

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: 000000026324-3

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 - OSTEOSÍNTESE.
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

Relatório Médico

Relato para a dúvida
sem que o paciente, Euraldo
Lúcio da Silva, possua
ausência de um tabuleta
após fratura pilostibial
após o Exame com
inibição permanente grave.

592

775

Dr. Paulo Candido de Lima Jr.
Ortopedia e Traumatologia
Coluna Vertebral
CRM-SE 3726

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

21 NOV. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

CPF 21233829 **SEX** M **AGE** 40

CPF 025.003.675-00 **DATA NASCIMENTO** 24/11/1969

NOME JOSE LUIS ROSA

ENDEREÇO LUIZETE SANTOS DE OLIVEIRA ROSA

PROFISSÃO **ATIVIDADE** **CATEGORIA**

DT. EMISSÃO 01/04/2015 **VALIDADE** 01/01/2015 **DT. EXPIRAÇÃO** 02/04/2015

SEM OBSERVAÇÃO

ASSINATURA *Jose Marcos de Oliveira Rosa*

LOCAL ARACATU, SP **DATA DE EMISSÃO** 06/01/2014

DETRAN-SP (SERGIPE)

863977539

863977539

863977539

19 SET 2018

10 SET 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CS	000005912091 Nº 013637304596		
1	DETRAN - SE		
2	CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		
1	VIA	COD. RENAVAM	EXERCÍCIO
2	1	00509218440	2018
3	NOME		
4	ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS		
5	*****		
6	*****		
7	*****		
8	CPF / CNPJ		
9	045.835.714-61	PLACA	DEJ9182
10	PLACA ANT. / UF	CHASSI	
11	DEJ9182/SE	9C2KC1660DR514474	
12	ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL	
13	PAS/MOTOCICLETA/NENHUMA	ALCO/GASOL	
14	MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
15	HONDA/CG 150 TITAN EX	2013	2013
16	CAP / POT / cil	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
17	EPBCV/149CC	PARTIC	VERMELHA
18	COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC. COTAS
19	1 PAZO	*****	1*****
20	PAGA UNICA	PARCELAMENTO / COTAS	2*****
21	*****	*****	3*****
22	PREMIO TARIFARIO (R\$)	IOF (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)
23	81,29	9,03	90,32
24	CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL SEM IOF PREMIO (R\$)
25	4,15	0,70	185,50
26	PAGAMENTO	DATA DE QUITACAO	
27	X COTA UNICA	05/01/2018	
28	DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO		
29	SEM RESTRICOES		
30	LOCAL	DATA	
31	CAPELA-SE	08/01/2018	
32	Marcos Sampaio Kuhl		
33	DIRETOR PRESIDENTE		

CONTRAN

 SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA
 TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

SE Nº 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
XX	045.835.714-61	DEJ9182
RENAVAM	MARCA / MODELO	
589218440	HONDA/CG 150 TITAN EX	
ANO FAB.	CAT. TARE	Nº CHASSI
2013	9	9C2KC1660DR514474
PREMIO TARIFARIO		
PMS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
81,29	9,03	90,32
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL SEM IOF PREMIO (R\$)
4,15	0,70	185,50
PAGAMENTO	DATA DE QUITACAO	
X COTA UNICA	05/01/2018	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT		
CNPJ 08.340.000/0001-04		

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:S92 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 perícia 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:

Camassa Rosa Aragão

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 INVIABILIZOU ESTABELECER 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: RAIOS 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, DESCRREVENDO 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 - OSTEOSÍNTESE.
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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

CPF 21233829 **SEX** M **AGE** 40

CPF 025.003.675-00 **DATA NASCIMENTO** 24/11/1969

NOME JOSE LUIS ROSA

ENDEREÇO LUIZETE SANTOS DE OLIVEIRA ROSA

PROFISSÃO **ATIV.** **CATEG.**

DT. EMISSÃO 01/04/2013 **VALIDADE** 01/01/2013 **DT. EXPIRAÇÃO** 02/04/2013

SEM OBSERVAÇÃO

ASSINATURA *Jose Marcos de Oliveira Rosa*

LOCAL ARACATU, SP **DATA DE EMISSÃO** 06/01/2014

DETRAN-SP (SERGIPE)

863977539

863977539

863977539

19 SET 2018

10 SET 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CS	000005912091 Nº 013637304596		
1	DETRAN - SE		
2	CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		
1	VIA	COD. RENAVAM	EXERCÍCIO
2	1	00509218440	2018
3	NOME		
4	ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS		
5	*****		
6	*****		
7	*****		
8	CPF / CNPJ		
9	045.835.714-61	PLACA	
0	DEJ9182		
1	PLACA ANT. / UF	CHASSI	
2	DEJ9182/SE	9C2KC1660DR514474	
3	ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL	
4	PAS/MOTOCICLETA/NENHUMA	ALCO/GASOL	
5	MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
6	HONDA/CG 150 TITAN EX	2013	2013
7	CAP / POT / cil	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
8	EPBCV/149CC	PARTIC	VERMELHA
9	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
0	PAGO	*****	1*****
1	PAGA ÚNICA	PARCELAMENTO / COTAS	2*****
2	*****	*****	3*****
3	PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)
4	SEGURO PAGO REF. AO EXERCÍCIO 2018		
5	OBSERVAÇÕES		
6	DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO		
7	SEM RESTRICÇÕES		
8	LOCAL	DATA	
9	CAPELA-SE	08/01/2018	
0	Marcos Sampaio Kuhl		
1	DIRETOR PRESIDENTE		

CONTRAN

 SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA
 TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

SE Nº 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
XX	045.835.714-61	DEJ9182
RENAVAM	MARCA / MODELO	
589218440	HONDA/CG 150 TITAN EX	
ANO FAB.	CAT. TARE	Nº CHASSI
2013	9	9C2KC1660DR514474
PRÊMIO TARIFÁRIO		
PMS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
81,29	9,03	90,32
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOMLASEMNO PRO SEGURO P
4,15	0,70	185,50
PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO	
X COTA ÚNICA	08/01/2018	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT		
CNPJ 08.540.000/0001-04		


10 SET. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - I.D. - MARIO MELO DOS SANTOS



Polegar Direito



Erivaldo Lucio dos Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 280000/00150380 DATA DE EMISSÃO 25/07/2014

ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS

FILIAÇÃO FRANCISCO LUCIO MACHADO
MARIA DE LOURDES DOS SANTOS

SÃO SEBASTIÃO - AL

CERTO NASC 7201 FLS 52 LTV A2

SÃO SEBASTIÃO - AL

045.635.714-61

2 VIA

DATA DE VALIDADE 05/06/1982

LEI Nº 7.116 DE 2003

P 202

17 OUT 2018

Relatório médico

Declaro para a duvida
que o paciente Everaldo
apresenta lesão por ruptura
de um dos tendões do
aparelho fratura pilão fibral
evoluindo com
instabilidade permanente grave.

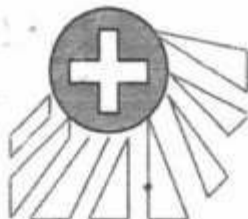
Dr. Paulo Candido de Lima Jr.
Ortopedia e Traumatologia
Coluna Vertebral
CRM-SE 9126

495
592

MATRIZ - Rua Jackson de Figueiredo, 185
Centro, Nossa Sra. das Dores/SE
(79) 3265.1686 / 3265.1059 / 9820.2132

21 JUN. 2018

**CARTÓRIO 2º OFÍCIO DA COMARCA
DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA/SE**
AUTENTICAÇÃO 006069
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.
Emolumentos: R\$ 2,32 + selo R\$ 0,00 - Total: R\$ 2,32
EDERLDO ALVES DA SILVA - Secretário
Selo TJSE: 201829574 019255
Acesso: www.tjse.jus.br/34U3M2



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/ Manoel Mota Cabral Sobral.

**MANOEL MOTA CABRAL
PRESIDENTE**



ASSOCIAÇÃO DE CARIDADE DE CAPELA

HOSPITAL "SÃO PEDRO DE ALCÂNTARA"

FUNDADO EM 18.10.1897

Prça Adroaldo 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

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO E 1º ATENDIMENTO

CARTÃO SUS Nº 707 8056 4546 4711 REGISTRO Nº 2.217.03.18

DATA DA ADMISSÃO: 31/03/18

HORA: 20 13

Nome: ERILALDO LUCIO DOS SANTOS Idade: 35

Sexo: Masculino (☒) Feminino (☐)

Cor:

Data de Nasc: 05/06/1982 RG: 2.00000 401386 SSP/AL

Filiação Pai: FRANCISCO LUCIO MAENHO
Mãe: CLÁRIA DE LURDES DOS SANTOS

Endereço: R. 03 DA ABB. ENZA 02

Cidade: Campos - RJ

Telephone: 98916455

Responsável pelo Paciente: Dr. [Assinatura]

Telefone do Responsável:

Grau de Parentesco:

Endereço do Responsável:

Medico Responsável: DR. VINÍCIUS

Diagnóstico:

ANAMNESE E EVOLUÇÃO MÉDICA

DATA HORA

Ata: a dor é bem no perigoso (E) há 2 dias, após trauma na cabeça.
a dor é bem no perigoso (E).

[illegible]

EXAMES SOLICITADOS:	RX ()	ULTRASSONOGRAFIA ()	LABORATÓRIO ()
---------------------	-----------	-------------------------	--------------------

DESTINO

INTERNAÇÃO: ()	OBSERVAÇÃO: ()	TRANSFERÊNCIA: (<input checked="" type="checkbox"/>)
--------------------	--------------------	--

ALTA:	/	/	HORA:	ÓBITO:	/	/	HORA:
-------	---	---	-------	--------	---	---	-------

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: 1. Enr. Ldo. Faria

NOME DO PACIENTE: Erivaldo Henrique dos Santos
 DATA DA ENTRADA: 31/03/2018
 DATA DA SAÍDA: 05/04/2018

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
 motociclistas com edema
 importante no tornozelo
 ocasionando fratura. Sofreu
 redução e foi colocada tala
 gessada.
 Adiciona ainda que a mesma
 sofreu luxação do tornozelo
 esquerda. Em seguida o mes-
 mo foi internado na enfermari

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

CARTÓRIO 2º OFÍCIO DA COMARCA
 DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA/SE
 RUA FULCIO VIEIRA DE MELLO, 20
 CENTRO - NOSSA SENHORA DA GLÓRIA/SE
 CEP 49080-000 - FONE: 79 3411 1365
 Extra.2g@tjse.jus.br
 AUTENTICAÇÃO 006069
 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
 Emolumento: R\$ 3,32 + selo: R\$ 0,00 - Total: R\$ 3,32
 EDERALDO ALVES DA SILVA - Escrevente
 Selo TJSE: 201829574 019256
 Acesse: www.tjse.jus.br/x/ 7K27RG

EXAMES COMPLEMENTARES:

TC de tornozelo Esquerdo.
 ECG
 RX de pé
 RX de tornozelo E.

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Maria Costa Vieira Filho
 Dr. Washington Batista
 Dr. Francisco Lima

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

ARACAJU, 15 de 08 de 18


 Nilton Eron
 Clínica Médica
 CRM/SE 3618

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.**

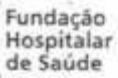
EVOLUÇÃO MÉDICA:

*Prta amiel NV dal
6/1 12m*

*Dr. Francisco José de Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 11444*

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta VO LIVRE	
2	SFO,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 ^h	
5	Dipirona, 02 mL + 08 mL AD, IV, 6h/6h	
6	Profenid, 01 ampola IV + 100mL SFO,9%, 12h/12h	
7	Tramal 100mg + 250 ml SFO,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 DIÁRIO 1X/DIA	
19	ALTA	
20		
21		
22		
23		

*Dr. Francisco José de Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 11444*



PRONTO SOCORRO ADULTO

Unidade de Produção:	Leito:	Nº do Prontuário:
----------------------	--------	-------------------

DATA	HORA	HISTÓRICO
24/03/25		<p># Categoria</p> <p>Exercícios encaminha-se ao Dr. CARLOS P. A. M. S. M.</p> <p>do Exercicio</p> <p>Tarefa Motociclista</p> <p>Da + Exer. + Desempenho da mesma (C)</p> <p>João da Silva - Le. Pica. / Tarefa</p> <p>Coleção de + Trab. citados Gess. M.</p> <p>Intern. zero</p>



CENTRO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA GOV. ALBANO FRANCO

NOME: ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS
REG: 29832
DATA DE NASCIMENTO: 05/061982
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 RADIOLOGISTA
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 COAF**².

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 Jose marcos D.O. Rosa inscrito (a) no CPF/CNPJ 020.003.675/00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Guinaldo Lucio Dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.835.714/61, do sinistro de DPVAT cobertura imobilidade da Vítima Guinaldo 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	<u>Rua Dos Suletes</u>		Número	<u>217</u>	Complemento	<u>Secretario</u>
Bairro	<u>Brasilia</u>	Cidade	<u>N. Sra. Da Gloria</u>	Estado	<u>SE</u>	CEP
Email	<u>marcosdegloria@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>79.99189207</u>	Telefone celular (DDD)	<u>79.99252568</u>

N. Sra. Da Gloria, 04 de 09 de 18
Local e Data

Jose marcos de gloria 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

Eivaldo Lucio dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Eivaldo Lucio dos Santos</u>		CPF titular da conta <u>045-835-714-61</u>		Profissão <u>honorados</u>
Endereço <u>Rua Jose Pedro da Silva</u>		Número <u>007</u>	Complemento <u>Quadra C</u>	
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Capela</u>	Estado <u>Sergipe</u>	CEP <u>49200-000</u>	
Email <u>marcosdegloria@gmail.com</u>			Telefone (DDD) <u>79-99918-9207</u>	

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

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 2391 D/V ☐ CONTA NRO. 26324 D/V 3
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome NRO.
 AGÊNCIA NRO. D/V ☐ CONTA NRO. D/V ☐
 (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.

Capela 04 de Setembro de 2018
 Local e Data

Eivaldo Lucio 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, CENTRO FONE:() 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 PUBLICA 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/CGC: 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 ariscada 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 ambulância do hospital e conduzido ao HUSE/ARACAJU com fraturas no tornozelo 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

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

José Roberto de Melo Santos
CARTÓRIO
Depol Poço Redondo/SE

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

CPF da Vítima

Data do Acidente

Giraldino Lucio dos Santos

045.835.714-61

31.03.2018

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.

Blanca 04 de Setembro de 2018

Local e Data

Giraldino Lucio dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

19 SET 2018

ATO 2

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 701209
CNS:DATA: 31/03/2018 HORA: 21:47 USUARIO: AAOLIVEIRA
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: [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:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: _/_/_

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

Assinatura do Médico
 HORARIO DA MEDICACAO
 CRM 42977-SP-15897

DATA DA SAIDA: / /

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

HORA DA SAIDA: :
[] 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

ELABORACAO
 EXAMES(S) REALIZADOS
 DATA: 31/03/2018
 HORARIO: 21:47
 TECNICO: AAOLIVEIRA