



**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
Número Único: 0014510-47.2020.8.25.0001
Classe: Procedimento Comum
Situação: Andamento
Processo Origem: *****

Distribuição: 24/03/2020
Competência: Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito
Fase: POSTULACAO
Processo Principal: *****

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 Apenasdos:

--

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: 00000100376-3

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 GLOBO, FLÁCIDO, SIMÉTRICO, DOLOROSO À PALPAÇÃO SUPERFICIAL E PROFUNDA, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA HIPERTRÓFICA MEDIANA SUPRA E INFRA UMBILICAL, AUSÊNCIA DE VISCRONEGALIAS À 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
		Total	50 %	R\$ 6.750,00

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 S. 50 - LAMARAO
AFAGAZU / 96 CEP 4800000 (AG-1)

Ligação MONOFÁSICO
Clt/Soc PES MTC BT / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Potero 5-1 - 390-5110 Referência Nov/2019
Meedor Q5004752555 Emissor: DB 11/2019

 energisa

ENERGIA SERGIPANISTA ENERGIA SA
Rui Costa - Avenida Beira Mar, 31 - meroebeira
Anhanguera-SEF 40001-000
CNPJ 13.012.462/0001-00 - insc. no Faz. 270.797-6
e-mail: Contato Energia Enseada 304.816.9
Cód. para Deb. Automática: 00000161000

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2019	08/11/2019	10/12/2019	116.346.426-20

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 e receber via sua conta de energia e até fazer pedido de religação. Salve nosso número e nos chame sempre que precisar: 200-1000.

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
16/10/19	3742	08/11/19	3820					38	
JU Deságua									
Demonstrativo									
Quantidade Tarifa I (0,0000000000000000) kWh - (0,0000000000000000) kWh									
3601 Consumo bruto/mês	99.000	0,769482	57.18	07.18	26	16.19	07.18	128	3.00
3601 Asc E Amanhã			131	131	25	0,00	131	0,00	0,00
3601 Asc E Vinte e uma			145	145	25	0,00	145	0,00	0,00
LARCAMENTOS E SERVIÇOS									
0004 JUROS DE MORA 09/2019			0,04	0,00	0	0,00	0,00	300	0,00
0006 MULTAS 09/2019			128	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
CCJ Código de Classificação do item - Total									
Tarifa e Tributos	0,520720			71,73	03,34	1740	02,34	0,00	0,00
Média últimos meses (kWh)			VENCIMENTO			TOTAL A PAGAR			
48			18/11/2019			R\$ 71,73			
Histórico de Consumo (kWh)									
0 Nov/19	1 Dez/19	2 Jan/19	3 Fev/19	4 Mar/19	5 Abr/19	6 Maio/19	7 Jun/19	8 Jul/19	9

Indicadores de Qualidade (2014-2015)			Composição do Consumo		
Limits da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
KMENAL	4,71	0,00	Intercap de Dist. de Energia	18,89	27,31
K TRAVESTRAL	8,41	NOMINAL	Consumo de Energia	28,76	37,21
CAUCAIA	10,89		Envio para Administrador	7,94	11,25
CAIXA	10,71	0,00	Entregas Setorizadas	3,37	4,75
K TRAVESTRAL	8,33	CONTRATADA	Intercap Direta e Indireta	23,74	34,21
CAUCAIA	12,76	LÍMITE INFERIOR	Outros Bem com.	0,92	1,37
AC	12,00	LÍMITE SUPERIOR	Total	71,73	100,00
CR	12,22				

ATENÇÃO		Faturas em atraso
- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) da(s) 1990 (nacionais e/ou internacionais) permaneçam em atraso, o fornecedor poderá ser suspenso a partir de 28/11/2019. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento só pode estar dentro do prazo estabelecido da devolução suspenção do fornecimento, caso o mesmo não seja cumprido ou se constar débitos não pagos na fatura, consumidor não pode descontar os débitos da fatura suspenso.	Out/19	65,05

00190 00009 03149 039004 03569 769171 7 80770000007173

PASADOUR CICERA PRIMUNICA ROCHA SANTOS - CPF/CNPJ: 11.634.642-20
TRAV 0-50 - LAMARAO - ARACAU / SE CEP: 49000000

Nº do nr 51492390003589789	Nº Documento 000016181201651	Data de Vencimento 19/11/2018	Valor do Documento R\$ 71,73
-------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

Rua M. Andrade Soes, 81 - Início Barroso - Aracaju / SE

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

DATA DA ENTRADA: 13/05/2019

DATA DA SAÍDA: 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 quebre de engolida, acometido de霖aux - se de cervical, do tórax, do abdômen. O paciente apresentava eritema em face, exocôndilas em UPI. Resposta sáfica de feijão em nível frontal. ATE de cintura até mamas alteradas, febre e cianose. O FAST foi positivo. Foi submetido à laparotomia exploradora com reseção gástrica. Foi feita alta hospitalar.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Laparotomia exploradora + nefrectomia esquerda.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx torax / Pelve

USG FAST

TC Cervic / escamais / Tórax

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dra. Andre Luiz Barreto

Dra. Francisca Almeida

Dra. Sergio Oliveira

Dra. Fátima de Jesus Llerengas.

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO (X) TRANSFERIDO () ÓBITO ()

Atta Luisa Pacheco Barreto
Cirurgião-Médico - Especialista em UTI
CRM-TO - CRM: 13847885-63

ARACAJU, 10 de Junho de 2019

Sheideide P. B. B.
MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

USE / RX / PV. Maua, Av. Bvco /
cont. 085 476 184

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1908619

DATA: 13/05/2019 HORA: 05:17 USUARIO: MEOSILVA

CNS:

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 TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

| 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:

Paciente vítima de queda de moto, colisão moto x poste? SI capacete SAMU relata que ele queixou de cervicalgia. Paciente alcoolize (A)via aerea pedia, queixa de cervicalgia (B) set. 96%, dor a palpacao torax x palpo crepitacões (C) Abdome: Reforço dor a palpacao Pelve estavel (D) Glargue 14. (E) FCC em face, escoriações em MM II.

DIAGNOSTICO:

CID:

EVASAO PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

cd ① Avaliação NRC

② Motivação e DMF

③ Rx de torax + Rx de pelve

④ USG FAST

⑤ Cetoprofeno 400mg + SF 0,9% 100ml

Pietra Zarzo

Chocante Geral

DATA DA SAIDA: CREMESE 5258

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

HORA DA SAIDA: :

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

[] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: []ATE 48HS [] APOS 48HS

REGISTRO: 49260
13ML 51 ANOS PATOL:
Col. gola

SINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL:

LARIVE DE JACINTO

0863447

7:35h - Nō respondem os chameados.

André L.S. Barreto

André Luiz S. Barreto
Cirurgião Buco Maxilo Facial
CRO-SE 1177

13h - Peço 1.º Tira de orofaringe de molar superior, apresentando exame no FRC em níveis fartoal, um nível clínico de fratura de ossos faciais. Radiografia rotina de ferimento, sob eversão local.

Liberado para casa.

André L.S. Barreto
André Luiz S. Barreto
Cirurgião Buco Maxilo Facial
CRO-SE 1177

13/05/19 - NOR

- Ac Molar x poste segundo relato
per mão recorda escomido
- Ingesta etílica
- s/ capacete

EN: Ns 3 RV + RM 6
prp 150 / foto
s/ descat
s/ analgésico.

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

① TC de crânio
↳ s/ alterações neurológicas
(+nat / hematoma / hnc)

- Trauma ¹⁰⁰⁻⁸₁₈₋₂₀₋₀₂₋₀₈ + SF 0,9% 100-1 EV oblobh
- D. prona ⁰¹⁻⁸₁₈₋₂₄₋₀₆ 12 oblobh
- Reavaliação as 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 *7D0104920532915*
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
Municipio.....: 2800308 - - SE
Nacionalidade....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

F.ma 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 Saidas:
Especialidade:
Tipo de Saída:
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 DPO: LE + NEFRECTOMIA A ESQUERDA POR TRAUMA CONTUSO		REG	188772
ITEM	PREScrição	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES	
1	DIETA BRANDA	16/05/19 06:00	500	500 500 500
2	SF 0,9% 2000 ML EV PARA 24h	16/05/19 06:00	500	500
3	SGF 1:1 500ML EV 12/12h	16/05/19 06:00	500	500
4	RANITIDINA 50MG + AD 18 ML EV 8/8h	16/05/19 06:00	16/05/19 06:00	16/05/19 06:00
5	DIPIRONA 2 ML + AD 18 ML EV 6/6h	16/05/19 06:00	16/05/19 06:00	16/05/19 06:00
6	TRAMAL 100 MG + SF 0,9% 100 ML EV 6/6h S.O.S	16/05/19 06:00	SOS	SOS
7	ONDANSETRONA 8 MG + SF 0,9% 100 ML EV 6/6H S.O.S	16/05/19 06:00	SOS	SOS
8	PLASIL 1 AMP + AD 18 ML EV 8/8h	16/05/19 06:00	16/05/19 06:00	16/05/19 06:00
9	CURATIVO DIÁRIO 1X/DIA	16/05/19 06:00	16/05/19 06:00	16/05/19 06:00
10	CUIDADOS GERAIS E DADOS VITAIS 6/6h	16/05/19 06:00	16/05/19 06:00	16/05/19 06:00
11	RETIRAR SVD	16/05/19 06:00	Retirado	
12	ESTIMULO A DEAMBULAÇÃO PRECOCE	16/05/19 06:00		
13	SOLICITO HMG DE URGENCIA	16/05/19 06:00		
14		16/05/19 06:00		
15		16/05/19 06:00		
16		16/05/19 06:00		
17		16/05/19 06:00		
18		16/05/19 06:00		
19		16/05/19 06:00		
20		16/05/19 06:00		
21	(17/05/19)	16/05/19 06:00		
22		16/05/19 06:00		
23	<i>Alto Hospitalar</i>	16/05/19 06:00		
24		16/05/19 06:00		
25		16/05/19 06:00		
26		16/05/19 06:00		
27		16/05/19 06:00		
28		16/05/19 06:00		
29		16/05/19 06:00		

EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE

PRONTO SOCORRO ADULTO

Página nº 1

Nome do Paciente: Márcio Gonçalves Souto

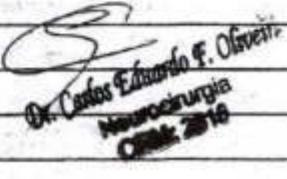
Idade:

Sexo:

Unidade de Produção:

Leito:

Nº do Prontuário:

DATA	HORA	HISTÓRICO
13/05	18:20h	<p>13/05/19 / Emergência</p> <p>Paciente em observação por ter sido vítima de acidente de moto e ter ficado com cefaléia e cervicalgias.</p> <p>Foi TT da cintura e cervical que foram normais.</p> <p>Scans de coluna torácica mostraram fratura persistente com dor em coluna torácica.</p> <p>Col. Solicita TC de coluna torácica</p>
		 Dr. Carlos Eduardo F. Oliveira Neurocirurgião CRM: 2816
13/05/19	21:30h	<p>13/05/19 . NDR .</p> <p>TC de col. cervical : normal</p> <p>Obs. Contusão cervical à esquerda</p> <p>Beta alta NDR .</p> <p>REAVALIAÇÃO DA CIRURGIA GERAL .</p>
		Tiago de Jesus Menezes Neuroradiologista Intervencionista Neurocirurgião CRM: SE 3549
13/05/19	22h	<p>13/05/19 Cor. Seral</p> <p>Paciente queixa-se de dor abdominal</p> <p>(A) Tensão abdominal palpável. Sem dor arcaica</p> <p>(B) Expresso. Pálpebra inferior normal.</p> <p>(C) Hipocorreto. Pulso filiforme. FC: 79 bpm.</p> <p>(D) Sclerose: 55</p> <p>(E) Abdome doloroso e uniao de eructos perit.</p> <p>TG de Abdome qd hematocele ligeiro e volumoso hemostasia via topografia renal esquerda</p> <p>ID: Hemorrágico intra-abdominal</p> <p>Cond.: solicita hemotransfusão</p> <p>Sobrada vols no C.C.</p>

EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

DATA	HORA	HISTÓRICO
14/05/19		Paciente admitido no Alo e paciente da SRPA em P.O de LE + nefrotemnia por trauma, concussão, orientado supino, em uso de AVP + SIS THC. Sigue abrindo os olhos da equipe Enf-a Naura Reisar 204 625
16/05/19		- Psicologia
		Paciente tranquilo, lucido, orientado, apresentando humor estável.
		O mesmo relata sobre o acidente que causou a hospitalização, afirmando que não se lembra de ocorrência.
		Acompanhado da esposa, que oferece bom suporte efetivo. Bem adaptado ao tratamento e já hospitalizado.
		Realizou escritaativa e admiss.
		Sin demanda para a psicologia.
		STB Simone Torres dos Santos Psicóloga CRP 19/000553

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

EVOLUÇÃO MÉDICA

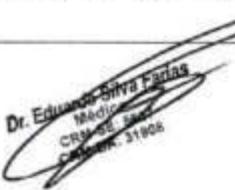
Nome do Paciente: MICHEL GONÇALVES DOS SANTOS , 31 ANOS

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 NORMOFONETICAS EM 2 TEMPOS SEM SOPROS, AR: MV+ EM AHT COM RONCOS ABDO: 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 repouso confortável, citável humor evanescente, urinário coletor com volume 400 ml amarelado concentrado.
		Paciente relata 2 episódios de diarreia não associada ao uso de medicamentos.
		AO exame: FB de bom aspecto, dor a palpação profunda, DB (-)
		CD: Sobeito HMG de urinário

Dr. Eduardo Silva Farias
Médico
CRM-SE 31806
CABRINHA 31806



14/05/19

Paciente um queixa, um intercorrência
nos últimos 26 h. Acetar o diário.

FO de excelente aspecto. Chaco lo borato

CD: ① Alto ronco tolos

Dr. Eduardo Silva F.
Médico
CRM-SE: 5617
CRM-BA: 31928



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



Nome do Paciente:

Michel Gencalvares Soárez

Idade: 33

Sexo: M

Unidade de Produção:

E.C

Leito: 06

Nº do Prontuário:

18877

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
14/05	24:30	Paciente admitido no SRPA, e PDT de 30 F + Nefrectomia d(E), em uso de phototerapia por 1h , 5 KD com alterações presentes, no momento sem intercorrências Técnico que atendeu o paciente - 650929
15/05	02:30	Paciente pegou na SRPA, no mo- mento com alterações, as cui- dos da equipe - Técnico que atendeu o paciente
14	04h	Despacho 300cc de leite de coqueto termo- termo, realizada Toco. da colher pelo enfermeiro para milha de alimentação
15	06h	Pressão: PA = 121x83, R = 11, FR = 11, SpO ₂ 95% Administado medicamentos de horário, seguiu com apresentação da equipe de enfermagem
14/05/19	07:00	Reexame paciente no leito obteve dados con- siderando os clamores, verificado SV: FC: 110 / PA = 131x82
		SP02 97%, foi despresado 100ml de suco de laranja R = 12, realizado banho no leito
	08:00	ad. medicamentos de horário contínuos em observação.
	10:00	Paciente recebeu dieta líquida
	11:35	ad. medicamentos de horário paciente bem sem queixa
		FC: 95 PA = 132x82 SP02: 98 R: 12
		Reencaminhado à UPA C-1-04
	14:00	Paciente seguiu uso de suco de laranja + jugular + MSD, segue calmo, segue observação
		Administrado acetato + franjal, corrigido

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
15/10/05	18:00	Administ. medicacao de diaconin, efe tônico + dipirona 600mg. pres. 19h. paciente no leito calmo apesar apertar ac. tique, vertigem, em uso de MS com acetaminofeno + SVD com dureza + Acido em gelatina p, segui em enxaque d familiar e as conduta de enfermagem adm. medicacao de diaconin diante p. não bem queiro -
15/10/05	19:00	entrou quarto clínico.
15/10/05	20:00	Administrado as medicações de diaconin Sicks havi encontro ne m em elementos doce, re, salivis excretais, orientados, dispepsia excretas, excretais viscosas e pratos ou anormalidades em uso de acetaminofeno + SVD SVD, resultados anotado em lote de permisso faze em dia, verso
15/10/05	21:00	Atender 95313 Hab (an) sono x período no leito re, coluna, com excesso, orientado ne gesso ou anormalidades em uso de permisso regre em dureza
15/10/05	22:00	Atender 95313 Sub Brinc no leito, consciente e orientado, percepção, eupne- se e circunstâncias, em uso de Gesso em pulpação, em uso de SVD + esfínter dilatado sis- tema gelatina, em uso de gesso tempo em RAP em MS, admis- trado medicação diaconin não presente tcc de gesso.
16/10/05	00:00	Administrado medicação diaconin prescrita. See da Atender

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome do Paciente: Michel Gonçalves dos Santos Idade: 32 Sexo: M
Unidade de Produção: Leito: e 1.4 Nº do Prontuário:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
15/05/03	18h	Administrado anidroso de hácio prescrita. Técd. IV 500ml. Em tempo, desprendido 400ml de diurese. Técd. h. Sair.
16/05/03	20h	Paciente colmo no leito em uso de sondagem por via periférica, não respondendo de falar.
17/05/03	22h	Administrada medicação prescrita.
18/05/03	22h	Administrada medicação de hácio e 100ml. Sigue dormindo. Desprendimento de urina. hematuria 400 ml. Técd. Administrado medicamentos, seguir uso cálculo do equilíbrio.
19/05/03	16h	Paciente no leito calmo, evitando se deborando; eupneico, abel, paixão em uso de Ar p. com sonda terapêutica.
20/05/03	08h	Diurese e deposição fecal.
21/05/03	08h	Paciente tomou banho e evitou uso SF em incisiva cirurgica.
22/05/03	10h	Administrado medicação de hácio Triamol IV
23/05/03	12h	Administrado medicamento de hácio dipirona + cefotetina IV + paciente acitado alívio + náuseas e vômitos.
24/05/03	13h	Paciente no leito em trepadeira calmo, consciente, eupneico, ventilando. Faz uso RYC em sonda terapêutica, curativa.
25/05/03	04h	Balanço medicinas e bms

Técd. Silva San...
Téc. de Enfermagem
COREN-SE 15500

DATA	HORA	(150)	EVOLUÇÃO	+ / -	(150)
6/5/19	15h	Paciente em cama de hospital			
6/5/19	16h	Alm medicação epm			Abricar
6/5/19	18h	Alm medicação epm			Abricar
6/5/19	19h	Paciente no leito, galho, suoroso, suoroso, vermelho vermelho, surto de veneno de peixe Dourado Dourado Dourado Dourado de feridas, feridas queimadas			
6/5/19	20h	Paciente com queimaduras			
6/5/19	21h	Paciente com queimadura v. Quemado			
6/5/19	22h	Paciente sem surtos de delírio			
6/5/19	00h	Administrado medicamento de hospital			
6/5/19	07h	Paciente no leito calmo, orientado, verbalmente, sup- mico, afibril acalorado em caso de Av p com vasodilatador, diurese e dejeções farente			
6/5/19	08:	Administrado medicamento de hospital pleril 1 amp v			
6/5/19	10:00	Paciente tomou banho não foi realizado curativo, ficou para a tarde, enfermeiro ciente			
6/5/19	12:00	Administrado medicamento de hospital difosone 1 v → paciente sem queixas no momento, repre- sos cuidados da enfermagem			
6/5/19	14:00	Paciente saiu de alto hos- pital com protocolo para for- mais			

1000 SINA Santos
Tec. de Enfermagem
COREN-SE 155063

1000 SINA Santos
Tec. 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 FARIA + 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 + 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 AVULSAO 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

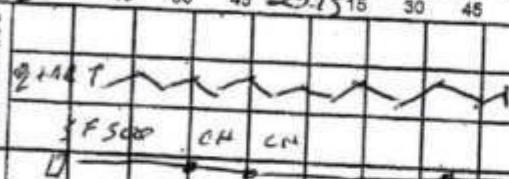
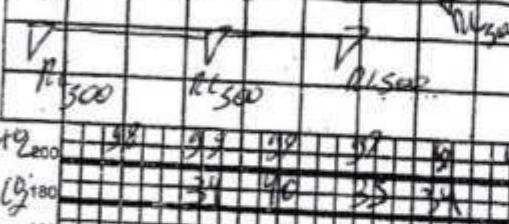
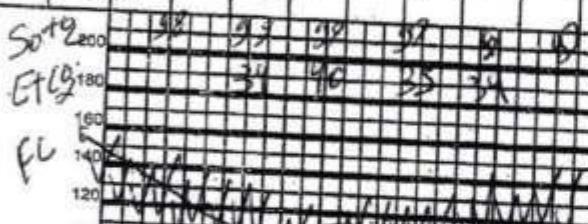
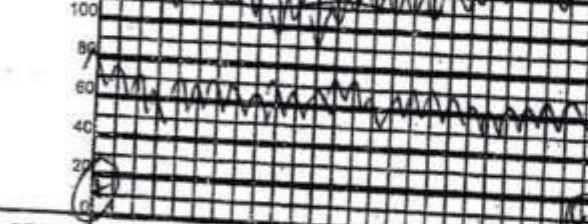
CONTAGEM DE COMPRESSAS (OK), REVISÃO DA HEMOSTASIA(OK);

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 Farías
Médico
CRM-SE 5687
CRM-BA 31982

HUSE		BOLETIM DE ANESTESIA						Fundação Hospitalar de Saúde
PACIENTE:	<i>Wichel Gonçalves Santos, 31 anos</i>					REGISTRO:		
UNIDADE:	MÉDICO:					LEITO:		
CIRURGIA PROGRAMADA <i>Soprostom + Exploradora</i>			CIRURGIA REALIZADA <i>Nigectome Total</i>			DATA 13/05/2009		
ANESTESIOLOGISTA <i>Laura Wyna Cobef</i>	TÉCNICA ANESTÉSICA <i>gantil Injetor</i>		MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTESICA					
CIRURGIÃO <i>Sergio Araujo + Jesus</i>	AUXILIAR		ASA I					
HORA DE INÍCIO <i>22:35</i>	HORA DE TÉRMINO <i>00:15</i>	ACESSO VENOSO <i>NSD + ED</i>	POSIÇÃO <i>DD A</i>					
22:35	15 30 45 23:15 15 30 45 00:15 30 45	15 30 45	15 30 45	15 30 45	15 30 45	15 30 45	15 30 45	
AGENTES INALATÓRIOS								
FLUIDOS								
								
CEC OUTROS								
MONITORIZAÇÃO								
MONITORIZAÇÃO	PA NAO INVASIVA	+		PVC	CONDICAO DE REPOSO/AGITADA			
	PA INVASIVA	+		TEMPERATURA				
	ELETROCARDIOGRAFIA	+		DIURESE	<i>Acordia - estufa</i>			
	OXIMETRIA	+		VENTILAÇÃO				
	CAPNOGRAFIA	+		PAM				
	AGENTES ANESTÉSICOS							
<i>Propofol 50 mg</i> <i>Midazolam 5 mg</i> <i>Fentanil 200 mcg</i> <i>Cetacaine 10 mg</i> <i>Teridoxina 100 mg</i> <i>Cycloamine 2 g</i> <i>Dexmetomidina 100 mcg</i> <i>Ondansetron 5 mg</i> <i>Isosmolar 100 ml</i> <i>Konit-dose 50 mg</i> <i>Afogana</i> <i>Metocarbamol</i>					MEDICAMENTOS TANTO TOCOPROTEICOS			
					NOME: <i>Cycloamine</i>			
					1ª. Dose as: horas			
					2ª. Dose as: horas			
					3ª. Dose as: horas			
OBSESSVACOES								
					ENCAMINHADO PARA: <i>Urgente</i> UNIDADE: <i>Urgente</i>			
					Assinatura: <i>[Signature]</i>			
					Médico Anestesiologista CRM 3605			

Registro de Enfermagem no Trans-Operatório

NOME	Nícolas Gonçalves Santos			PRONTUÁRIO	188772				
RECEBIDO NA S.O. POR	Enf + enfermeira			DATA	13	05	19	SALA	04
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	ACORDADO	X	SONOLENTO	AGITADO	COMATOSO				
CIRCULANTE	Estabilizado			PROCEDÊNCIA					
ENTRADA S.O.	22 h	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	Enf - 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

<input checked="" type="checkbox"/> PVPI TÓPICO	<input type="checkbox"/> PVPI ALCOÓLICO	<input checked="" type="checkbox"/> PVPI DERGEMANTE	CLOREXID. ALCOÓLICA	CLOREXID. DEGERMANTE	CLOREXID. AQUOSA
---	---	---	---------------------	----------------------	------------------

EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS UTILIZADOS

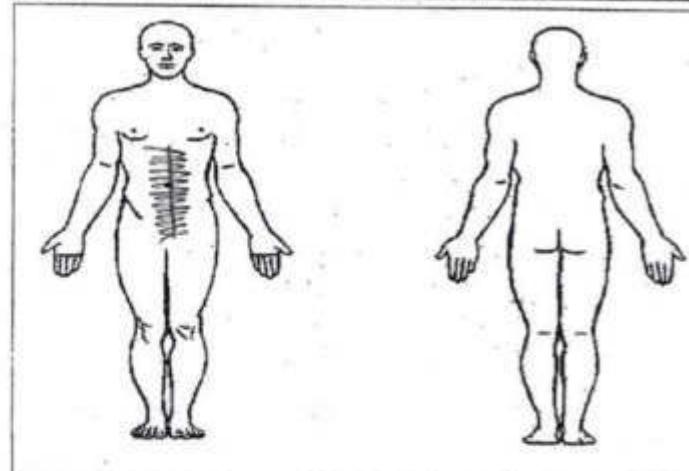
BOMBA DE INFUSÃO	DESFIBRILADOR	MONITOR CEREBRAL (BIS)	INTENSIFICADOR DE IMAGEM	X MANTA TÉRMICA	MICROSCÓPIO
FIBROSCÓPIO	X MONITOR CARDÍACO	X PA (NÃO INVASIVA)	PA (INVASIVA)	X OXÍMETRO	CAPNÓGRAFO
X FOCO AUXILIAR	FONTE DE LUZ	VIDEOLAPAROSCÓPIO	BRONCOSCÓPIO		OUTROS

COXINS DE CONFORTO UTILIZADOS

CABEÇA	MSD	MSE	MIE	MID
--------	-----	-----	-----	-----

BISTURI ELÉTRICO

BIPOLAR	X MONOPOLAR
---------	-------------



PLACA BISTURI

<input type="checkbox"/>		COMPRESSAS	
GRANDES			
ENTREGUE	DEVOLVIDA		
<input type="checkbox"/>		PEQUENAS	
ENTREGUE	DEVOLVIDA		

GASOMETRIA: SIM X NÃO ()

POSIÇÃO DO PACIENTE

<input checked="" type="checkbox"/> DORSAL	VENTRAL	LAT. ESQ	LAT. DIR	CANIVETE	TRENDELEMBURG	LITOTOMIA
--	---------	----------	----------	----------	---------------	-----------

SONDAS - DRENOS - CÂNULOS								
SNG	Nº:	SNE	Nº:	FOGARTY	Nº:	TRAQUEÓSTOMO	Nº:	GUEDEL
DRENOS		SUÇÃO	Nº		TÓRAX	Nº		PENROSE
		ABDOMINAL	Nº		PIZZER	Nº		KHER
		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 Jássea				ANÁTOMO PATOLÓGICO	Nº PEÇAS		

SINAIS VITAIS

FC (BPM)	76 bpm	106 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 mescalina, 0,027- dois, lúcio, por via extubação, para os círculos. Instala- ções monitoradas para máximas + reais das entradas em intercorrência. S/ S com pressão de nemiloxia.	
03:55	Procedimento realizado de m intercorrência Administração 02. CT + P1Dz lúcio.	
04:00	Termo do procedimento	
04:15	Termo da sonda.	
04:20	(tempo) dia 04/06/2013 para: Região SB-PBI VG. Perolato, supressor. Montar monitor (S/ S, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 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, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 999, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 999, 1000, 1001, 1002, 1003, 1004, 1005, 1006, 1007, 1008, 1009, 1000, 1001, 1002, 1003, 1004, 1005, 1006, 1007, 1008, 1009, 1010, 1011, 1012, 1013, 1014, 1015, 1016, 1017, 1018, 1019, 1010, 1011, 1012, 1013, 1014, 1015, 1016, 1017, 1018, 1019, 1020, 1021, 1022, 1023, 1024, 1025, 1026, 1027, 1028, 1029, 1020, 1021, 1022, 1023, 1024, 1025, 1026, 1027, 1028, 1029, 1030, 1031, 1032, 1033, 1034, 1035, 1036, 1037, 1038, 1039, 1030, 1031, 1032, 1033, 1034, 1035, 1036, 1037, 1038, 1039, 1040, 1041, 1042, 1043, 1044, 1045, 1046, 1047, 1048, 1049, 1040, 1041, 1042, 1043, 1044, 1045, 1046, 1047, 1048, 1049, 1050, 1051, 1052, 1053, 1054, 1055, 1056, 1057, 1058, 1059, 1050, 1051, 1052, 1053, 1054, 1055, 1056, 1057, 1058, 1059, 1060, 1061, 1062, 1063, 1064, 1065, 1066, 1067, 1068, 1069, 1060, 1061, 1062, 1063, 1064, 1065, 1066, 1067, 1068, 1069, 1070, 1071, 1072, 1073, 1074, 1075, 1076, 1077, 1078, 1079, 1070, 1071, 1072, 1073, 1074, 1075, 1076, 1077, 1078, 1079, 1080, 1081, 1082, 1083, 1084, 1085, 1086, 1087, 1088, 1089, 1080, 1081, 1082, 1083, 1084, 1085, 1086, 1087, 1088, 1089, 1090, 1091, 1092, 1093, 1094, 1095, 1096, 1097, 1098, 1099, 1090, 1091, 1092, 1093, 1094, 1095, 1096, 1097, 1098, 1099, 1100, 1101, 1102, 1103, 1104, 1105, 1106, 1107, 1108, 1109, 1100, 1101, 1102, 1103, 1104, 1105, 1106, 1107, 1108, 1109, 1110, 1111, 1112, 1113, 1114, 1115, 1116, 1117, 1118, 1119, 1110, 1111, 1112, 1113, 1114, 1115, 1116, 1117, 1118, 1119, 1120, 1121, 1122, 1123, 1124, 1125, 1126, 1127, 1128, 1129, 1120, 1121, 1122, 1123, 1124, 1125, 1126, 1127, 1128, 1129, 1130, 1131, 1132, 1133, 1134, 1135, 1136, 1137, 1138, 1139, 1130, 1131, 1132, 1133, 1134, 1135, 1136, 1137, 1138, 1139, 1140, 1141, 1142, 1143, 1144, 1145, 1146, 1147, 1148, 1149, 1140, 1141, 1142, 1143, 1144, 1145, 1146, 1147, 1148, 1149, 1150, 1151, 1152, 1153, 1154, 1155, 1156, 1157, 1158, 1159, 1150, 1151, 1152, 1153, 1154, 1155, 1156, 1157, 1158, 1159, 1160, 1161, 1162, 1163, 1164, 1165, 1166, 1167, 1168, 1169, 1160, 1161, 1162, 1163, 1164, 1165, 1166, 1167, 1168, 1169, 1170, 1171, 1172, 1173, 1174, 1175, 1176, 1177, 1178, 1179, 1170	



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. André P. P. da Silva
 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 discutir a sua validade com o patologista responsável, no seguimento da exame de necropsia. O laudo é de responsabilidade do médico patologista que assinou o documento. O informe é de uso exclusivo da instituição que realizou a amostragem, recebida para analise. Não pode ser usado para fins de diagnóstico ou tratamento. O informe é válido para um ano, a partir da data da elaboração, respeitável pelo coletor essa adequação.

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 Jardins:** Sala 205 - Jardins

p. 25 Unidade IV - Fundação São Lucas: Sala 202 - São José | CNPJ: 03.118.657/0001-46 | www.lapma.com.br



ROSE MICHEL GONCALVES SANTOS		04/08/1987 NASCIMENTO	
LOC DENASC: ARACAJU - SE PENACAO: MANOEL VIEIRA SANTOS VERA LUCIA GONCALVES SANTOS DOC APRESENTADO R.G. 33427070 SSP SE		B R A S I L E I R O	
ESTADO CIVL: SOLTEIRO		QUALIFICACAO CIVIL	
ENDERECO: RUA DE MARCO 1001 CEP: 59030-000 RG: 33427070		CPF: 031.241.395-50	
LOCAL DA EMISSAO: SRTE/SERGIPE EMISSAO: 04/07/2008		ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE	
<p>Nome: ROSE MICHEL GONCALVES SANTOS Documento: RG 33427070 Nascimento: 04/08/1987 Endereço: Rua de Marco 1001 CEP: 59030-000 CPF: 031.241.395-50 Local da Emissão: SRTE/SERGIPE Emissão: 04/07/2008</p>		Filiado: PAI: / MÃE: / NOME DO DOCUMENTO: DOCUMENTO: ENDERECO: CEP: Telefone: Celular: Email: Outros: ANEXOS: ASSINATURA: DATA DE EMISSÃO: 04/07/2008 LOCAL DE EMISSÃO: SRTE/SERGIPE FIM DA CONSULTA	
L E G E N D A [] CONCORDO [] INCONCORDO [] AUTORIZO A CONSULTA MENSAL [] DATA DE CADASTRO [] CONCORDO [] INCONCORDO [] AUTORIZO A CONSULTA MENSAL [] DATA DE CADASTRO			

RELATÓRIO 0862 / 2019 REFERENTE À OCORRÊNCIA

NÚMERO: 1905130115 / ESUS – SAMU

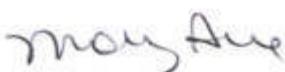
e - DOC 020000.16238 / 2019 - 8

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 Anne Machado Tavares
MÉDICA
CRM 1720



 Andréa Lenir Bastos Paiva Nery

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE

CONTRAN

DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - SE N° 015214014477
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA NOME
 RENAVAM INTRIC. EXERCÍCIO
 00216763909 2019

WALTER DE GOMES FILHO

1. AUTOMÓVEL
 2. 049.005.455-80
 3. RENAVAM 21676763909
 4. 049.005.455-80
 5. 14.259.733

CPF / CNPJ

PLACA

NOME

EXERCÍCIO

ANO

RENAVAM

EXERCÍCIO

INTRIC.

ANO

INSTRUÇÃO DE TRÂNSITO

EXERCÍCIO

MARCA / MODELO

EXERCÍCIO

CATEGORIA

EXERCÍCIO

PESO

EXERCÍCIO

CAP. / POT. / CIL.

EXERCÍCIO

PESO

EXERCÍCIO

COTA ÚNICA

EXERCÍCIO

VENG. COTA ÚNICA

EXERCÍCIO

VENG. / COTAS

EXERCÍCIO

COTA ÚNICA

EXERCÍCIO

PREÇO

EXERCÍCIO

FAIXA I PVA

EXERCÍCIO

VALOR (%)

EXERCÍCIO

MUN.: NOSSA SRA DA SAÚDE

LOCAL

ADRIANO SILVA

DATA: 23/04/2019

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMÓTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

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

SE N° 015214014477 BILHETE DE SEGURO DPVAT
 SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA RENAVAM HELOS DE JARPLACA Nº CHASSI

EXERCÍCIO

2019

EXERCÍCIO

2019

VIA RENAVAM MARCA / MODELO

PLACA

EXERCÍCIO

2019

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 Nº 445/2012

5 - Nome completo:	Michel Gonçalves Santos		6 - CPF:	031.941.395-50
7 - Profissão:	Pintor	8 - Endereço:	Travessa G	
9 - Número:	50		10 - Complemento:	Casa
11 - Bairro:	Lamaraõ		12 - Cidade:	Sesma Semeia de Goiabeira Sergipe
13 - Estado:			14 - CEP:	49061-106
15 - E-mail:			16 - Tel.(DDD):	79-3222-0817

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- | | | |
|---|--|--|
| <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)

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

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

AGÊNCIA: **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: <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 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)

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 CEFALEIA 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

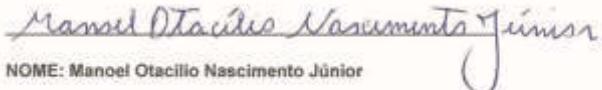
Região Corporal (Sequela):

% 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.seguradoraalider.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: $50,00\% \times 13.500,00 =$ 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 N° 445/2012

5 - Nome completo:	Michel Gennareto Santos		6 - CPF:	031.241.395-50		
7 - Profissão:	Pintor	B - Endereço:	Travessa G	9 - Número:	50	
11 - Bairro:	Lamaraõ	12 - Cidade:	Nossa Senhora de Sales/Seixalp	13 - Estado:	14 - CEP:	49061-106
15 - E-mail:				16 - Tel.(DDD):	79-9222-0817	

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)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2186 CONTA: 100396 3
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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:	<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 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 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, 19/12/2019

+ M. L. G. Gennareto Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



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 - 5º 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 Mae: 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



Delegado de Polícia Civil: Marcelo Pais Dos Santos
Impresso por: Camile Santana Ferreira Rocha
Data de Impressão: 25/06/2019 10:13
Protocolo nº: Não disponível

Página: 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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)

*Destinam para os devidos fins de o crime que seja ou não crime, é responsável pelas informações acima esclarecidas e preme que, mediante alegação civil e criminalmente para presente instrumento que não abriga, conforme previsto nos Artigos 319-Denunciação Caluniosa e 323-Comunicação Falsa de Crime no Código Penal Brasileiro.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou 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 N° 445/2012

5 - Nome completo: <input type="text"/> Michel Gennareto Souto	6 - CPF: <input type="text"/> 031.241.395-50		
7 - Profissão: <input type="text"/> Pintor	8 - Endereço: <input type="text"/> Francisco G	9 - Número: <input type="text"/> 50	10 - Complemento: <input type="text"/> Casa
11 - Bairro: <input type="text"/> Lourmarim	12 - Cidade: <input type="text"/> Rio Branco - RO	13 - Estado: <input type="text"/> 49061-306	14 - CEP: <input type="text"/> 79-322-0817
15 - E-mail: <input type="text"/>		16 - Tel. (DDD): <input type="text"/>	17 - Tel. (DDD): <input type="text"/>

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"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.501,00 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 itabas. Ativale uma opção)

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

AGÊNCIA: 2186

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 100396

(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 ao Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei n° 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: Solteiro Casado (na Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Filho(a) Irmão(a) Neta(neto) 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(nasceram): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Este cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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 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: Macapá - 19-12-2019

+ M. L. G. Gennareto Souto

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019