



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU**  
**Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Dados do Processo**

Processo: 202040600440	Distribuição: 24/03/2020
Número Único: 0014510-47.2020.8.25.0001	Competência: Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

**Assuntos**

- DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO - Partes e Procuradores - Assistência Judiciária Gratuita  
- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

**Dados das Partes**

Requerente: MICHEL GONÇALVES SANTOS  
Endereço: TRAVESSA G  
Complemento:  
Bairro: LAMARÃO  
Cidade: ARACAJU - Estado: SE - CEP: 49088393  
Requerente: Advogado(a): EDNALDO BEZERRA DA SILVA JUNIOR 11154/SE  
Requerido: SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT  
Endereço: Rua Senador Dantas  
Complemento: 5º ANDAR  
Bairro: CENTRO  
Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20010000  
Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU**  
**Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Processos Apensados:**

--

**Processos Dependentes:**

--



Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe

VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU  
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**PROCESSO:**

202040600440

**DATA:**

22/06/2020

**MOVIMENTO:**

Juntada

**DESCRIÇÃO:**

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200619174503755 às 17:45 em 19/06/2020.

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Não

# 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: 11/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MICHEL GONCALVES SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02186

CONTA: 000000100376-3

---

Nr. da Autenticação A5ACF0FABB731B33

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200001232 **Cidade:** Nossa Senhora do Socorro **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MICHEL GONCALVES SANTOS **Data do acidente:** 13/05/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

## PARECER

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

**Descrição do exame físico:** 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.

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

**Sequelas permanentes:** Nefrectomia esquerda

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 15/01/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## 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
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 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
		<b>Total</b>	<b>50 %</b>	<b>R\$ 6.750,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200001232 **Cidade:** Nossa Senhora do Socorro **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MICHEL GONCALVES SANTOS **Data do acidente:** 13/05/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 08/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.  
NEFRECTOMIA A ESQUERDA TRAUMA CONTUSO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.  
P-1-8-9-14-15-18

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** \*-SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**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
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 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
Total			50 %	R\$ 6.750,00

TRAV. O. 50 - LAMARAO  
ARACAUJSE CEP 4900000 (AG. 1)

Ligação: MONGASSO  
Clt/Soc: RES MTC B1/RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Póster: 5-1-386-5113 Referência: Nov/2019  
Medidor: 05004762553 Emissão: 09/11/2019

**energisa**

ENERGISA SERGIPE-DISTRIBUIÇÃO ENERGIA S.A.  
Rua M. Apolônio Sales, 81 - Inocê Barbosa - Aracaju/SE - CEP 49043-150  
Atendimento: 0800 79 0196  
CNPJ 13.017.462/0001-83 Ins. Est. 020.707.411  
Nota Fiscal: Controle Energia Eletrônica NFE 00435471  
Cód. para Dts. Automático: 00009161811

Atendimento ao Cliente ENERGISA **08000 79 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2019	08/11/2019	10/12/2019	116.346.425-20

UC (Unidade Consumidora): **3/816181-2**

Canal de contato

Conheça a Gisa, nossa atendente virtual do WhatsApp! Ela pode te ajudar com informações sobre débitos, enviar a segunda via da conta de energia e até fazer pedidos de instalação. Salve nosso número e nos chame sempre que precisar. 79 95101.0715

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
10/10/19	3742	08/11/19	3620	1	30	30

Demonstrativo										
Cód.	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base		Alíq.	Imposto	Valor Base		
				Valor Base	Valor Base			Valor Base	Valor Base	
				Valor Base	Valor Base			Valor Base	Valor Base	
3801	Consumo em kWh	88.100	0,769440	67,18	67,18	25	16,79	87,10	1,68	2,00
3801	Adic. B. Anistia			1,31	1,31	25	0,33	1,31	0,31	0,50
3801	Adic. B. Veremeta			1,45	1,45	25	0,36	1,45	0,31	0,50
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0004	JUROS DE MORA 3992319			0,04	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 09/2019			1,28	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00





## RELATÓRIO MÉDICO



NOME DO PACIENTE:

DATA DA ENTRADA:

DATA DA SAÍDA:

Michel Goucalves Santos  
13/05/2019  
17/05/2019

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário, sem ter contato profissional com o paciente, isto é, a responsabilidade do atendimento cabe aos médicos que o assistiram.

INTERNAMENTO:

PS ( )

ENFERMARIA ( )

UTI ( )

### HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente admitido vítima de queda de um bloco alceolizado. Queixa-se de dor no 'calço' do tórax, do abdômen. Apresenta ferimento em face, secionado em UAT. Realizada sutura de ferimento em região frontal. Ate de crânio não mostra alterações neurológicas. O FAST foi positivo. Foi submetido à laparotomia exploradora com ressecção G. Cas. e teve alta hospitalar.

### HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Laparotomia exploradora + ressecção G.

### EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx tórax / Pelve

USG FAST

TC Crânio / cervical / Tórax

### MÉDICOS ASSISTENTES:

D. André Luiz Barros

D. Joice Almeida

D. Sérgio Quiróz

D. Tiago de Jesus Almeida

CONDIÇÕES DE ALTA:

MELHORADO (X)

TRANSFERIDO ( )

ÓBITO ( )

ARACAJU, 10 de junho de 2019

Ana Luiza Pinheiro Barreto  
Cirurgiã Geral - Especialista em UTI  
CRM 719 - CPF: 136478565-63

André Luiz Barros  
MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO



HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1908619  
CNS:

DATA: 13/05/2019 HORA: 05:17 USUARIO: MEOSILVA  
SETOR: 06-SUTURA

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME	: MICHEL GONCALVES SANTOS	DOC....	: 33427070
IDADE.....	: 31 ANOS	NASC: 04/08/1987	SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....	: RUA H	NUMERO:	: 37
COMPLEMENTO...:		BAIRRO:	: JAPAOZINHO
MUNICIPIO.....	: ARACAJU	UF: SE	CEP....: 49000-000
NOME PAI/MAE..:	MANUEL VIEIRA SANTOS	/VERA LUCIA	GONCALVES SANTOS
RESPONSAVEL...:	SAMU	TEL....:	79-9842-00
PROCEDENCIA...:	JAPAOZINHO		14
ATENDIMENTO...:	ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)		
CASO POLICIAL..:	NAO	PLANO DE SAUDE....:	NAO
ACID. TRABALHO:	NAO	VEIO DE AMBULANCIA:	SIM
		TRAUMA:	NAO

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

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

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: ☐ SIM ☐ NAO

## DADOS CLINICOS:

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 25/10/2014  
 Paciente vítima de queda de moto, colisão moto x poste. Paciente alcoolizado  
 SAMU relata que ele queixou de cervicalgia. Paciente alcoolizado  
 A via aérea pervia, queixa de cervicalgia (B) Snt. 96%, iden a palpacao torax,  
 pulmões crepitantes (C) Abdomen: Refere dor a palpacao. Pelvis estável  
 (D) Gloragou 14. (E) FCC em face, escoriações em MMII.

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

cd Avaliação NRC

2) Avaliação e DMF

③ Rx de torax + Rx de pelve

(4) USG FAST.

⑤ Cetoprofeno 400mg + SF 0.9% 100ml

Pietra Zorzo

DATA DA SAIDA: CREMESE 5258

HORA DA SAIDA:

ALTA: ☐ DECISAO MEDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASAO

[ ] DESISTENCIA

[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: ☐ ANTES 48HS ☐ APÓS 48HS

[ ] **FAMILIA**

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL \_\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO

REALIZADO EM 22/05/2011  
AS 11:05 HORAS

FRENICO R&amp;A RADIOLOGIA

7:35h - Não responde os chamados.

André Luiz S. Barreto

Cirurgião Buco Maxilo Facial  
CRO-SE 1177

15h - Período vítima de acidente de moto e/ou veículo, apresentando ao exame  
FCC em região frontal, um sinal clínico de fratura de osso  
per. Malgrado natureza do ferimento, sob anestesia local.  
Liberação pelo bico.

André Luiz S. Barreto

Cirurgião Buco Maxilo Facial  
CRO-SE 1177

13/05/19 - (NOR)

→ Ac Molo x poste segundo relato  
pet mão recuada ocorrido  
→ Ingesta etílica  
sf capiente

EN: Ao 3 RV 4 RM 6  
Pup 150 / foto  
sf deficit  
sf unicalsias.

Dr. Bruno W. M. Guedes  
Neurocirurgia  
CRM-SE 5843

(cd) Te de cianis

→ sf alterações neurológicas  
(trauma / hematoma / HCE)

- Trauma 100 ~ SF 0,9% 100 ~ EV oblobr  
- Diplopia 18 20 02 08  
- Reavaliação 18 24 06 12 oblobr  
ab 18h.

Dr. Bruno W. M. Guedes  
Neurocirurgia  
CRM-SE 5843



HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO  
=====

FICHA DE INTERNACAO  
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 188772  
Numero do CNS.....: 0000000000000000 700104920532915  
Nome.....: MICHEL GONCALVES SANTOS  
Documento.....: 33427070 Tipo :  
Data de Nascimento: 4/08/1987 Idade: 31 anos  
Sexo.....: MASCULINO  
Responsavel.....: MANUEL VIEIRA SANTOS  
Nome da Mae.....: VERA LUCIA GONCALVES SANTOS  
Endereco.....: RUA H 37  
Bairro.....: JAPAOZINHO Cep.: 49000-000  
Telefone.....: 79-9842-0014  
Município.....: 2800308 - - SE  
Nacionalidade.....: BRASILEIRO  
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 1908619  
Clinica.....: 918 - CENTRO CIRURGICO SRPA  
Leito.....: 999.0782  
Data da Internacao: 13/05/2019  
Hora da Internacao: 22:12  
Medico Solicitante: 133.445.015-34 - SERGIO DE QUEIROZ DA CRUZ  
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO  
Diagnostico.....: NAO INFORMADO  
Identif. Operador.: BMGSANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

Proc.Realizado:  
Dt.Hr Saida:  
Especialidade:  
Tipo de Saida:  
CID Principal:  
CID Secundario:  
Principal:  
Secundario:  
Outro:

Enviado AIH - Data: 13/05/2019  
ao Faturamento em 14/05/2019

LEITO	PACIENTE	CIRURGIA GERAL	IDADE	31
C 1.4	MICHEL GONÇALVES DOS SANTOS		SEXO	
DATA	16/05/19 2º DPOI: LE + NEFRECTOMIA A ESQUERDA POR TRAUMA CONTUSO		REG	188772
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES	
1	DIETA BRANDA	500 500 500 500		
2	SF 0,9% 2000 ML EV PARA 24h	500 500 500 500		
3	SGF 1:1 500ML EV 12/12h	500 500		
4	RANITIDINA 50MG + AD 18 ML EV 8/8h	18 24 06		
5	DIPIRONA 2 ML + AD 18 ML EV 6/6h	18 18 24 06		
6	TRAMAL 100 MG + SF 0,9% 100 ML EV 6/6h S.O.S	SOS		
7	ONDANSETRONA 8 MG + SF 0,9% 100 ML EV 6/6H S.O.S	SOS		
8	PLASIL 1 AMP + AD 18 ML EV 8/8H	08 18 24		
9	CURATIVO DIÁRIO 1X/DIA	1x		
10	CUIDADOS GERAIS E DADOS VITAIS 6/6h	18 18 24 06		
11	RETIRAR SVD	Retirado		
12	ESTIMULO A DEAMBULAÇÃO PRECOCE			
13	SOLICITO HMG DE URGENCIA			
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21	17/05/19			
22				
23	Alto hospitalar			
24				
25				
26				
27				
28				
29				

Dr. Eduardo Silva Freitas  
Médico  
CRM-BA 5867

Luciene E. dos Santos  
Enfermeira  
CRM-BA 3227

Dr. Eduardo Silva Freitas  
Médico  
CRM-BA 5867



Nome do Paciente: Márcio Gonçalves Santos Idade:  Sexo:   
Unidade de Produção:  Leito:  Nº do Prontuário:

DATA	HORA	HISTÓRICO
13/05	18:20h	Neurocirurgia Paciente em observação por ter sido vítima de acidente de moto e ter chegado com cefaleia e cervicalgia. Fiz TC de crânio e cervical que mostram apenas espasmo de coluna torácica não mostrando fraturas. Persiste com dor em coluna torácica. Cd: Solicita TC de coluna torácica
13/05	21:30h	NDR. TC de abd. superior: normal. OBS: Contusões em abd. superior. Reavaliação na cirurgia geral.
13/05/19	22h	Cor. Geral Paciente queixa-se de dor abdominal. (A) Urina adormecida. Sem dor uretral. (B) Exame físico - x de tórax normal. (C) Hipocôndrio. Pulso filiforme. FC: 110bpm. (D) Glasgow: 15. (E) Abdomen doloroso e umaco de arret. perit. TC de abdome e bexiga bexiga e volume hematomas na topografia renal esquerda. ID: Hemorragia extra-abdominal. Cond.: solicita hemotransfusão. Solicita solo no C.C.

Dr. Carlos Eduardo F. Oliveira  
Neurocirurgia  
CRM 2016


Tiago de Jesus Menezes  
Neuroradiologia Intervencionista  
Neurocirurgia  
CRM 3549

Dr. João S. S. Filho  
CRM 9205  
31.355.4



## EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

Página nº 2

DATA	HORA	HISTÓRICO
14/05/19	12:00	Paciente admitido no Ato 6, procedente da SRPA em PO de LE + refractomia por trauma, comunitário, orientado suprimido em uso de ACP + SVP + AVC. Segue sob cuidado da equipe enf. a Flávia Paula 224 625
16/05/19		<p><b>Psicologia</b></p> <p>Paciente tranquilo, lúcido, orientado, apresentando humor estável.</p> <p>O mesmo relato sobre o acidente que causou a hospitalização, afirmando que não se lembra do ocorrido.</p> <p>Acompanhado da esposa, que oferece bom suporte afetivo. Boa adaptação ao tratamento e à hospitalização.</p> <p>Realizado contato ativo e admissivo.</p> <p>Sem demanda para a psicologia.</p>
		<p>  Simone Torres dos Santos  Psicóloga  CRP 19/000553</p>



## EVOLUÇÃO MÉDICA

Nome do Paciente: MICHEL GONÇALVES DOS SANTOS, 31 ANOS

Nº Prontuário

Sexo: MASC

DATA	HORA	EVOLUÇÃO MÉDICA
15/05/19		# CIRURGIA GERAL#
		LISTA DE PROBLEMAS: - 1º DPO DE LE + NEFRECTOMIA A ESQUERDA POR TRAUMA CONTUSO
		EVOLUÇÃO: PACIENTE NO LEITO, SEM QUEIXAS, NEGA DOR ABDOMINAL. DIURESE EM SACO CO COM HEMATÚRIA. ACEITOU DIETA LÍQUIDA SEM INTERCORRENCIAS
		EXAME FÍSICO: BOM ESTADO GERAL, REATIVO, HIPOCORADO +2/+4, ANICTERICO, ACIANOTICO, EUPNEICO, AFEBRIL ACV: B1 E B2 NORMOFONÉTICAS EM 2 TEMPOS SEM SOPROS, AR: MV+ EM AHT COM RONCOS ABDOMEN: DEPRESSIVEL, DOLOROSO A PALPAÇÃO PROFUNDA, RHA PRESENTES, FC
		CONDUTA: - EVOLUO DIETA
16/05/19		# 2º DPO de LE + nefrectomia a esquerda por TA Paciente no leito acordado, em várias posições espontâneas, comportável, estável hemodinamicamente, urina em saco coletor com volume 400 ml amarelo fresco, concentrado. Paciente relata 2 episódios de êmese não praus nem no leito. Ao exame: FO de bom aspecto, dor a palpação profunda, DB ⊖ CD: Solicito HMG de urgência

Dr. Eduardo Silva Farias  
Médico  
CRM-SE 2467  
CBO 31905

14/05/19

Paciente sem queixas, sem intercorrências  
nos últimos 24 h. Aceitou a dieta.  
FO de excelente aspecto. Checo laboratório

CD: ① Alto Hospital

Dr. Eduardo Silva Pa. S.  
Médico  
CRM-SE: 5417  
CRM-BA: 2199

GOVERNO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Fundação  
Hospitalar  
de Saúde

Nome do Paciente:	Michel Goncalves de S. S.	Idade:	31	Sexo:	M
Unidade de Produção:	E.C.	Leito:	06	Nº do Prontuário:	18877

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
14/05	24:30	Paciente admitido na SRPA e POI de 10 F + Nefrectomia (RE), em uso de protese por 11 5 VD com aturres presente, no momento, sem intercorrência Tc. Jucyene euren-SR 650 928
	02.h	Paciente segue na SRPA, no mo- mento com alteração, as cui- das da equipe. Tc. Jucyene
14 05 13	04.h	Depois de 30 min de dupe de agosto tem- peratura, realizada Taca. da colita pela equipe enica para melhor avaliação. Tc. Jucyene
	06.h	Depois de SSUU: PA = 121 x 83, R = 11, R = 11, SPO2 97% administrado medicamento de horário, segue com observação da equipe de enfermagem. Tc. Jucyene euren - 653479
14/05/19	07:00	Recebe plantas paciente no leito de observação con- sente respondendo aos chamados, verificando SV: - FC. 110 / PA = 131 x 82 SPO2 97%, foi despresado 100ml de urina de 10h R = 12, realizado banho no leito. Tc. Jucyene
	08:00	ad. medicação de horário continua em observação. Tc. Jucyene
	10:00	paciente recebeu dieta líquida. Tc. Jucyene
	11:35	ad. medicação de horário paciente bem sem queixas FC. 98 PA = 132 x 82 SPO2: 98 R = 12. Tc. Jucyene
14/05/19	14:00	Recomendado 8/aba C-1 - 04 Tc. Jucyene Paciente segue no leito, paciente orientado, em uso de ACP, jugular + USD, segue calado, sem alteração Administ. Paracet + tramal. Cdy. Jucyene



DATA	HORA	EVOLUÇÃO
	18:00	Administração de horário, após Ipten + Dipirona 2,00g. Prescrita
14/05	19h	Paciente no leito, calma, supine, apático ao toque, verbaliza, em uso de AAS com paracetamol + SVD com duração + Acesso em pulso, segue em companhia de familiares e sob cuidados da enfermagem. Administração de horário durante período segue sem alterações. Mantem quadro clínico.
15/05 15/05	06h	Administrada as medicações de horário. Paciente está em estado de um deambulante, porém, com consciência, orientado, choro excessivo, presença de e febre ou anormalidade em uso de paracetamol + SVD SVD, realizado um teste em uso de paracetamol por um dia, novos
		15/05 15h Paciente no leito, com uso de SVD, com estado orientado e febre ou anormalidade em uso de paracetamol segue em cuidados
15/05 15/05	14h	15/05 15h Paciente no leito, consciente e orientado, verbalizando, supine e acionando, em uso de AAS em pulso, em uso de SVD + celula de urina is- tema fechada, em uso de terapia em AAS em MVD, admi- nistrado a medicação de horá- rio prescrita. Tcc de 2 fls.
	16h	Administrada medicação de horário prescrita. Tcc de 2 fls.



GOVERNO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Fundação  
Hospitalar  
de Saúde

Nome do Paciente:

Michel Gonçalves dos Santos

Idade:

32

Sexo:

M

Unidade de Produção:

Leito:

E.S.U

Nº do Prontuário:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
15/5	18h	Administrado medicamento de hora rio prescrita. Têdo 1/2 com em tempo, dispunção 400 de diurese. Têdo 1/2 de
15	20h	Paciente calma no leito em uso de sorderapia por via periférica, não comando de familiar.
15	22h	Administrado medicamento prescrit
15	24h	Administrado medicamento de hora rio. Têdo 1/2
15	24h	Segue dormindo, dispunção de urina. hematuria 400 ml. Têdo 1/2
15	24h	Administrado medicamento, segue 20% cura dos do grupo. Têdo 1/2
16/5	08h	Paciente no leito calma, orientado, não balçando; eupneico, afil, acutetico em uso de A.C. com sorderapia.
16/5	08h	diurese e de fezes presente
16/5	08h	Paciente tomou banho, eutetico, cor S.F. em incisões cirurgias
16/5	10h	Administrado medicamento de hora rio. Têdo 1/2
16/5	12h	Administrado medicamento de hora rio. Têdo 1/2 + cefalotina 1/2 + paciente acutetico, almoco + sem queixa de mal-estar
16/5	13h	Paciente no leito em sorderapia cal- ma, consciente, eupneico, ventilando: faz uso A.C. em sorderapia, eutetico
16/5	14h	Administrado medicamento de hora rio. Têdo 1/2

Ieda Silva Santos  
Téc. de Enfermagem  
COREN-SE 155063



DATA	HORA	(150)	EVOLUÇÃO	(150)
6	15h	Paciente em eia de família		
5	16h	Abm medicação e pm		Abm
19	18h	Abm medicação e pm		Abm
	19h	Paciente no leito, calma, lucida, eupríico, verbaliz		
		ando, em uso de Venoclise fluída bem em		
		uso, bom de família, sem queixas		
	22h	Paciente sem queixas		
	24h	Paciente mantendo o quadro		
	23h	Hipertensão arterial de 160/90		
	06h	Administrado medicação de		
		hábito		
17		Paciente no leito calmo,		
05		orientado, verbalizando, eup		
14		ríico, afil, eufórico em uso de		
		A v p com monitorização, diurese e		
		dejeição presente		
	08	Administrado medicação de hábito		
		plasil 1 amp v		
	10:00	Paciente toma banho não foi		
		realizado curativo, fica para a		
		tarde, anêmico ciente		
	12:00	Administrado medicação de		
		hábito deprimido v + paciente		
		sem queixas no momento, segue		
		os cuidados de enfermagem		
	14:00	Paciente sai de alto co		
		ritador acompanhado por fam		
		ilares		

Tade Silva Santos  
 Téc. de Enfermagem  
 COREN-SE 155063

Tade Silva Santos  
 Téc. de Enfermagem  
 COREN-SE 155063



## **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

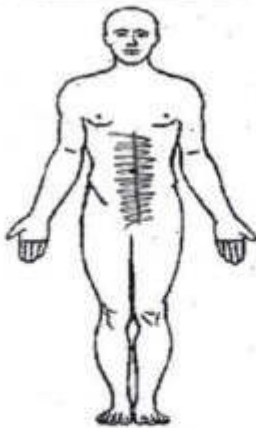
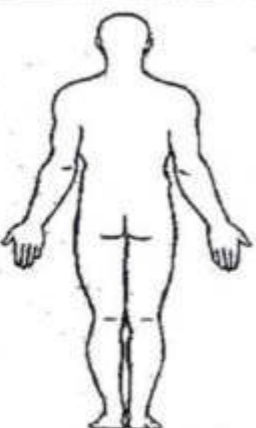
  
Dr. Eduardo Silva Farias  
Médico  
CRM-SE 5687  
CRM-PA 31928







## Registro de Enfermagem no Trans-Operatório

NOME <u>Michael Gonçalves Santos</u>				PRONTUÁRIO <u>188772</u>			
RECEBIDO NA S.O. POR <u>Enf + enfermeiros</u>				DATA <u>13/05/19</u>		SALA <u>04</u>	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA		ACORDADO	<input checked="" type="checkbox"/>	SONOLENTO	<input type="checkbox"/>	AGITADO	<input type="checkbox"/>
CIRCULANTE		<u>Ceftriaxona</u>		PROCEDÊNCIA			
ENTRADA S.O.		<u>22h</u>	h	INÍCIO DA ANESTESIA		h	INÍCIO DA CIRURGIA
SAÍDA DA S.O.			h	FIM DA ANESTESIA		h	FIM DA CIRURGIA
CIRURGIÃO <u>Dr. Sergio Queiroz</u>				1º AUXILIAR			
ANESTESISTA <u>Dr. Lucas</u>				2º AUXILIAR			
INSTRUMENTADOR				LATERALIDADE		( ) DIREITA ( ) ESQUERDA ( ) NA	
CIRURGIA PROPOSTA <u>LE + nefrectomia</u>							
CIRURGIA REALIZADA <u>A esquerda</u>							
<b>TÉCNICA ANESTÉSICA</b>							
GERAL VENOSA		GERAL INALATÓRIA		GERAL COMBINADA		<input checked="" type="checkbox"/> GERAL BALANCEADA	
PERIDURAL C/ CATETER		PERIDURAL S/ CATETER		SEDAÇÃO		BLOQUEIO DO PLEXO	
<input checked="" type="checkbox"/> TUBO ENDOTRAQUEAL		<input checked="" type="checkbox"/> ORAL ( ) NASAL		Nº: <u>8.0</u>		TUBO ARAMADO Nº: <u></u>	
						MÁSCARA LARINGEA	
<b>ASSEPSIA</b>							
<input checked="" type="checkbox"/> PVPI TÓPICO		<input type="checkbox"/> PVPI ALCOÓLICO		<input checked="" type="checkbox"/> PVPI DERMEGMANTE		<input type="checkbox"/> CLOREXID. ALCOÓLICA	
						<input type="checkbox"/> CLOREXID. DERMEGMANTE	
						<input type="checkbox"/> CLOREXID. AQUOSA	
<b>EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS UTILIZADOS</b>							
BOMBA DE INFUSÃO		DESFIBRILADOR		MONITOR CEREBRAL (BIS)		INTENSIFICADOR DE IMAGEM	
						<input checked="" type="checkbox"/> MANTA TÉRMICA	
FIBROSCÓPIO		<input checked="" type="checkbox"/> MONITOR CARDÍACO		<input checked="" type="checkbox"/> PA (NÃO INVASIVA)		PA (INVASIVA)	
						<input checked="" type="checkbox"/> OXÍMETRO	
						<input checked="" type="checkbox"/> CAPNÓGRAFO	
<input checked="" type="checkbox"/> FOCO AUXILIAR		FONTE DE LUZ		VIDEOLAPAROSCÓPIO		BRONCOSCÓPIO	
						OUTROS	
<b>COXINS DE CONFORTO UTILIZADOS</b>							
CABEÇA		MSD	MSE	MIE	MID		
<b>BISTURI ELÉTRICO</b>							
BIPOLAR				<input checked="" type="checkbox"/> MONOPOLAR			
PLACA BISTURI				COMPRESSAS			
 				GRANDES			
				ENTREGUE		DEVOLVIDA	
LOCAL				PEQUENAS			
• ELETRODOS				ENTREGUE			
† INCISÃO CIRÚRGICA				DEVOLVIDA			
<input checked="" type="checkbox"/> AVP				<input checked="" type="checkbox"/> D			
<input checked="" type="checkbox"/> AVC				<input checked="" type="checkbox"/> E			
GASOMETRIA: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO ( )							
<b>POSIÇÃO DO PACIENTE</b>							
<input checked="" type="checkbox"/> DORSAL		VENTRAL		LAT. ESQ		LAT. DIR	
				CANIVETE		TRENDELEMBURG	
						LITOTOMIA	







**RELATÓRIO MÉDICO**

<b>NOME:</b> Michel Gonçalves dos Santos	<b>IDADE:</b> 31 Ano(s) 9 Mês(es)	<b>Nº EXAME:</b> 021290-19
<b>MÉDICO:</b> Dr.(a) Eduardo Silva Farias	<b>SEXO:</b> M R.G:	<b>DATA ENTRADA:</b> 14/05/2019
<b>PROCEDÊNCIA:</b> HUSE - CENTRO CIRÚRGICO	<b>CIDADE:</b>	<b>DATA SAÍDA:</b> 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, 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 ADIPOSE 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 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 deverão ser imediatamente comunicadas ao médico patologista responsável, no momento da reunião de emergência. Toda a informação e documentação referente ao exame, incluindo as amostras recebidas para análise, não serão do laboratório responsável pela coleta e análise dos dados. As informações laboratoriais ficam arquivadas neste laboratório 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 - Jardim****p. 25 | Unidade IV - Fundação São Lucas, Sala 202 - São José | CNPJ: 03.118.657/0001-48 | [www.lapma.com.br](http://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 TITULOS DO  
EAT (EMPREGO DE ANIMADO DO TRABALHADOR)

MINISTÉRIO DO TRABALHO  
E EMPREGO

SECRETARIA DE EMPREGO E PROTEÇÃO DO EMPREGADO

CARTÃO DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

CPF

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

63

ПРИЛОЖЕНИЕ

THESE WERE  
DOCUMENTED

NAME \_\_\_\_\_

DOCTINENSIO

1998

DISCUSSION

MCCARTHY

DECLARATION

LEGNE

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 00216/95549 R.M.T.R.C. 2019

MCME

WELTER DE CARVALHO FILHO  
CPF/CNPJ 094.005.495-86  
PLACA ANT / UF PL 2993  
IN 2993/SE

PLACA PL 2993  
CHASSI 920043106000019

ESPECIE TIPO FORD FOCUS  
COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA / CIVIC  
CAP / POT / CL 2.0 / 150 CV / 16V  
CATEGORIA PRATEADA  
COR PREDOMINANTE PRATA

COTA ÚNICA  
VENÇ. COTA ÚNICA 1ª  
FAIXA LÍMITE 2ª  
PARCELAMENTO / COTAS 3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) JOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES DE

WELTER DE CARVALHO FILHO

LOCAL

ARMANDO DE S. LOCAL DATA 22/04/2019

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 OU INAO - 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](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2019 25/04/2019

RENAVAM 094.005.495-86 PLACA PL 2993  
MARCA / MODELO HONDA / CIVIC  
ANO FAB 2010  
COR TUBO 9  
Nº CHASSI 920043106000019

PRÊMIO TARIFÁRIO  
FMS (R\$) 36,00  
DENATRAN (R\$) 4,00  
CUSTO DO SEGURO (R\$) 40,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) JOF (R\$) DATA DE QUITACÃO  
PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO 22/04/2019

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)



INVALEZ 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 do Socorro 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 INVALEZ 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:



Sim



Não

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  
+ Michel Gonçalves Santos

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](http://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

Carta nº 15327588



---

**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](http://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 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: Transenna G 9 - Número: 50 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Laranjeira 12 - Cidade: Nossa Senhora do Socorro 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)  
AGÊNCIA: 2186 CONTA: 100396 3  
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 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: Motocideta/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  
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) signatário(a) responsável pelas informações acima assinadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que do(s) signatário(s) conforme previsto nos Artigos 319-Dimensão Caluniosa e 343-Comunicação Falsa de Crime ou de Cominação do Crime 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: Lamarão 12 - Cidade: Rio de Janeiro - São Sebastião do Galeão - Serapiquí 13 - Estado: 01 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  
(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 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: Macapá-SE, 19.12.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Michel Gonçalves Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_

43 - Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_