

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: MICHEL GONÇALVES DOS SANTOS FAE: 188772

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: TAC POR ACIDENTE DE MOTOCICLETA

CIRURGIA REALIZADA: LAPAROTOMIA EXPLORADORA + NEFRECTOMIA A ESQUERDA

CIRURGIÃO: DR. SERGIO QUEIROZ

AUXILIARES: MR1 EDUARDO FARIAS + MR2 JESSICA MACEDO

ANESTESIA: GERAL ANESTESISTA: DR. LUCAS

DIAGNÓSTICO PÓS- OPERATÓRIO: O MESMO

(X) CIRURGIA LIMPA

() CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA

() CIRURGIA CONTAMINADA

() CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? () SIM (X) NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

() VIAS AÉREAS SUP. () PULMONAR () URINÁRIA () SNC () TGI

() CUTÂNEO () AP. CARDIO-VASCULAR () PLEURA () OUTROS

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA GERAL + SONDAÇÃO VESICAL

ANTISSEPSE E ASSEPSIA

INCISÃO XIFO PÚBICA E ABERTURA POR PLANOS

INVENTÁRIO: GRANDE QUANTIDADE DE SANGUE EM CAVIDADE, PRESENÇA DE GRAND HEMATOMA RETROPERITONEAL A ESQUERDA. AUSÊNCIA DE LESÕES EM VISCERAS OC/ AUSÊNCIA DE LESÕES ESPLÊNICA NEM HEPÁTICA

REALIZADA ABERTURA DO RETROPERITÔNIO A ESQUERDA E FASCIA DE GEROTA COM PRESENÇA DE RIM FRATURADO COM AVULSÃO DO HILO RENAL (GRAU V). REALIZADA NEFRECTOMIA A ESQUERDA COM LIGADURA DUPLA DO HILO RENAL COM ALGODÃO 0

LAVAGEM DA CAVIDADE COM SF 0,9% AQUECIDO. REVISÃO METICULOSA DA CAVIDADE ABDOMINAL

CONTAGEM DE COMPRESSAS (OK), REVISÃO DA HEMOSTASIA(OK);

FECHAMENTO DA APONEUROSE COM VYCRIL 0 E FECHAMENTO DA PELE COM NYLON 4-0

CURATIVO ABDOMINAL E ENVIO DE PEÇA PARA ANATOMOPATOLÓGICO

DATA:14/05/2019


Dr. Eduardo Silva Farias
Médico
CRM-SE 5687
CRM-PA 31928

HUSE

BOLETIM DE ANESTESIA



Fundação Hospitalar de Saúde

PACIENTE:

Michel Gonçalves Santos, 31 anos

REGISTRO:

UNIDADE:

MÉDICO:

LEITO:

CIRURGIA PROGRAMADA

Laparotomia Exploradora

CIRURGIA REALIZADA

Nuquitoria Total

DATA

13/05/2014

ANESTESIOLOGISTA

Lucas Wyne Cabral

TÉCNICA ANESTÉSICA

Qual Indução

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

CIRURGIÃO

Sergio Azevedo + Junior

AUXILIAR

ASA

I

HORA DE INÍCIO

22:30

HORA DE TÉRMINO

00:15

ACESSO VENOSO

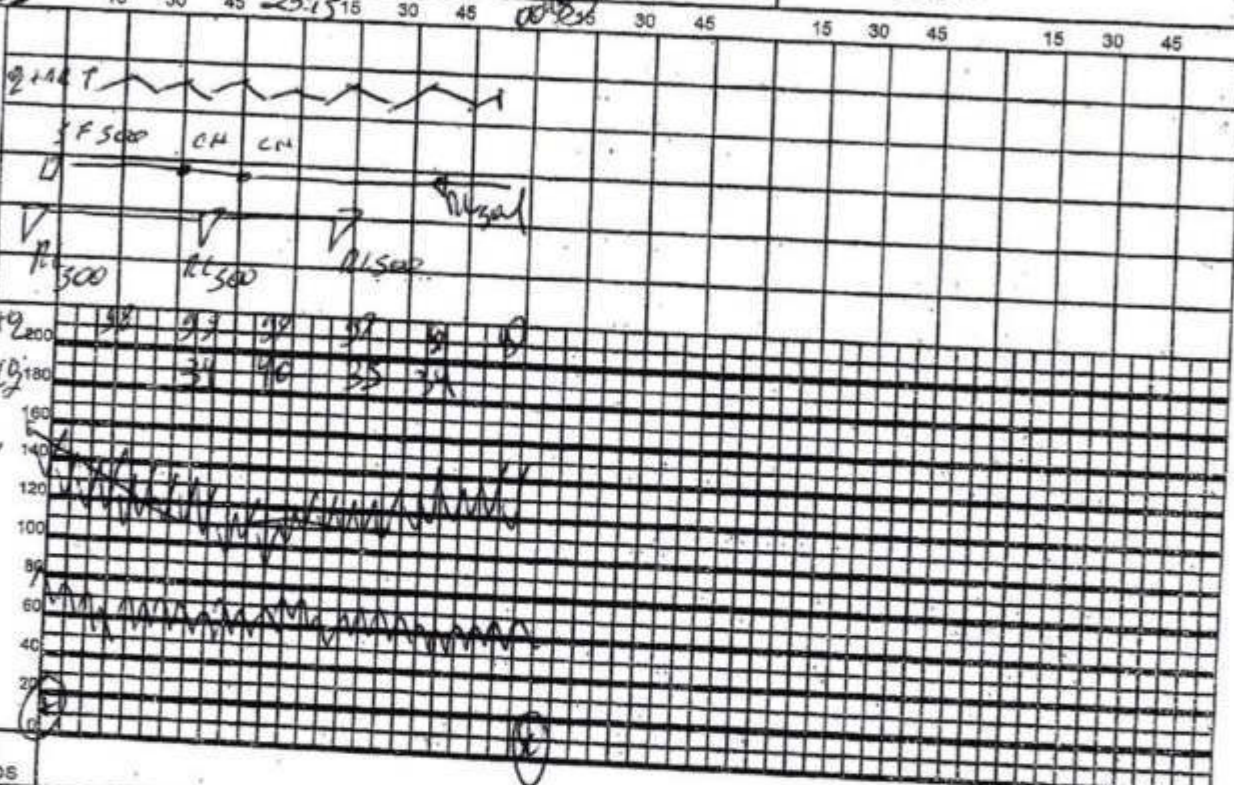
MSD 1 ED

POSICÃO

DD A

22:30

AGENTES INALATÓRIOS



CEC OUTROS

MONITORIZAÇÃO

MONITORIZAÇÃO

PA NÃO INVASIVA

+

PA INVASIVA

+

ELETROCARDIOGRAFIA

+

OXIMETRIA

+

CAPNOGRAFIA

+

PVC

TEMPERATURA

DIURESE

VENTILAÇÃO

PAM

CONDIÇÃO DE ALTA PARA CIRURIA

Acordou o total

AGENTES ANESTÉSICOS

DOSE

ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO

NOME

Ciproline

1ª Dose em:

horas

2ª Dose em:

horas

3ª Dose em:

horas

OBSERVAÇÕES

Propofol 50
Midazolam 50
Fentanyl 250mg
Lidocaina 100
Bupivacaína 100
Ciprodina 1
Despropofol 100
Encloridona 50
Isopropil 100
Kontidona 50
Atropina
Morphina

110
20

ENCAMINHADO PARA

UNIDADE

Lucas Wyne Cabral
Médico Anestesiologista
CRM 3505

χ

ELABORADO PELOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM DO 7º PERÍODO DA FACULDADE ESTÁCIO/FASE (2014/ 01 E 02) ORIENTADO
PELAS PROFESSORAS LUCIANA LÔBO E SILVIA SANDES

RELATÓRIO MÉDICO**NOME:** Michel Gonçalves dos Santos**IDADE:** 31 Ano(s) 9 Mês(es)**Nº EXAME:** 021290-19**MÉDICO:** Dr.(a) Eduardo Silva Farias**SEXO:** M R.G:**DATA ENTRADA:** 14/05/2019**PROCEDÊNCIA:** HUSE - CENTRO CIRÚRGICO**CIDADE:****DATA SAÍDA:** 21/05/2019**CONVÊNIO:** HUSE**MATERIAL:** 1: Rim E + 2: Tecido adiposo perirrenal + 3: Ureter**RESUMO CLÍNICO:** - Trauma abdominal contusa por moto x poste.
- Abdome hemorrágico.**PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO****MACROSCOPIA:**

Produto da ressecção de rim previamente identificado como esquerdo e segmentado pesando, em conjunto, 218g e medindo 12,0 x 7,4 x 7,0 cm. A superfície externa é lobulada, pardo-vinhosa e encapsulada, com aderências adiposas e material hemático aderido em regiões de laceração capsular. Observa-se, apenas, segmento de ureter medindo 2,5 cm de comprimento e 0,9 cm de diâmetro máximo. Os vasos do hilo são identificados e exibem aspecto habitual. Aos cortes, notam-se hilo e parênquima hemorrágicos; além de cavidade cística medindo 1,0 cm de diâmetro, contendo líquido claro e material acastanhado. O tecido adiposo perirrenal mede 3,0 x 1,8 x 0,7 cm, é constituído por tecido amarelado e elástico; e, aos cortes, exhibe tecido amarelado e brilhante.

O material foi assim representado: A) Lacerações (IP/02F/01B); B) Parênquima hemorrágico (IP/02F/01B); C) Cavidade cística (IP/01F/01B); D) Hilo (IP/01F/01B); E) Ureter (IP/03F/01B); F) Vasos do hilo (IP/02F/01B); G) Tecido adiposo (IP/02F/01B).

MICROSCOPIA:

Descrição associada à Conclusão.

CONCLUSÃO:**PRODUTO DE NEFRECTOMIA ESQUERDA:**

- RIM COM ÁREA DE SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE, COMPROMETENDO PARÊNQUIMA E HILO RENAL, COM DEPOSIÇÃO DE MATERIAL FIBRINO-HEMÁTICO PERMEADO POR NEUTRÓFILOS.
- PARÊNQUIMA RENAL ADJACENTE COM ÁREAS DE HEMORRAGIA RECENTE E COM CISTO SIMPLES.
- TECIDO ADIPOSEO ADJACENTE COM HEMORRAGIA RECENTE COM DEPOSIÇÃO DE MATERIAL FIBRINO-NEUTRÓFILO.
- URETER COM HEMORRAGIA RECENTE NA PAREDE.
- AUSÊNCIA DE MALIGNIDADES NESTA AMOSTRA.

Aracaju, 21, maio, 2019

Dra. Mônica Lima de Araújo
Médica Patologista - CRM 2170Dra. Ana Carolina P. Coimbra
Médica Patologista - CRM 3366Dr. Antônio Roberto de O. Rantelho
Médico Patologista - CRM 3904Dr. Sílvio Constantino Valle
Médico Patologista - CRM 4491Dra. Luísa Meurer
Médica Patologista - CRM 4960Dr. Eduardo Silva Farias
Médico Patologista - CRM 15209/152

IMPORTANTE: Este laudo é o resultado de uma análise interpretativa da observação médica e correlação com informações clínicas e laboratoriais recebidas e prestadas ao médico responsável. A pessoa apta a interpretar possíveis discordâncias deverá ser imediatamente comunicadas ao médico patologista responsável, no momento da reunião de emergência, e a resolução do caso. As informações aqui contidas referem-se exclusivamente às amostras recebidas para análise e não servem de base para o diagnóstico definitivo. O laudo é válido por 5 anos (Resolução CFM 1472/97, CDC - CCS/92).

Unidade I - Matriz: Av. Gonçalo Prado Rollemberg, 1684 - São José | Tel: (79) 3224-1099**Unidade II - Centro de Saúde Dr. José Augusto Barreto, Sala 512 - São José | Unidade III - Centro Médico Jardim, Sala 205 - Jardins****Unidade IV - Fundação São Lucas, Sala 202 - São José | CNPJ: 03.118.657/0001-48 | www.lapma.com.br**

TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta e qualificação das atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, e seu dever protegê-la a Cidadã, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como Trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFERIR NOMES COM OS CÍRCULOS DO
LAI - FUNDOS DE ANISTIA DO TRABALHADOR

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

SERVIÇO DE REGISTRO E FUNDOS DE EMPREGO

CARTeira DE TRABALHO e PREVIDENCIA SOCIAL

REGISTRO

138.48903.27-9

4969073

002-0

SE

M. L. P. Gonçalves



LOCAL DA EMISSÃO: SRTE/SERGIPÉ
EMISSÃO: 04/07/2008

BRASILEIRO

QUALIFICAÇÃO CIVIL

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

634

Результаты

THESE WERE
DOCUMENTED

NORTHWEST

DOCLINENIO

10

DOCUMENTATION

1. **NAME**

DECLINEN/D

THE G

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	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	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

RELATÓRIO 0862 / 2019 REFERENTE À OCORRÊNCIA

NÚMERO: 1905130115 / ESUS – SAMU

e - DOC 020000.16238 / 2019 - 8

O **SAMU 192 SERGIPE** foi acionado às **03h50min** do dia **13 de Maio de 2019**, para atendimento de vítima identificada como **Michel Gonçalves Santos**, com relato de **queda de moto**, no município de Nossa Senhora do Socorro.

A equipe da **Unidade de Suporte Básico – Socorro** realizou atendimento no local, e em seguida removeu para o **Hospital de Urgência de Sergipe - HUSE** no município de Aracaju, onde deixou o paciente aos cuidados da equipe.

Aracaju, 16 de Julho de 2019

Mary Ane

Mary Ane Machado Tavares
MÉDICA
CRM 1720

81 **Andréa Lenir Bastos Paiva Nery**

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETTRAN - SE
Nº 015214014477
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM 00216/055497 R.N.T.C. 2019

MCME

INSTR. DE CANCEL. FUND.
INSTR. DE CANCEL. FUND.
INSTR. DE CANCEL. FUND.
INSTR. DE CANCEL. FUND.

CPF / CNPJ

044.005.055-83

PLACA ANT / UF

IN-2093/SE

CHASSI

W20C431M8000419

PLACA

IN-2093

COMBUSTÍVEL

PASS. 16

ESPECIE TIPO

SEDAN/COLETOLE/16V/1600

MARCA / MODELO

HEMMI/2008

CAP / POT / CL

20/20CV/21102

CATEGORIA

PASSEI

COR PREDOMINANTE

PRETA

VENG. COTA ÚNICA

VENG. COTAS

1ª

2ª

3ª

PREMIO TARIFARIO (R\$)

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES DE

LOCAL

ARACATUBA-SE

DATA

22/04/2019

ASSINATURA

ADRIANO SILVA

LOCAL

ARACATUBA-SE

DATA

22/04/2019

ASSINATURA

ADRIANO SILVA

SE Nº 015214014477 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS QUANDO 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

VIA

044.005.055-83

RENAVAM

00216/055497

CPF / CNPJ

044.005.055-83

MARCA / MODELO

HEMMI/2008

CAP / POT / CL

20/20CV/21102

CATEGORIA

PASSEI

COR PREDOMINANTE

PRETA

VENG. COTA ÚNICA

VENG. COTAS

1ª

2ª

3ª

PREMIO TARIFARIO (R\$)

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

LOCAL

ARACATUBA-SE

DATA

22/04/2019

ASSINATURA

ADRIANO SILVA

LOCAL

ARACATUBA-SE

DATA

22/04/2019

ASSINATURA

ADRIANO SILVA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.600/0001-04

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

031.241.395-50

4 - Nome completo da vítima:

Michel Gonçalves Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Michel Gonçalves Santos

6 - CPF:

031.241.395-50

7 - Profissão:

Pintor

8 - Endereço:

Trançosa G

9 - Número:

50

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Lamarão

12 - Cidade:

Rosário Sombro de São Paulo Sergipe

13 - Estado:

SE

14 - CEP:

49061-106

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

79-3222-0817

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR



R\$1.00 A R\$1.000,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



SEM RENDA



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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:

2186

CONTA:

100396

3

(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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (no Civil)



Divorçado



Separado Judicialmente



Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):



Sim



Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?



Sim



Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou resíduo (al nascer)?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?



Sim



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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Macapá-SE, 29.01.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0001293/20

Vítima: MICHEL GONCALVES SANTOS

CPF: 031.241.395-50

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 13/05/2019

Titular do CPF: MICHEL GONCALVES SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MICHEL GONCALVES SANTOS : 031.241.395-50

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 02/01/2020
Nome: MICHEL GONCALVES SANTOS
CPF: 031.241.395-50

MICHEL GONCALVES SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/01/2020
Nome: MATHEUS DE FIGUEIREDO CARSTEN BASTOS
CPF: 098.038.499-05

MATHEUS DE FIGUEIREDO CARSTEN BASTOS

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3200001232**

Nome do(a) Examinado(a): **MICHEL GONCALVES SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a): **Travessa G, 50 - Aracaju - SE - CEP 49061-106**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /SE**] **3342707-0**

Data e local do acidente: [**13/05/2019**] **ARACAJU/SERGIPE**

Data e local do exame: [**15/01/2020**] **Aracaju** [**SE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMATISMO CRANIANO LEVE COM FERIMENTO FRONTAL (SEM HEMATOMA E/ OU FRATURA). TRAUMA ABDOMINAL COM LESÃO RENAL A ESQUERDA.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA LÚCIDA, ORIENTADA, COOPERATIVO, REFERINDO CEFALÉIA E TONTURA FAZ USO DE ANALGÉSICOS (NORMAL). ABDOME SEMI GLOBOSO, FLÁCIDO, SIMÉTRICO, DOLOROSO À PALPAÇÃO SUPERFICIAL E PROFUNDA, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA HIPERTRÓFICA MEDIANA SUPRA E INFRA UMBILICAL, AUSÊNCIA DE VISCEROMEGALIAS A PALPAÇÃO.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO COM SUTURA DO FERIMENTO, COM POSTERIOR TRATAMENTO CONSERVADOR. DIAGNOSTICADO HEMORRAGIA INTRA-ABDOMINAL SENDO REALIZADO LAPAROTOMIA EXPLORADORA COM NEFRECTOMIA TOTAL A ESQUERDA.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Nefrectomia esquerda

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Estruturas retroperitoneais

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo


Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



NOME: Manoel Otacilio Nascimento Júnior
CRM: 1827 SERGIPE

Manoel Otacilio Nascimento Junior - CRM: 1827 - SE

Rio de Janeiro, 07 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200001232

Vítima: MICHEL GONCALVES SANTOS

Data do Acidente: 13/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MICHEL GONCALVES SANTOS

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, 09 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200001232

Vítima: MICHEL GONCALVES SANTOS

Data do Acidente: 13/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MICHEL GONCALVES SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 29 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200001232

Vítima: MICHEL GONCALVES SANTOS

Data do Acidente: 13/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), MICHEL GONCALVES SANTOS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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



Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200001232

Vítima: MICHEL GONCALVES SANTOS

Data do Acidente: 13/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MICHEL GONCALVES SANTOS

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\$ 6.750,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 100%) 50,00%

Valor a indenizar: 50,00% x 13.500,00 = R\$ 6.750,00

Recebedor: MICHEL GONCALVES SANTOS

Valor: R\$ 6.750,00

Banco: 104

Agência: 000002186

Conta: 00000100376-3

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 031.241.395-50 4 - Nome completo da vítima: Michel Gomezhães Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Michel Gomezhães Santos 6 - CPF: 031.241.395-50
7 - Profissão: Pintor 8 - Endereço: Transcência G 9 - Número: 50 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Laranjeira 12 - Cidade: Ressa Sembrado de São João Serapiquí 13 - Estado: 14 - CEP: 49061-106
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 79-3222-0817

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 2186 CONTA: 100396 3
(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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (seu nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Jacaré - SE, 19.12.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
5ª DELEGACIA METROPOLITANA - NOSSA SENHORA DO SOCORRO - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 066319/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 25/06/2019 10:00 Data/Hora Fim: 25/06/2019 10:13
Delegado de Polícia: Marcelo Pais Dos Santos

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Núcleo de Mediação - 5ª Dm
Data/Hora do Fato: 13/05/2019 05:17

Local do Fato

Município: Nossa Senhora do Socorro (SE)

Bairro: Conjunto Marcos

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MICHEL GONÇALVES SANTOS (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Aracaju Sexo: Masculino Nasc: 04/08/1987
Profissão: Pintor
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Vera Lucia Gonçalves Santos Nome do Pai: Manoel Vieira Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 031.241.395-50
RG - Carteira de Identidade: 33427070

Endereço

Município: Nossa Senhora do Socorro - SE Nº: 50
Logradouro: TRAVESSA G
Bairro: JAPAOZINHO
Telefone: (79) 8836-9324 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário: 044.005.495-85	Placa: IAL2993
Renavam: 00216746949	Número do Motor: NC43E1A082419
Número do Chassi: 9C2NC4310AR082419	Ano/Modelo Fabricação: 2010/2010
Cor: PRETA	UF Veículo: Sergipe
Município Veículo: Aracaju	Marca/Modelo: HONDA/CB 300R
Modelo: HONDA/CB 300R	Veículo Adulterado?: Não
Quantidade: 1 Unidade	Situação: Meio Empregado
Última Atualização Denatran: 26/09/2018	Situação do Veículo: NADA CONSTA

Nome Envolvido

Michel Gonçalves Santos

Envolvimentos

Possuidor



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
5ª DELEGACIA METROPOLITANA - NOSSA SENHORA DO SOCORRO - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 066319/2019

RELATO/HISTÓRICO

RELATA QUE SAIU DA CASA DE UM COLEGA E ESTAVA INDO PARA CASA, QUE ESTAVA PILOTANDO UMA MOTOCICLETA EM UMA AVENIDA DO CONJUNTO MARCOS FREIRE II E ACABOU CAINDO. QUE NA QUEDA BATEU A CABEÇA E NÃO LEMBRA MAIS DE NADA; QUE SÓ ACORDOU NO OUTRO DIA NO HOSPITAL JOÃO ALVES FILHO ONDE FOI ATENDIDO; QUE PRECISOU SER SUBMETIDO A UMA CIRURGIA; QUE PEDE O REGISTRO DA PRESENTE OCORRÊNCIA.

ASSINATURAS

Camile Santana Ferreira Rocha
Responsável pelo Atendimento

Michel Gonçalves Santos
(Comunicante)

*Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) titular responsável pelas informações acima assinadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que do originar, conforme previsto nos Artigos 319-Dimensão Caluniosa e 343-Comunicação Falsa de Crime ou de Cominação do Código Penal Brasileiro.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 031.241.395-50 4 - Nome completo da vítima: Michel Gonçalves Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Michel Gonçalves Santos 6 - CPF: 031.241.395-50
7 - Profissão: Pintor 8 - Endereço: Transcência G 9 - Número: 50 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Laranjeiras 12 - Cidade: Riacha Sãoborna de S. Sebastião - Sergipe 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49061-306
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 79-3222-0817

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (301) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2186 CONTA: 100396

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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.

22 - 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 (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou roscuro/vai nascido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Macaíba - SE, 19 de 12 de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)