

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

CIRURGIA LIMPA CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA
 CIRURGIA CONTAMINADA CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? SIM NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

VIAS AÉREAS SUP. PULMONAR URINÁRIA SNC TGI
 CUTÂNEO AP. CARDIO-VASCULAR PLEURA OUTROS

DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA GERAL + SONDAGEM VESICAL

ANTISSEPSIA E ASSEPSIA

INCISÃO XIFO PÚBLICA E ABERTURA POR PLANOS

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

REALIZADA ABERTURA DO RETROPERITÔNEO 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-BA 31982

HUSE

BOLETIM DE ANESTESIA



Fundação Hospitalar de Saúde

PACIENTE:

Tichel Gonçalves Santos, 31 anos

REGISTRO:

UNIDADE:

MÉDICO:

LEITO:

CIRURGIA PROGRAMADA

Laparotomia Exploradora

CIRURGIA REALIZADA

Nigectomia Total

DATA

13/05/2009

ANESTESIOLOGISTA

Luiz Wyrne Cobef

TÉCNICA ANESTÉSICA

gasot Anestesia

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTESICA

CIRURGÃO

Sergio Araujo + Jesus

AUXILIAR

ASA I

HORA DE INÍCIO

22:35

HORA DE TÉRMINO

00:15

ACESSO VENOSO

NSD + ED

POSIÇÃO

DD N

22:35

15

30

45

23:15

15

30

45

00:00

30

45

00:15

15

30

45

15

30

45

AGENTES

INALATÓRIOS

O2 + N2O + T

SF5000 CH CM

FLUIDOS

D

V V V Magal

P 300 RL 500

CEC

OUTROS

S0 + 200

EtCO2 180

160

140

120

100

80

60

40

20

0

10

20

30

40

50

60

70

80

90

100

110

120

130

140

150

160

170

180

190

200

210

220

230

240

250

260

270

280

290

300

310

320

330

340

350

360

370

380

390

400

410

420

430

440

450

460

470

480

490

500

510

520

530

540

550

560

570

580

590

600

610

620

630

640

650

660

670

680

690

700

710

720

730

740

750

760

770

780

790

800

810

820

830

840

850

860

870

880

890

900

910

920

930

940

950

960

970

980

990

1000

1010

1020

1030

1040

1050

1060

1070

1080

1090

1100

1110

1120

1130

1140

1150

1160

1170

1180

1190

1200

1210

1220

1230

1240

1250

1260

1270

1280

1290

1300

1310

1320

1330

1340

1350

1360

1370

1380

1390

1400

1410

1420

1430

1440

1450

1460

1470

1480

1490

1500

1510

1520

1530

1540

1550

1560

1570

1580

1590

1600

1610

1620

1630

1640

1650

1660

1670

1680

1690

1700

1710

1720

1730

1740

1750

1760

1770

1780

1790

1800

1810

1820

1830

1840

1850

1860

1870

1880

1890

1900

1910

1920

1930

1940

1950

1960

1970

1980

1990

2000

2010

2020

2030

2040

2050

2060

2070

2080

2090

2100

2110

2120

2130

2140

2150

2160

2170

2180

2190

2200

2210

2220

2230

2240

2250

2260

2270

2280

2290

2300

2310

2320

2330

2340

2350

2360

2370

2380

2390

2400

2410

2420

2430

2440

2450

2460

2470

2480

2490

2500

2510

2520

2530

2540

Registro de Enfermagem no Trans-Operatório

NOME		Nícolas Gonçalves Santos		PRONTUÁRIO	188772				
RECEBIDO NA S.O. POR		Enf + anest		DATA	13	05	19	SALA	04
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA		ACORDADO	X	SONOLENTO			AGITADO	COMATOSO	
CIRCULANTE		Estabilizado		PROCEDÊNCIA					
ENTRADA S.O.		22	h	INÍCIO DA ANESTESIA	h		INÍCIO DA CIRURGIA	h	
SAÍDA DA S.O.		h		FIM DA ANESTESIA	h		FIM DA CIRURGIA	h	
CIRURGIÃO		Dr. Sérgio Querino		1º AUXILIAR					
ANESTESISTA		En. Lucas		2º AUXILIAR					
INSTRUMENTADOR				LATERALIDADE			() DIREITA () ESQUERDA	() NA	
CIRURGIA PROPOSTA		LE + resectomia							
CIRURGIA REALIZADA		A proposta							

TÉCNICA ANESTÉSICA

GERAL VENOSA	GERAL INALATÓRIA	GERAL COMBINADA	X	GERAL BALANCEADA	RAQUIANESTESIA	
PERIDURAL C/ CATETER	PERIDURAL S/ CATETER	SEDAÇÃO		BLOQUEIO DO PLEXO	LOCAL	
TUBO ENDOTRAQUEAL X ORAL () NASAL		Nº: 8,0	TUBO ARAMADO	Nº:	MÁSCARA LARINGEA	

ASSEPSIA

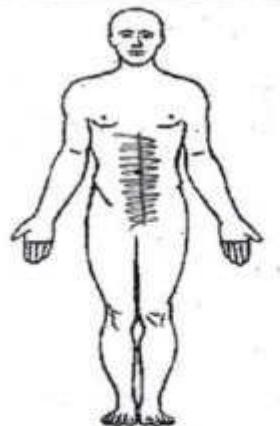
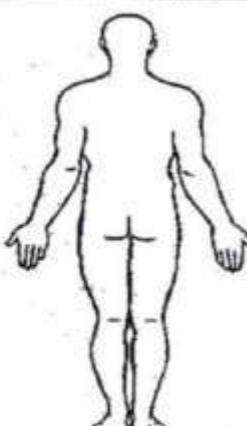
X PVPI TÓPICO	PVPI ALCOÓLICO	X PVPI DERGEMANTE	CLOREXID. ALCOÓLICA	CLOREXID. DEGERMANTE	CLOREXID. AQUOSA
---------------	----------------	-------------------	---------------------	----------------------	------------------

EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS UTILIZADOS

BOMBA DE INFUSÃO	DESFIBRILADOR	MONITOR CEREBRAL (BIS)	INTENSIFICADOR DE IMAGEM	X MANTA TÉRMICA	MICROSCÓPIO
FIBROSCÓPIO	X MONITOR CARDÍACO	X PA (NÃO INVASIVA)	PA (INVASIVA)	X OXÍMETRO	CAPNÓGRAFO
X FOCO AUXILIAR	FONTE DE LUZ	VIDEOLAPAROSCÓPIO	BRONCOSCÓPIO		OUTROS

COXINS DE CONFORTO UTILIZADOS

CABEÇA	MSD	MSE	MIE	MID	BIPOLAR	X MONOPOLAR
--------	-----	-----	-----	-----	---------	-------------

 		PLACA BISTURI		COMPRESSAS	
<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
LOCAL				GRANDES	
<input checked="" type="checkbox"/>		ELETRODOS			
<input checked="" type="checkbox"/>		INCISÃO CIRÚRGICA		PEQUENAS	
<input checked="" type="checkbox"/>		AVP	D	X	ENTREGUE
<input checked="" type="checkbox"/>		AVC	X	E	DEVOLVIDA
GASOMETRIA: SIM X NÃO ()					

POSIÇÃO DO PACIENTE

X DORSAL	VENTRAL	LAT. ESQ	LAT. DIR	CANIVETE	TRENDELEMBURG	LITOTOMIA
----------	---------	----------	----------	----------	---------------	-----------

SONDAS – DRENOS – CÂNULAS

SONDAS - DRENOS - CÂNULOS										
SNG	Nº:	SNE	Nº:	FOGARTY	Nº:	TRAQUEÓSTOMO	Nº:	GUEDEL	Nº:	
DRENOS		SUCCÃO	Nº		TÓRAX	Nº		PENROSE	Nº	
		ABDOMINAL	Nº		PIZZER	Nº		KHER	Nº	
		BLAKE	Nº		OUTROS					
PASSAGEM DA SONDA FOLLEY			SEM RESTRIÇÃO			COM RESTRIÇÃO		VIAS	Nº:	
FOLLEY	Nº: 42	FOLLEY SILICONE	Nº			SONDA NELATON (URETRAL)			Nº: 01	
PASSADA POR	m. Jéssica					ANÁTOMO PATOLÓGICO	Nº PEÇAS			

SINAIS VITais

FC (BPM)	76 bpm	108 bpm
SpO2 (%)	100 Sat	100 Sat
EPCO2 (mmHg)		
PA (mmHg)	90 x 40 mmHg	100 x 60 mmHg
PAI (mmHg)		
FR (RPM)		
TEMP (°C)		

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

HORA	REGISTRO	ASSINATURA
22h	Administração em 50 de meios, ocupa- doos, levando por direção, para o contingente "Insta- tâneo" comunitário, que muitos + reais deles em sua sua intercessão — S/0 com presença de memória.	
23:55	Recedimento realizados de intercessão Administração 02 C/ P/DR busca.	
24:00	Reavivado o procedimento	
24:15	Termos de constatação	
24:25 (armado) digo Encomendado para T-fo SBRPB, V.G. Peralta, supõe-se nome meio em uso de Alves (desta vez MS) e P/DR em nome D. eufônio ei- gurado ordenado a S/0. Portan- do protocolo completo.		

ENCAMINADO PARA:



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 de 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, apenso, 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, exibe 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 ADIPOSO ADJACENTE COM HEMORRAGIA RECENTE COM DEPOSIÇÃO DE MATERIAL FIBRINO-NEUTROFÍLICO.
- URETER COM HEMORRAGIA RECENTE NA PAREDE.
- AUSÊNCIA DE MALIGNIDADES NESTA AMOSTRA.

Aracaju, 21, maio, 2019

 Dra. Mônica Lima de Araújo
 Médica Patologista - CRM 2170

 Dra. Ana Carolina P. Coimbra
 Médica Patologista - CRM 3366

 Dr. Antônio Roberto de O. Bandalho
 Médico Patologista - CRM 2904

 Dr. Silvio Constantino Valle
 Médico Patologista - CRM 4491

 Dra. Luisa Meurer
 Médica Patologista CRM 4960

 Dr. Mário P. P. de Souza
 Médico Patologista CRM 14916

IMPORTANTE: Este laudo é o resultado de uma análise interpretativa da observação médica e correlação com informações clínicas e laboratoriais recebidas juntamente ao material submetido. Pessoas aptas a interpretar o exame devem ser imediatamente comunicadas ao medicopatologista responsável, notificando-se imediatamente a clínica. Não se deve interpretar o exame sem a informação acima constada, nem se deve submetê-lo a ameaças, recebidas para tal. Se não se pode interpretar o exame, deve ser notificado ou informado ao médico responsável que o material deve ser devolvido ao laboratório responsável, pelo correio ou de outra forma adequada.

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 - Jardim

Unidade IV - Fundação São Lucas: Sala 202 - São José | CNPJ: 03.118.657/0001-46 | www.lapma.com.br



RELATÓRIO 0862 / 2019 REFERENTE À OCORRÊNCIA

NÚMERO: 1905130115 / ESUS – SAMU

e - DOC 020000.16238 / 2019 - 8

○ 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 Anne Machado Tavares
CRM 1720

mary anne
Andréa Lenir Bastos Paiva Nery

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE

CONTRAN

DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - SE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA CÓD. RENAVAM RENTRIC. EXERCÍCIO
1 00216763999 2019

WALTER DE GOMES FILHO
1
2
3
4
5
6
7

049.005.405-80
049.251.149-00000000019

CPF / CNPJ

PLACA
1H2393

PLACA ANO / UF
14.2019/SE

CHASSI

ESPECIE TIPO
P. & M. MOTOCICLETA/ MOTO

MARCA / MODELO

ANO FAB.

ANO M/OF.

CATEGORIA

PRET

COR PREDOMINANTE

PRET

COTA ÚNICA

VENG. COTA ÚNICA

VENG / COTAS

PRET

FAIXA I PVA

REGRAS

PREMIO TARIIFARIO (R\$)

SEU RESTULCE (R\$)

VALOR (R\$)

OBSEVAÇÕES REL. 11

MINISTÉRIO DAS CIDADES

LOCAL

AV. MARQUES SILVA

DATA

23/04/2019

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEHÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT
SE N° 015214014477 BILHETE DE SEGURO DPVAT
www.seguradoravalidador.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

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

www.seguradoravalidador.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA CÓD. RENAVAM RENTRIC. EXERCÍCIO
2 216745099 2019

CPF / CNPJ

PLACA
1A12393

ANO FAB. 2010 2019
CAT. TRAF. 9 21241040000219
Nº CHASSI

MARCA / MODELO
HEM-1400

VENG / COTAS

PLACA

ANO FAB. 2010 2019
CAT. TRAF. 9 21241040000219
Nº CHASSI

PRÉMIO TARIIFÁRIO
FMS (R\$) 36,00
DENATRAN (R\$) 4,00
CUSTO DO BILHETE (R\$) 40,00

— PAGAMENTO —
COTA ÚNICA PARCELADO 20/04/2019
DATA DE OBTENÇÃO

PRÉMIO TARIIFÁRIO (R\$) 36,00
DENATRAN (R\$) 4,00
CUSTO DO BILHETE (R\$) 40,00
— PAGAMENTO —
COTA ÚNICA PARCELADO 20/04/2019
DATA DE OBTENÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.600/0001-04

002.2018

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:
031.941.395-50

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 N° 445/2012

5 - Nome completo:	Michel Gonçalves Santos		6 - CPF:	031.941.395-50	
7 - Profissão:	Pintor	8 - Endereço:	Travessa G	9 - Número:	50
11 - Bairro:	Lamaraõ	12 - Cidade:	Ilheus	13 - Estado:	SE
15 - E-mail:			14 - CEP:	49061-306	
			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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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) Caba Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2486

CONTA: 100396

(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)

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 atende 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 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deu ou não nasceu (vel nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Bracaji-SE, 29-01-2020
+ Michel Gonçalves Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/05/2019

Titular do CPF: MICHEL GONCALVES SANTOS

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MICHEL GONCALVES SANTOS

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 GLOBO, FLÁCIDO, SIMÉTRICO, DOLOROSO À PALPAÇÃO SUPERFICIAL E PROFUNDA, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA HIPERTRÓFICA MEDIANA SUPRA E INFRA UMBILICAL, AUSÊNCIA DE VISCIROMEGALIAS 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
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

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

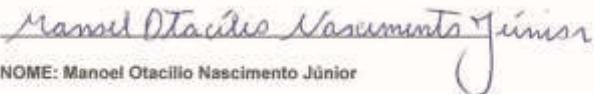
Região Corporal (Sequela):

% 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

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, 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



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 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

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, 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



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, 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, 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,



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 Gennareto 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 Gennareto Santos	6 - CPF: 031.241.395-50		
7 - Profissão: Pintor	8 - Endereço: Travessa G	9 - Número: 50	10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Lamarão	12 - Cidade: Xexéu Serra de São Gonçalo - Rio Grande do Norte	13 - Estado: 14 - CEP: 49061-106	15 - E-mail: 79-9922-0817

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente 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: 2186 CONTA: 100396 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 ao 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 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) Divorciado 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? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Macau-SE, 19.12.2019*

+ M. L. G. Gennareto Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
PÓLICIA CIVIL
5^a 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 - 5^a Dm
Data/Hora do Fato: 13/06/2019 05:17

Local do Fato

Município: Nossa Senhora do Socorro (SE)

Bairro: Conjunto Marcos

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Méio(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
Logradouro: TRAVESSA G N°: 50
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	Envolvimentos
Michel Gonçalves Santos	Possuidor





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
PÓLICIA 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

Carmile Santana Ferreira Rocha
Responsável pelo Atendimento

Michel Gonçalves Santos

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 ASU: 3 - CPF da vítima: 031.241.395-50 4 - Nome completo da vítima: Michel Gennareto Souto

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 Gennareto Souto 6 - CPF: 031.241.395-50
 7 - Profissão: Pintor 8 - Endereço: Francisco G
 9 - Número: 50 10 - Complemento: Casa
 11 - Bairro: Lourmarim 12 - Cidade: Rio de Janeiro/RJ 13 - Estado:
 14 - CEP: 24061-306 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:

REUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$3.000,00 R\$7.501,00 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 itabu. Ativale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2186

CONTA: 100396

(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 a análise médica presencial, caso necessário, às custas 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:		
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (velhozinho): <input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Não

Este cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a cobrança do ressarcimento do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Jacareí, 19-12-2019

+ M. L. G. Gennareto Souto

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)