

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: 24/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02391

CONTA: 00000026324-3

Nr. da Autenticação 4C8E1B62A776306F

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180437693 **Cidade:** Capela **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS **Data do acidente:** 31/03/2018 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO COMINUTIVA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTE OSSÍNTESE.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO NO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:
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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

22 NOV 2018

Militório Mário

Militório parou de trabalhar
já que o havia traído
Mário da Costa, permitindo
acesso de um bandido
que roubou fratura pelas tibias
e queimado. Evolução bom
muito bem humorado.

592

593

Dr. Paulo Cândido de Lima Jr.
Ortopedista e Traumatologista
Coluna Vertebral
CRMSE 3720

MATRIZ - Rua Jackson de Figueiredo, 386
Centro, Nossa Sra. das Dores/SE
(79) 3265.1686 / 3265.1059 / 9820.2132

21 NOV. 2018



15 SFT 2018

0 CFT 2018

DENATRAN

CONTRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

CS	000005912091 N° 013637304596		
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	CÓD. RENAVAM	BALEIRO.C.	EXERCÍCIO
1	00509218440	000000000000	2018
NOME ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS			
***** ***** ***** *****			
CPF / CNPJ	PLACA		
845.835.714-61	DEJ9182		
PLACA ANTO/UE	CHASSI		
DEJ9182/SE	9C2KC1660DR514474		
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL		
PAS/MOTOCICLETA/NENHUMA	ALCO/100% GASOL		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA/CG 150 TITAN EX	2013	2013	
CAP / POT / CIL.	CATEGORIA		
2P0CV/149CC	PART IC		
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS	
I PAGO	*****	*****	
P VIVA	FAZER UNICA	PARCELAMENTO / COTAS	
A	*****	*****	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO			
SEGURADO PAGO REF. AO EXERCÍCIO 2018			
DOCUMENTO DE PÓRTE OBRIGATÓRIO NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA SEM RESTRIÇÕES			
LOCAÇÃO	DATA		
CAPELA-SE	08/01/2018		
Assinatura de Marcus Sampaio Kuhn, Diretor Presidente			

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

SE N° 013637304596 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO	
2018		08/01/2018	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
N*	845.835.714-61	DEJ9182	
RENAVAM	MARCA / MODELO		
589P18440	HONDA/CG 150 TITAN EX		
ANO FAB.	DATA FAB.	Nº CHASSI	
2013	.9	9C2KC1660DR514474	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
FMS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
81,29	9,83	98,32	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		TOTAL PAGO PRA SEGURO (R\$)	
4,15	8,78	185,50	
PAGAMENTO			
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	DATA DE OUTAÇAO	
		05/01/2018	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.340.606/0001-04

22 NOV 2018

Solicitação de Ré - Análise

Eu: Erivaldo Lucio Dos Santos portador do RG:2000004015880 CPF:845.835.714-61 residente na Rua Jose Pedro Da Silva Nº 07 Quadra: C Bairro: Centro Cidade: Capela -SE Cep: 49.700-000 venho pelo presente instrumento, solicitar aos senhores que seja marcado uma Perícia médica para o meu processo , pois só foi liberado 1 para as lesões que mim encontro enviei relatório médico que comprovam as lesões que foram FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO CID:592 E CID:T93 sinto muitas dores horríveis não trabalho não consigo movimentar o pé direito fico a merecer dos outros , por isso peço encarecidamente que marquem com urgência uma pericia para que o perito verifique e comprove o que aqui descrevo.

Certo de contar com vossa compreensão ,agradeço desde já.

+Erivaldo Lucio Dos Santos

ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS

NOSSA SENHORA DA GLÓRIA-SE 21/11/2018

TESTEMUHAS:

Camissa Rosa Braga

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180437693 **Cidade:** Capela **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS **Data do acidente:** 31/03/2018 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO COMINUTIVA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIAILIZOU ESTABELECE A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180437693 **Cidade:** Capela **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS **Data do acidente:** 31/03/2018 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO COMINUTIVA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTE OSSÍNTESE.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO NO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:
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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



15 SFT 2018

0 CFT 2018

DENATRAN

CONTRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

CS	000005912091 N° 013637304596		
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	CÓD. RENAVAM	BALEIRO.C.	EXERCÍCIO
1	00509218440	000000000000	2018
NOME			
ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS			

CPF / CNPJ			
6	845.835.714-61	PLACA	
1	DEJ9182/SE	CHASSI	9C2KC1660DR514474
ESPECIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTOCICLETA/NENHUMA		ALCO/ GASOL	
MARCAS / MODELOS		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 150 TITAN EX		2013	2013
CAP / POT / CIL.		CATEGORIA	
2P0CV/149CC		PART IC	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
I	PAGO	*****	1*****
P		*****	*****
V	FAIXA LEVA.	PARCELAMENTO / COTAS	
A	*****	*****	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO			
SEGURADO PAGO REF. AO EXERCÍCIO 2018			
DOCUMENTO DE PÓRTE OBRIGATÓRIO NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA SEM RESTRIÇÕES			
LOCAÇÃO		DATA	
CAPELA-SE		08/01/2018	
Assinatura de Marcus Sampaio Kuhn, Diretor Presidente			

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

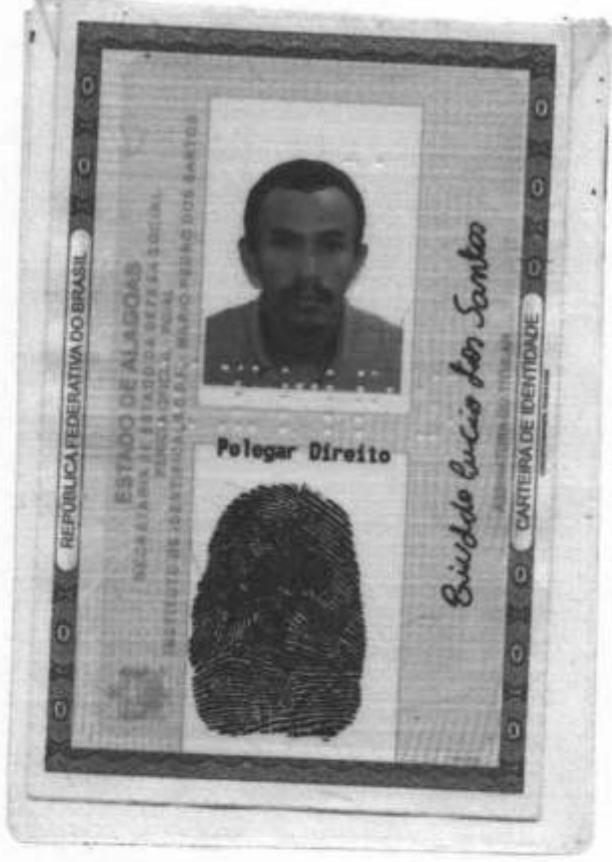
SE N° 013637304596 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO	
2018		08/01/2018	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
X	845.835.714-61	DEJ9182	
RENAVAM		MARCAS / MODELOS	
589P18440		HONDA/CG 150 TITAN EX	
ANO FAB.	DATA FAB.	NR CHASSI	
2013	.9	9C2KC1660DR514474	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
FMS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
81,29	9,83	185,32	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		TOTAL PAGO PELO SEGURO (R\$)	
4,15		185,50	
PAGAMENTO			
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELA	DATA DE OUTRAÇÃO	
		05/01/2018	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.340.606/0001-04





Clinica e Laboratorio

Natclin

Saude para toda familia

17 OUT 2018

Melatônio Núcio

O paciente é um homem de 35 anos, branco, casado, com filhos, que sofreu um acidente de moto na madrugada de 10/10/2018, quando perdeu o controle da moto, bateu no chão e caiu, ficando com lesões na face, pescoço, braços e pernas, que evoluíram para paralisia permanente.

Dr. Paulo Candido de Lima Jr.
Ortopedia e Traumatologia
Coluna Vertebral
CRM-SE 5126

+95
552

MATRIZ - Rua Jackson de Figueiredo, 705
Centro, Nossa Sra. das Dores/SE
(79) 3265.1686 / 3265.1059 / 9820.2132

21 JUN. 2018

JUL
CARTÓRIO 2º OFÍCIO DA COMARCA
DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA/SE
AUTENTICAÇÃO 006066

Autentico a presente fotocopia que confere com o original que me foi apresentado. Nossa Senhora da Glória/SE, 04 de setembro de 2018.

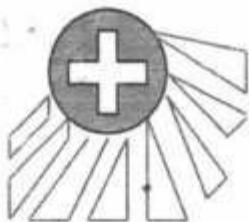
O referido é verdade e dou fé.

Emaulamento: R\$ 2,00 • Apro: R\$ 0,00 - Total: R\$ 2,00

EDERALDO ALVES DA SILVA - Escrivano

Selo TJSE: 201829574 019255

Access: www.tjse.jus.br/s_3-6U3M12



ASSOCIAÇÃO DE CARIDADE DE CAPELA

HOSPITAL "SÃO PEDRO DE ALCÂNTARA"

FUNDADO EM 18.10.1897

CNPJ (MF) 13.911.698/0001-49

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o Sr. **ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS** deu entrada nesta unidade de saúde no dia 31/03/2018 conforme cópia de prontuário anexo.

Capela/SE, 28 de Junho de 2018.

Atenciosamente,

P/Hortência Cabral Sobral .

**MANOEL MOTA CABRAL
PRESIDENTE**



ASSOCIAÇÃO DE CARIDADE DE CAPELA

HOSPITAL "SÃO PEDRO DE ALCÂNTARA"

FUNDADO EM 18.10.1897

Praça Adrealdo Campos, 68 - Centro - CEP: 49.700-000 - Capela-SE

GUIA DE TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

NOME DO PACIENTE:

SEXO: () FEM. () MASC. IDADE: _____ ESTADO CIVIL: _____

RESPONSÁVEL:

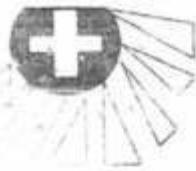
DESTINO DO PACIENTE:

DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:

CAPELA (SE), _____ / _____ / _____

Médico Responsável



HOSPITAL "SÃO PEDRO DE ALCÂNTARA"

FUNDADO EM 18.10.1897

Praca Adroaldo Campos, 68 - Centro - CEP: 49.700-000 - Capela-SE

Tel: (79) 3263-1237 / Fax: (79) 3263-1434 - e-mail: associaçãodecapela@ig.com.br

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO E 1º ATENDIMENTO

CARTÃO SUS N° 407 8056 4546 4111 REGISTRO N° 2 217 03 18

DATA DA ADMISSÃO: 31/03/18

HORA: 20 13

Nome: ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS	Idade: 35
Sexo: Masculino (<input checked="" type="checkbox"/>) Feminino (<input type="checkbox"/>)	Cor:
Data de Nasc: 05/06/182	RG: 2.000004013880 SSP/PR
Filiação	Pai: FRANCISCO LUCIO MACHADO Mãe: MARIA DE LURDES DOS SANTOS
Endereço: RJS DA ABP. ENTRADA	
Cidade: SANTA LUZIA	Telefone: 98916455
Responsável pelo Paciente:	R. LIMA
Grau de Parentesco:	Telefone do Responsável:
Endereço do Responsável:	
Médico Responsável:	DR: VINCENZO

ANAMNESE E EVOLUÇÃO MÉDICA

DATA HORA **ANAMNESE E EVOLUÇÃO MÉDICA**

EXAMES SOLICITADOS: RX () **ULTRASSONOGRAFIA** () **LABORATÓRIO** ()
D E S T I N O

INTERNAÇÃO: () **OBSERVAÇÃO:** () **TRANSFERÊNCIA:** ()

ALTA: **REVISOR:**

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: Léni Edes (Assinatura)



HOSPITAL "SÃO PEDRO DE ALCÂNTARA"

FUNDADO EM 18.10.1897

Praça Adroaldo Campos, 68 – Centro – CEP: 49.700-000 - Capela-SE
Tel: (79) 3263-1237 / Fax: (79) 3263-1434 – e-mail: associaçãodecapela@ig.com.br

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE

ADULTO (—)

CRIANÇA ()

CBS : Marcar "M"

SINAIS VITAIS E OUTROS DADOS

LEGENDA:

Cor: D= Descolorado; P= Pálido; C= Clanótico; I= Ictérico; H= Hipermeliano; S= Salpicado.

Atividade Ativo (++); Estimulado (+); S= Sonolento; Co= Convulsões; T= Tremor; Pa= Paralizado; Irritado; A= Agitado

Tabela Numérica da Dor: (0 a 5) - 0 = Ausência de Dor; 1 = Dor leve; 2 = Dor Moderada; 3 a 4 = Dor Intensa; 5 = Dor Incurável.



RELATÓRIO MÉDICO

05/07/2018



NOME DO PACIENTE: Enivaldo Henrique dos Santos
 DATA DA ENTRADA: 31/06/2018
 DATA DA SAÍDA: 05/07/2018

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 vítima de Trauma metacôndilo com edema importante no tornozelo e dor intensa na articulação - Sofreu Relevo e foi colocado sobre gelo.
 Adicionou ainda que a noite referiu luxação do tornozelo esquerdo. Em seguida o mesmo foi internado na enfermaria.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

CARTÓRIO 2º OFÍCIO DA COMARCA DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA/SE
Rua Edílio Vieira de Melo, 20
 Centro - Nossa Senhora da Glória/SE
 CEP 49680-000 - Fone: 79 3411.1365
 ANTONÍO HENRIQUE BORGES MACEDO SILVA - Notaria e Registrador
 E-mail: 2gloria@tjse.jus.br

AUTENTICAÇÃO 008089

Autentico a presente fotocópia que confere com o original que me foi apresentado. Nossa Senhora da Glória/SE, 04 de setembro de 2018
 O referido é verdade e dou fé.
 Encolamento: R\$ 3,32 + saio: R\$ 0,00 -- Total: R\$3,32
 EDERALDO ALVES DA SILVA - Escrivão
 Selo TJSE: 201829574 019256
 Acesso: www.tjse.jus.br/x/TK27RG

EXAMES COMPLEMENTARES:

TC de Tornozelo Esquerdo.

ECC

RX de pe

RX de Tornozelo e.

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Nilson Costa Vieira Filho
 Dr. Washington Batista
 Dr. Francisco Pinho.

CONDICÕES DE ALTA: MELHORADO ✓ TRANSFERIDO () ÓBITO ()

ARACAJU, 05 de 07 de 18

Nilson Eror
 Clínica Médica
 CRM/SE 3678

EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA

05/04/18

NOME: ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS

ALA: VERDE TRAUMA 1 LEITO: CORREDOR GÊNERO: MASCULINO IDADE: 35

DIAGNÓSTICOS: FRATURA/ LUXAÇÃO DE TORNOZELO ESQ.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Pt amil Nv dalt
61 Ann.



	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta VO LIVRE	
2	SF0,9% EV 1000ML P/ 24H	
3	Keflin 1g, IV, 6h/6h OU Kefazol 1g, IV, 8h/8h SUSP	
4	Ranitidina, 02 mL + 18 mL AD, IV, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, IV, às 6:00	
5	Dipirona, 02 mL + 08 mL AD, IV, 6h/6h	
6	Profenid, 01 ampola IV + 100mL SF0,9%, 12h/12h	
7	Tramal 100mg + 250 mL SF0,9, IV, 8h/8h	
8	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia	
9	Bromoprida, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos SOS	
10	Glicemia capilar, 6h/6h, se diabético	
11	Insulina regular, conforme glicemia:	
12	<200 = Ø 251 – 300 = 4U 351 – 400 = 8U	
13	201 – 250 = 2U 301 – 350 = 6U >400 = 10U	
14	Glicose 25%, 40ml, IV, se glicemia < 70	
15	Captopril 25mg, VO, se PAS > 180mmHg ou PAD > 110mmHg SOS	
16	CCGG + SSVV 6h/6h	
17	Gentamicina 240mg , EV, 1x/dia SUSP	
18	CURATIVO DIARIO 1X/DIA	
19	ALTA	
20		
21		
22		
23		

EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE – HUSE

PRONTO SOCORRO ADULTO

Página n° 1

Nome do Paciente:	<i>Enzo Lacerda</i>	Idade:	Sexo:
Unidade de Produção:	Leito:	Nº do Prontuário:	

DATA	HORA	HISTÓRICO
22/03/2015	12:57	<p># Entrada de Vidente Encantado Dr.º Capela P/Alucinante do Entrando</p> <p>Tancreto Neto</p> <p>Dra + Engr. + Dentista da vez ()</p> <p>João Lx - Le Rica (Tancreto)</p> <p>Cotidiano + Trat. clínica Geral</p> <p>Internado</p> <p><i>Dr. Tancreto Neto Filho</i> <i>22/03/2015 / FON 15697</i></p>



CENTRO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA GOV. ALBANO FRANCO

NOME: ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS

REG: 29832

DATA DE NASCIMENTO: 05/06/1982

DATA: 02/04/2018

PROCEDÊNCIA:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORNOZELO ESQUERDO

Realizados cortes tomográficos axiais do tornozelo esquerdo, que revelaram:

Fraturas comunitivas com desalinhamentos ósseos e extensões articulares em tibia e fibula distais associadas a importante aumento de partes moles adjacentes.


DR. EDISON DE OLIVEIRA FREIRE FILHO
MÉDICO RADIOLISTA
CRM 2964

/mbc

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
 PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José Marcos D.O. Rosa inscrito (a) no CPF/CNPJ 020.003.675, 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Geraldo Lucio Dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.835.714-61, do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vítima Geraldo Lucio Dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.835.714-61, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Rua 100 salvo	Número	517	Complemento	Secretario		
Bairro	Brasília	Cidade	W. Gua. Da Glória	Estado	SE	CEP	49.680-000
Email	marcosdeoliveira@gmail.com	Telefone comercial(DDD)	79.99189207	Telefone celular (DDD)	79.99252568		

N.º 50 100 salvo 04 de 09 de 18
 Local e Data

José Marcos de Oliveira Rosa
 Assinatura do Declarante


AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

045.835.714-61

Erivaldo Bucio dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Endereço	045.835.714-61	Variador
Rua Jose Pedro da Silva	Número	Complemento
Bairro	007	Quadra C
Centro	Cidade	CEP
Email	Sapé	49700-000
Marcosdegleia@gmail.com	Telefone (DDD)	79-99918-9207

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		BANCO Nome _____ NRO. _____	
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		AGÊNCIA NRO. _____ DV. _____ CONTA NRO. _____ DV. _____	
AGÊNCIA NRO. _____ DV. _____	CONTA NRO. _____ DV. _____	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)
2391	76324 3	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor Indenizado.

Búlio, 04 de Setembro de 2018

Local e Data

Erivaldo Bucio dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL

POLÍCIA ON-LINE

19 SET 2018



DELEGACIA DE POLÍCIA DE POÇO REDONDO

RUA NOVA, CENTRO FONE: (79)3337-1757 EMAIL: depol.pocoredondo@pc.se.gov.br

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2018/06536.0-000918

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE CAPELA

Endereço: AV. MONSENHOR ERALDO BARBOSA, CENTRÔ FONE: (79)3263-1242

FATO

Data e Hora do Fato: 31/03/2018 - 19:00 até 31/03/2018 - 19:00

Endereço: Número: Complemento: CEP: 49700-000

Bairro: CAMPO DA AVIAÇÃO Cidade: CAPELA - SE Circunscrição: DELEGACIA DE POLÍCIA DE POÇO REDONDO

Tipo de local: VIA PÚBLICA Meio Empregado: OUTRO

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS

Nome do pai: FRANCISCO LUCIO MACHADO Nome da mãe: MARIA DE LOURDES DOS SANTOS

Pessoa: Física CPF/CFC: 000.000.000-00 RG: UF: Órgão expedidor:

Naturalidade: Data de nascimento: 05/06/1982 Sexo: Masculino Cor da cutis: Parda

Profissão: AGRICULTOR Estado civil: Solteiro Grau de instrução: 1º Grau Incompleto

Endereço: RUA JOSE PEDRO DA SILVA Número: 07 Complemento: CENTRO

CEP: Bairro: Cidade: CAPELA UF: SE

Proximidades: Telefone: 99891-6455

HISTÓRICO

NARRA o noticiante que no dia 31/03/2018, por volta das 19:00hs guiava a sua motocicleta pela localidade conhecida como CAMPO DA AVIAÇÃO quando colidiu em um caminhão que estava fazendo uma manobra arriscada e "fechando" totalmente a via; QUE após a colisão o condutor do veículo abandonou o local sem prestar os devidos socorros e nem ser identificado; QUE foi socorrido por uma ambulancia do hospital e conduzido ao HU/SE/ARACAJU com fraturas no tomozelo da perna esquerda; QUE a motocicleta se trata de uma HONDA/CG 150 TITAN EX COR VERMELHA ANO 2013 PLACA OEJ9182/SE CHASSI 9C2KC1660DR514474 renavam 00509218440 em nome do noticiante ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS; QUE registra o boletim de ocorrência para fins seguritários. nada Mais.

Data e hora da comunicação: 04/09/2018 às 11:35

,Última Alteração: 04/09/2018 às 11:32,

OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro: Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

Erivaldo Lucio dos Santos

ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS
 Responsável pela comunicação

José Roberto de Melo Santos
 Jose Roberto de Melo Santos
 Responsável pelo preenchimento

José Roberto de Melo Santos
 CARTÓRIO
 Depol Poço Redondo/SE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <i>Euraldo Lucio dos Santos</i>	CPF da Vítima <i>045.835.714-61</i>	Data do Acidente <i>31.03.2018</i>
--	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Cláudio Lucio dos Santos
Local e Data

Cláudio Lucio dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Cláudio Lucio dos Santos
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

19 SET 2018

ATO 2

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: #701209 DATA: 31/03/2018 HORA: 21:47 USUARIO: AAOLIVEIRA
 CNS: SETOR: 05-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS DOC...: 20000401588
 IDADE.....: 35 ANOS NASC: 05/06/1982 SEXO.: MASCULINO
 ENDERECO....: RUA DA PALMEIRA NUMERO: 126
 COMPLEMENTO...: 707805645494711 BAIRRO: CENTRO
 MUNICIPIO....: CAPELA UF: SE CEP...:
 NOME PAI/MAE.: FRANCISCO LUCIO MACHADO /MARIA DE LORDES DOS SANTOS
 RESPONSAVEL...: O PROPRIO TEL...: 7998916455
 PROCEDENCIA...: CAPELA
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
 [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Fx - L + tem... 2000

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

*T. - Tc + RH +
V. + ECG + T. ac. + G. +*

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO
 HORARIO PRESCRICAO
 CRM 4297 REG 15697

DATA DA SAIDA:

HORA DA SAIDA:

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

[] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

*31/03/18
22/17*

*EXAMES(S) REALIZADOS
DATA: 31/03/18
HORARIO:
TÉCNICO:*