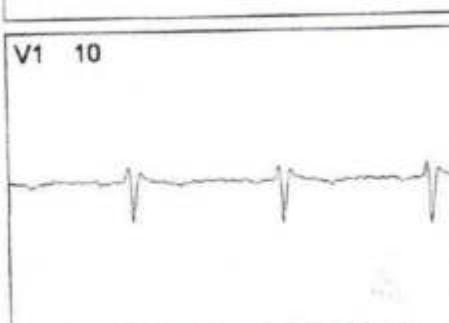
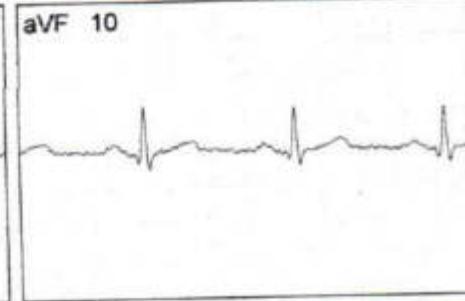
Base Rede 32Hz



Unidades: mm/mV

25 mm/s

DIII 10



Paciente: 00001 ANTONIO JOSE DE FREITAS NETO

Endereço: Rua 10 de Junho, 695 - Itabaiana/SE

Data: 01/01/2010

Dr. Fernando Ribeiro Gólio Conceição - CRM: 4326

Dr. Flávio Henrique da Costa - CRM: 1137

ERITROGRAMA

	Valores encontrados	Valores de referência	
		Homem	Mulher
Hemacias.....	5,4 milhoes/mm ³	4,1 a 5,4	4,3 a 5,7
Hemoglobina.....	15,1 g/dL	12 a 17	12 a 14
Hematocrito.....	45 %	40 a 52	36 a 48
VCM.....	83 fL	80 a 90	
HCM.....	28 pg	26 a 34	
CHCM.....	34 g/dL	30 a 36	
RDW.....	12,1 %	11,5 a 14,5	

LEUCOGRAMALeucocitos.....: 8600 /mm³Valores referência: 5000 a 10000/mm³

	Valores encontrados	Valores de referência	
		% por mm ³	% por mm ³
Blastos.....	00	0	0 a 0
Promielocitos.....	00	0	0 a 0
Mielocitos.....	00	0	0 a 0
Metamielocitos.....	00	0	0 a 1%
Bastões.....	00	0	0 a 500
Segmentados.....	46	3956	10 a 70
Eosinofilos.....	07	602	0 a 10
Basofilos.....	00	0	0 a 2%
Linfocitos Tipicos..	41	3526	10 a 30
Linfocitos Atípicos..	00	0	0 a 5%
Monocitos.....	06	516	0 a 10

Plaquetas.....: 249 mil/mm³ (50 a 450)

Material: sangue total com EDTA

Método: Automatizado: Atelocit - 4 - FORTIA ADV 40



Paciente: **ANTONIO JOSE DE FREITAS NETO**
 Convenio: **AMB - ITABAIANA (165000)** Data: **07/08/2019** Dr. **Fernando Raser Silva Gonçalves - CRM: 4826**

Dr. **Flávio Beníque O. de Souza - CRM: 1339**

COAGULOGRAMA

Material: **Plasma Clotabilis**

Valores de referência:

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

Método: **LEE-WITTE**

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

Método: **STANLEY**

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

Método: **AUTOMATIZADO/ENTHA 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 Ate 1,40

Terapia Anticoagulante: normal a 4,00

TEMPO TROMBOPLASTINA

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

Método: **COAGULOMÉTRICO**

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

Método: **RUMEL-LEED**

NORMAL: Ausência de petequias

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 pericia para que o perito verifique e comprove o que aqui descrevo.

Certo de contar com vossa compreensão ,agradeço desde já.

Antônio José de Freitas Neto

ANTONIO JOSE DE FREITAS NETO

NOSSA SENHORA DA GLÓRIA-SE 20/09/2019

TESTEMUHAS:

Maria Dilma S. Costa Oliveira

Haldeleide O. Rez

INVESTPREV

23 SET 2019



Secretaria M. de Saúde e Saneamento
RECEITUÁR

Nome: Antônio José de Freitas Neto

Pelotário Médico

Pelotão, para os devidos fins, que
o paciente supracitado, portador do
RG 3464 864-0, foi vítima de
acidente de motocicleta em 03/05/19,
onde apresentou fratura em punho esquer-
do, sendo tratado cirurgicamente. Apre-
senta limitação de movimento e redução
importante da força da mão e antebraço
esquerdo. Encontra-se de alta defini-
tiva.

CID: S62

MÉDICO

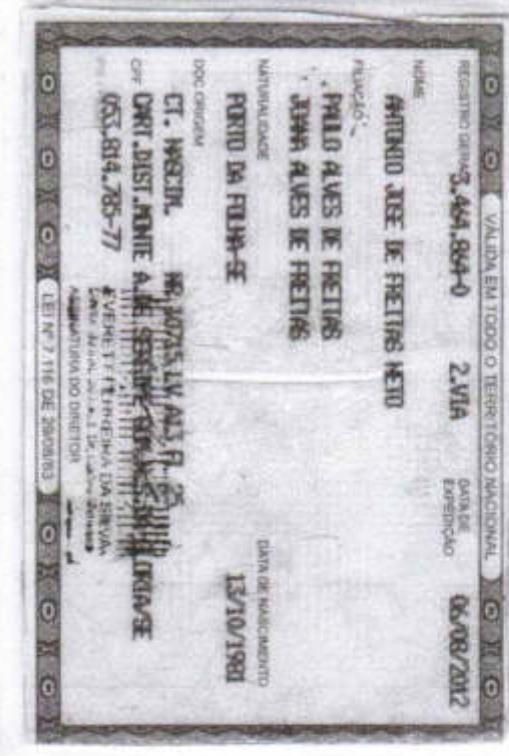
DATA: 18/09/19

Praça Francisco Rolemberg, 5/N – Monte Alegre de Sergipe/SE CEP 49.690-000

Assinatura: J.S. Sampaio

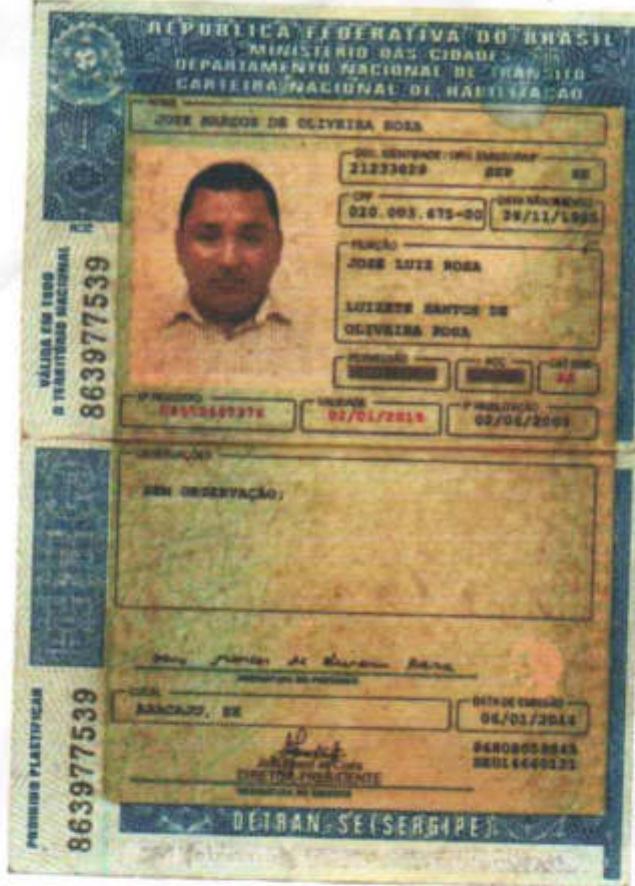
INVESTPREV

23 SET 2019



INVESTPREV

07 AGO 2019



INVESTPREV

07 AGO 2019

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - 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

RBT 25

EXERCÍCIO — DATA EMISSÃO —
2019 18/02/2019

VIA ***	CPF / CNPJ 067.701.885-11	PLACA QKP7754														
RENAVAM 104522975	MARCA / MODELO HONDA / PCX 100															
ANO FAB. 2014	CAT. TANDE 9	Nº CHASSI 9C2HB0210FR431918														
<h3>PRÉMIO TARIFÁRIO</h3> <table border="1"> <tr> <td>FNB (R\$) 36,04</td> <td>DENATRAN (R\$) 4,00</td> <td>CUSTO DO SEGURO (R\$) 40,05</td> </tr> <tr> <td>CUSTO DO BILHETE (R\$) 1,15</td> <td>IOF (R\$) 0,32</td> <td>TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 84,58</td> </tr> <tr> <td colspan="2">PAGAMENTO</td> <td colspan="2">DATA DE OUTURAÇÃO 26/02/2019</td> </tr> <tr> <td colspan="2">COTA (ÚNICA)</td> <td colspan="2">PARCELADO</td> </tr> </table>			FNB (R\$) 36,04	DENATRAN (R\$) 4,00	CUSTO DO SEGURO (R\$) 40,05	CUSTO DO BILHETE (R\$) 1,15	IOF (R\$) 0,32	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 84,58	PAGAMENTO		DATA DE OUTURAÇÃO 26/02/2019		COTA (ÚNICA)		PARCELADO	
FNB (R\$) 36,04	DENATRAN (R\$) 4,00	CUSTO DO SEGURO (R\$) 40,05														
CUSTO DO BILHETE (R\$) 1,15	IOF (R\$) 0,32	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 84,58														
PAGAMENTO		DATA DE OUTURAÇÃO 26/02/2019														
COTA (ÚNICA)		PARCELADO														

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.328.806/0001-04

— 2 —

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) Antônio José De Freitas Neto (nacionalidade) Brasileiro , (profissão) servidor , 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) Avs noba Esperança , na cidade de Morada Negra , (UF) SE , CEP 49.690-000 , nomeio e constituo meu procurador , (nome do representante) João Marcos Da Rosa (nacionalidade) Brasileiro , (profissão) funcionário , 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 Glória , (UF) SE , CEP 49.680-000 , a quem confiro amplos 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) Antônio José D. Freitas Neto junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** .

(local e data) Morada Negra

(assinatura) Antônio José 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/05/2019

Titular do CPF: ANTONIO JOSE DE FREITAS NETO

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/05/2019

Titular do CPF: ANTONIO JOSE DE FREITAS NETO

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/05/2019

Titular do CPF: ANTONIO JOSE DE FREITAS NETO

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

JOSE MARINO GOYA ARAUJO

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 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: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO JOSE DE FREITAS NETO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovação de registro de acidente declarado	Apresentar a cópia simples de documento que contenha o nome completo da vítima e confirme o acidente declarado, tais como, atendimento pelo Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto ou SAMU, Inquérito Policial, Laudo de Necrópsia, e/ou Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, pois o registro de ocorrência policial entregue foi efetuado apenas com base na declaração do interessado, sem a presença da autoridade policial no momento do acidente.
--	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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, retorno 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

NP do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	053.814.785-77	Antônio José de Freitas Neto	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
Nome completo:			CPF:
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
E-mail:	Tel. (DDD):		

Antônio José de Freitas Neto
 Jardim das Flores Esperança
 Zona rural
 Mante Gagre
 manteagagre@gmail.com
 053.814.785-77
 511
 Rasa
 56
 99-690-000
 79.9918-9207

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUZO 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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Sómente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 3303 CONTA: 36172 9 <small>(Informar o dígito se existir)</small>	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ <small>(Informar o dígito se existir)</small>

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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

MORTE
 Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
 Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou
 nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou
 pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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: Nome: CPF:	TESTEMUNHAS 1º Nome: _____ CPF: _____ _____ Assinatura
(*) Assinatura de quem assina A RODO Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	

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 RODO, 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: EDIVAN ALVES DE FREITAS (TESTEMUNHA)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Envolvido(a)	Grupo	Subgrupo	Descrição	Vínculo
Adivan Alves de Freitas	Veículo	Ciclomotor	Placa QKP7754, Chassi 3U21F0210FR431918, Núm. Motor HB02E1F431918, Renavam 01034622975	Possuidor
Antônio José de Freitas Neto	Veículo	Ciclomotor	Placa QKP7754, Chassi 3U21F0210FR431918, 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

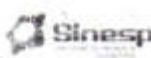

Paulo Sérgio de Oliveira Santos

Responsável pelo Atendimento

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 140-Comunicação Falsa de Crime ou se 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

NP do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	053.814.785-77	Antônio José da Freitas Neto	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
Nome completo:			CPF:
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
E-mail:	Tel. (DDD):		

Antônio José da Freitas Neto
 Jardim das Flores Esperança
 Zona rural Mante Gagre
 manteagagre@gmail.com.br 51 9969-9207

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Sómente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3303 CONTA: 36172 9
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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: 07/08/19
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

07 AGO 2019

INVESTPREV

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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
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.
 PROCEDENCIA...: MONTE ALEGRE DE SERGIPE - SE 9972
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

EXAMES COMPLEMENTARES: RAIOS X SANGUE URINA TC
na Cristina 617 LIQUOR ECG ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO
CRF 0088

DADOS CLÍNICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

Paciente vítima de queda de moto, chegou ao hospital por meios próprios. No fez a ressaca de espuma. Nesse período perdeu a consciência, mictúes e egestões. Referiu dor em punho E. No exame: ECG 15, respiração com ar ambiente, estômagos tremores. Meningismo tóxico semítico. Abdome flácido e indolor. Punho E - sinal de fístula.

negative degrees

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

3) Rx de pendule E(zp)

2) Tremel 100 + 5% 100 ml EU

3) Avaliación de interpedie

4) Altas da CG

21 hrs 91 hrs 40

DATA DA SAÍDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

HORA DA SAIDA: :
[] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAÚDE)

ENTREGA (QUANTIDADE DE SAUDE):

Gestão Viver do Sint
SSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

INVESTPREV

13 AGO 2019

Dr. Ricardo Figueira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 4501 TEL: 15345

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO
OMTO: *Dr. Raul Lobo* *0*
Caracteres + tinta + fundo
corrigida.