



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

MONTE ALEGRE DA COMARCA DE MONTE ALEGRE
Praça Deputado Passos Porto, Bairro Centro, Monte Alegre/SE, CEP 49690000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202086100182	Distribuição: 18/02/2020
Número Único: 0000183-17.2020.8.25.0060	Competência: Monte Alegre
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

Assuntos

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

Dados das Partes

Requerente: SAMUEL QUEIROZ SANTOS

Endereço: Lagoa do Roçado

Complemento: CASA

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: MONTE ALEGRE DE SERGIPE - Estado: SE - CEP: 49690000

Requerente: Advogado(a): JOSÉ JEOVANY DA SILVA 12367/AL

Requerido: SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Endereço: Rua Senador Dantas

Complemento: 5º ANDAR

Bairro: Centro

Cidade: Rio de Janeiro - Estado: - CEP: 20031205

Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

MONTE ALEGRE DA COMARCA DE MONTE ALEGRE
Praça Deputado Passos Porto, Bairro Centro, Monte Alegre/SE, CEP 49690000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apensados:

--

Processos Dependentes:

--



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

MONTE ALEGRE DA COMARCA DE MONTE ALEGRE
Praça Deputado Passos Porto, Bairro Centro, Monte Alegre/SE, CEP 49690000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202086100182

DATA:

12/08/2020

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENEDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200812115001930 às 11:50 em 12/08/2020.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190596142 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SAMUEL QUEIROZ SANTOS **Data do acidente:** 07/07/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA**Data da análise:** 24/10/2019**Valorção do IML:** 0**Perícia médica:** Não**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO.**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO).
ALTA. (P1/2/4/5/10/11FC/13)**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.**Sequelas:** Com sequela**Documento/Motivo:****Nome do documento
faltante:****Apontamento do Laudo
do IML:****Conduta mantida:****Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.**Documentos
complementares:****Observações:**

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
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

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190596142

Nome do(a) Examinado(a): SAMUEL QUEIROZ SANTOS

Endereço do(a) Examinado(a): POV LAGOA DO ROCADO , sn - Monte Alegre de Sergipe/SE - CEP 49690-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 3.585.754-4 - SSP - 22/09/2010

Data e Local do Acidente : 07/07/2019

Data e Local do Exame : 04/12/2019 RUA SANTA LUZIA, 829 - ARACAJU/SE - CEP 49010-310

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA EXPOSTA DA DIÁFISE E EPÍFISE DISTAL DA FÍBULA A ESQUERDA.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

PERICIA DO VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 07/07/2019 E RECEBEU ALTA NO DIA 20/07/2019. O QUADRO FOI TRATADO COM COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR POR 03 MESES APÓS RETIRADO FOI PRESCRITO ROBÔ FOOT; EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO PERICIA DO EM USO DE ROBO FOOT, DEPOIS DE RETIRADO OBSERVAMOS MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE (++/4+) COM APOIO DE MULETAS, FORÇA MUSCULAR DA PERNA E PÉ DIMINUÍDA (++/+5), EM VIRTUDE DA DÓR E BLOQUEIO NO TORNOZELO E PÉ, PRESENÇA DE CICATRIZES CIRÚRGICAS NUMULARES NA FACE MEDIAL DA PERNA, TORNOZELO E PÉ, ATROFIA MUSCULAR DA PANTURRILHA E PÉ, POR RESTRIÇÃO DA ATIVIDADE NEUROMUSCULAR, TUMORAÇÃO DE GRANDE VOLUME NA DIÁFISE DISTAL E EPÍFISE DA FÍBULA (CALO ÓSSEO), DÓR, EDEMA E BLOQUEIO SEVERO NA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO E PÉ, RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO E PÉ.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não

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:

DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO EM PÉ ESQUERDO.

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 (*).

Vide motivo do impedimento 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
PÉ ESQUERDO.

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

% 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.

Manoel Otacilio Nascimento Junior

Manoel Otacilio M
Clínica e Auditoria III
CRM 1827

MANOEL OTACILIO NASCIMENTO JUNIOR CRM : 1827 / UF :SE

Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190596142

Vítima: SAMUEL QUEIROZ SANTOS

Data do Acidente: 07/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SAMUEL QUEIROZ SANTOS

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 04/12/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190596142

Vítima: SAMUEL QUEIROZ SANTOS

Data do Acidente: 07/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), SAMUEL QUEIROZ 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, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190596142

Vítima: SAMUEL QUEIROZ SANTOS

Data do Acidente: 07/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SAMUEL QUEIROZ 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, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190596142

Vítima: SAMUEL QUEIROZ SANTOS

Data do Acidente: 07/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SAMUEL QUEIROZ 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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **SAMUEL QUEIROZ SANTOS**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **004**

Agência: **000000134**

Conta: **0000013124-0**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Samuel Queiroz Santos
(nacionalidade) brasileiro, (profissão) Lavrador, portador da cédula de identidade RG nº 3.585.754-4, emitido pela SSP / (UF) SE, inscrito sob o CPF nº 068.081.045-16, residente na (endereço completo) Rua Lagoa do Riacho, na cidade de Monte Alegre SE, (UF) SE, CEP 49690-000, nomeio e constituo meu procurador, (nome do representante) Jose Marcos da O. Resca (nacionalidade) Brasileiro (profissão) Comerciante, portador da cédula de identidade RG nº 21233829, emitido pela SSP / (UF) SE, inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na (endereço completo) Rua dos Sinos, na cidade de N. Sra. Valéria, (UF) SE, CEP 49.680-000, a quem confiro amplos e gerais poderes para, tratar, requerer, assinar papéis e documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO SEGURO DPVAT** da vítima (nome da vítima) _____, junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) Monte Alegre de Sergipe SE
03/10/2019

(assinatura) X Samuel Queiroz Santos
(RG) 3.585.754-4



OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0353195/19

Vítima: SAMUEL QUEIROZ SANTOS

CPF: 068.081.095-16

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 07/07/2019

Titular do CPF: SAMUEL QUEIROZ SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Bolém de ocorrência
Dedaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA : 020.003.675-00

Comprovante de residência
Dedaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

SAMUEL QUEIROZ SANTOS : 068.081.095-16

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: 10/10/2019
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/10/2019
Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO
CPF: 221.365.090-04

JOSE MARINO GOYA ARAUJO

TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprova a CTC. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de aplicações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta e qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FIO - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

200.52923.10-4

1844006

0040

SE

Samuel Queiroz Santos



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

SAMUEL QUEIROZ SANTOS

FILIAÇÃO: ETEVALDO DE QUEIROZ SANTOS
IVANILDES FERREIRA SANTOS
SEXO: MASCULINO
NASCIMENTO: 05/07/1993
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
NATURALIDADE: NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - SE
DOCUMENTO: C. I. 3.585.754-4 22/09/2010 SSP SE
LEI Nº 9.049, DE 19 DE MAIO DE 1995
CPF: 095.081.095-16 CNH:
TÍT. ELEITOR: SEÇÃO:
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTESE - 14/11/2012

Carla F. G. Mendes
C. F. G. Mendes
C. F. G. Mendes

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

NOME	_____
DATA DE NASC. DE	____/____/____
DOCUMENTO	_____
NOME	_____
DOCUMENTO	_____
NOME	_____
DOCUMENTO	_____
NOME	_____
DOCUMENTO	_____

LEGENDA
E - EMITIDO | C - CANCELADO | R - RECONHECIMENTO DE RESIDÊNCIA | G - DOME RECONHECIDO
B - 2º ELEITOR | D - ADICIONADO | F - SEGUNDO REGISTRO

NOME DO PACIENTE: Samuel Queiroz Santos
DATA DA ENTRADA: 08/07/19
DATA DA SAÍDA: 19/07/19

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 edusão extra-articular na região da perna esquerda. Nega embre. Nega sucrose. Paciente refere estar alcoolizado e não sabe informar estado vacinal. Paciente refere trauma no tornozelo que provocou a sua fratura exposta. Ficou o paciente na enfermaria após ato cirúrgico. Aguardando alta definitiva.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Foi submetido a tratamento cirúrgico de fratura de tornozelo esquerdo.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx de tornozelo esquerdo AP+P.

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. J. Aparecido Cardoso
Dr. Ediz Tavares
Dr. Marcia Costa Vieira Filho.

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO TRANSFERIDO () ÓBITO ()

ARACAJU, 23 de 08 de 2019

Nilson dos Santos Escam
MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

Dr. Nilson Eruini
Clínica Médica
CRMISE 3618

· Dor e alergia à medicação

Ortopedia + Neuro

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 17625 DATA: 07/07/2019 HORA: 21:39 USUARIO: ELSANTOS
CNS: SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : SAMUEL QUEIROZ SANTOS DOC...: 35857544
IDADE.....: 26 ANOS NASC: 06/07/1993 SEXO...: MASCULINO
ENDEREÇO.....: POVOADO LAGOA DO ROCADO NUMERO:
COMPLEMENTO...: 700502389027350 BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO.....: MONTE ALEGRE DE SERGIPE UF: SE CEP....: 49690-000
NOME PAI/MAE...: ETEVALDODE QUEIROZ SANTOS /IVANILDES FERREIRA SANTOS
RESPONSÁVEL...: ROBERTA-ESPOSA TEL....: 79 9986594
PROCEDENCIA...: MONTE ALEGRE-SE 54
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: ___/___/___

Paciente vítima de colisão carro-moto, rebato dor na região do punho esquerdo, nãg êntese e hincãpe. Paciente também sofreu estor alcaolizãde e nãe sobe infermar estado uocional.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: CID:

PRESCRICAO HORARIO DA MEDICACAO

SF 0,9% 1000ml 500 500
SG 10% 1000ml IV 40 gotas/minute 500 500
Koflim 2g IV 22:25
Profamid 100mg + 100ml SF IV
Dr. José Aparecido Brito Cardoso
Cirurgia Geral e Videolaparoscopia
CRM 1118

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/responsável: *Roberta Maria de G...
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL*

Assinatura e Carimbo do Médico: *[Assinatura]
ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO*

REGISTRO: *[Assinatura]*

DATA: *7/08/2019*

HORÁRIO: *2230*

TÉCNICO: *[Assinatura]*

Solicitto:

① Rx do punho esquerda em duas posições

Solicitto avaliação da | Ortopedia
Neurocirurgia

José da Silva Jr.

Dr. José Aparecido Batista Cardoso
Cirurgia Geral e Videolaparoscopia
CRM 1166

7/7/2019 Horário: Quarta 20:00 com o Dr. Carlos
22:55h. Fazer exame em ambas as mãos.

Dr. Cesar 15, 51 - Sítio Real.

TC do crânio: sem alterações
ALTA SEM.

Carlo Lopes
CRM 1010

Fr. Exposta T2 (5)

Dr. Jeunando Saca el Rencorot

Dr. Mano Costa Vieira Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 4257 / TEOT 15697

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo...: 2003
 Numero do CNS.....: 0000000000000000
 Nome.....: SAMUEL QUEIROZ SANTOS
 Documento.....: 35857544 Tipo :
 Data de Nascimento: 6/07/1993 Idade: 26 anos
 Sexo.....: MASCULINO
 Responsavel.....: ETEVALDO DE QUEIROZ SANTOS
 Nome da Mae.....: IVANILDES FERREIRA SANTOS
 Endereco.....: POVOADO LAGOA DO ROCADO 700502389027350
 Bairro.....: ZONA RURAL Cep.: 49690-000
 Telefone.....: 79 998659454
 Municipio.....: 2804201 - - SE
 Nacionalidade.....: BRASILEIRO
 Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 17625
 Clinica.....: 918 - CENTRO CIRURGICO SRPA
 Leito.....: 999.0081
 Data da Internacao: 08/07/2019
 Hora da Internacao: 08:36
 Medico Solicitante: 116.335.815-00 - ANTONIO FRANCO CABRAL
 Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
 Diagnostico.....: NAO INFORMADO
 Identif. Operador.: JOSEANESANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

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



Paciente: **Somuel Queiroz Santos** Data: **08.07.19**
Diagnóstico: **Fx exposta de TNB E**

PRESCRIÇÃO

- 1 Dieta so livre quando acordado
- 2 Dipirone 2ml + 18 ml AD IV 6/6H
- 3 Propofid 100mg + 100ml SFAP IV 12/12H
- 4 Tramaf 100mg + 100ml SFAP IV 8/8H
- 5 Bromoprida 2ml + 8ml AD IV 8/8H
- 6 Cefalotina 1g EV 8/8H
- 7 Clexone 40mg SC 1x 1 dia.
- 8 SFAP 1500ml EV P1 24H.
- 9 CCGG + SSVV
- 12 Curativos diários

Dr. Saulo Lellis
Ortopedia e Traumatologia
CRM 4734

Dr. Saulo Lellis
Ortopedia e Traumatologia
CRM 4734

Hora	PA	Diurese	Glicemias	Temp. Axilar	Assinatura do Técnico e Observações

REALIZADO EM **08/07/19**
AS _____ HORAS
TÉCNICO EM RADIOLOGIA



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE
PRONTO SOCORRO
SERVIÇO DE ORTOPEDIA



Souto

NOME Camel Emano IDADE 26 DATA 9/7/19
 DIAGNÓSTICO fratura exposta m. oleo b lateral
tenosiotomia

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	Dieta zero fibra das 07:00 h.	SOS
2	Geico salinizado	
3	Keflin 1 g de 6/6 h IV	08 08 08
4	Nauseadron 8mg IV 8/8 hs ou PLASIL 2ml + 18ml sf 08/08 Hs SOS	
5	Dipirona 2 ml + 8 ml AD IV ou Paracetamol 40 gts VO 6/6 hs SOS	
6	TRAMAL 100mg + 100ml SF 0,9% IV ou VO 8/8 hs SOS	
7	Glicose 25% - 4 AMP. EV se GC <=80	
8	Captopril 25 mg VO 8/8 hs se PAS >180 mmHg e PAD >110mmHg SOS	
9	Omeprazol 40mg IV 1x ao dia ou Antak 2ml + 18 ml AD IV 12/12 hs	08
10	Profenid 100mg+100ml SF 0,9% IV 12/12 hs SOS	
11	Lactulona 20ml VO 8/8 SOS	
12	Luftal 40 gots VO 8/8hs SOS	
13	*Dextro, se for diabético	
14	INSULINA REGULAR, SC, após dextro: 201-250: 02UI 301-350: 06UI 251-300: 04UI 351-400: 08UI > ou = 401: 10UI	
15	SSVV+Cuidados	
16	Curativo 1x ao dia	

elevar a 40º C 1x/dia

IIº DIT Iº DPO

PAC com fixador

Transfusão de sangue

Agua de boca

Suporte

defini

Félix Antonio Lopez Freitas
Ortopedia - Traumatologia
CRM-SE 5720
CONMORJ 572057-2

Cris
Crislaine Rocha
COREN-379544 - ENF

DATA: 18/07/2019.

11 ° DIH

NOME: SOMER QUEIROZ SANTOS 26mos - A.F. J

DIAGNÓSTICO(S): FERRUS EXP. SOMOBRO ©

EVOLUÇÃO MÉDICA: _____

Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º. Dieta Livre	
2º. Gelco Salinizado	
3º. Kefazol 1 g EV 8/8hs ou Keflin 1 g EV 6/6hs	18 18 24 06
4º. Gentamicina 240mg + SF 0,9% 200 ml EV 1x dia SUSP	
5º. Dipirona 2ml + 8 ml AD EV ou Paracetamol 40gts VO 6/6hs	18 18 24 06
6º. Nasedron 8mg EV 08/08hs SOS	
7º. Antak 50mg EV ou 150mg VO / Omeprazol 40mg EV ou VO às 6hs	06
8º. Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% EV ou VO 8/8hs SOS	
9º. Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% EV 12/12hs SOS	
10º. Captopril 25mg VO 8/8hs se PAS > 180 mmHg e PAD > 110 mmHg SOS	
11º. Glicose 25% 04amp. EV se Glicemia < ou = 80mg/dl SOS	
12º. Clexane 40mg SC 1 x dia ou Heparina 5000UI SC 2 x dia	30
13º. Dextro 6/6hs SUSP	
14º Insulina Regular SC, após o dextro. 201 - 250: 02UI 251 - 300: 04UI 301 - 350: 06UI 351 - 400: 08UI > ou = 401: 10UI	
15º. Curativos Diários 1 x dia (x) SF 0,9% + Gazes	
16º SSVV 6/6hs	
16º	Ute Simone dos Anjos Com 374 95

Handwritten signatures and notes:
 18/07/19
 Luciene E. dos Santos
 Enfermeira
 COREN/SE 12.986

Stamp and signature of Dr. Raimundo César S. Santos:
 Dr. Raimundo César S. Santos
 Enfermeiro
 COREN/SE 13677
 18/07/19

Stamp and signature of Dr. Daniel Bispo de Andrade Filho:
 Daniel Bispo de Andrade Filho
 Especialista em Ortopedia e Traumatologia
 CRM 1295

Dr. Daniel Bispo CRM 1295



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: Samuel Onuiz Santos
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fx exposta de TNE (5)
 CIRURGIA REALIZADA: fixação externa (damage control)
 CIRURGIÃO: Dr. Saulo Lellis
 AUXILIARES: Dr. Hertz
 ANESTESIA: Doqui ANESTESISTA Dr. Erick
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: G menor

() CIRURGIA LIMPA () CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA
 (X) CIRURGIA CONTAMINADA () CIR. INFECTADA
 INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? () SIM () NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:
 () VIAS AÉREAS SUP. () PULMONAR () URINÁRIA () SNC () TGI
 () CUTÂNEO () AP. CARDIO-VASCULAR () PLEURA (X) OUTROS

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. Asepsia + antiseptia + colocação dos campos estéreis
2. após paciente anestesiado em DDM,
3. lavagem extensiva, com delimitamento de
4. partes moles neurovasculares (usado 10 litros de SF9%)
5. feito fixação externa provisória em
6. TNE esquerdo!
7. Sutura da pele curativa

DATA: 8/7/19

Dr. Saulo Lellis
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 4734

Assinatura do Cirurgião



NOME (s/abreviações): Samuel Queiroz Souto DATA: 03/07/11

HORA Entrada/sala 08:40 H HORA Saída/sala _____ H HORA Incisão 09:10 H HORA rafia _____ H ALERGIA: neq

CIRURGIÃO: Saulo 1º AUXILIAR: Hertz

ANESTESISTA: Eric 2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADOR: Juciara CIRCULANTE: Guaneidi

CIRURGIA PROGRAMADA: _____ LATERALIDADE

CIRURGIA REALIZADA: fixação externa em tornozelo DIRETA ESQUERDA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ACORDADO SONOLENTO TORPOROSO COMATOSO

TÉCNICA ANESTÉSICA: GERAL VENOSA GERAL INALATÓRIA GERAL COMBINADA GERAL BALANCEADA RAQUIANESTI

PERIDURAL C/ CATETER PERIDURAL S/ CATETER SEDAÇÃO BLOQUEIO DE PLEXO LOCAL

TOT ARAMADO Nº _____ MÁSCARA LARINGEA TRAQUEÓSTOMO GUEDEL SNG SNE

DISPOSITIVOS: SVD SILICONE SUÇÃO D. TÓRAX D. PIZZER D. KHER D. BLAKE D. PENF LÁTEX

CVC DL TL AVP F CATETER FOGARTY

ASSEPSIA: PVI TÓPICO PVI ALCOÓLICA PVI DEGERMANTE CLOREXIDINA ALCOÓLICA CLOREXIDINA DEGERMANTE CLOREXIDINA AQUOSA

EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS UTILIZADOS


BOMBA DE INFUSÃO DESFIBRILADOR MONITOR CEREBRAL (BIS) INTENSIFICADOR DE IMAGEM MANTA TÉRMICA MICROSCÓPIO

FIBROSCÓPIO MONITOR CARDÍACO PA NÃO INVASIVA PA INVASIVA OXÍMETRO CAPNÓGRAFO

FOCO AUXILIAR FONTE DE LUZ BRONCOSCÓPIO VIDEOLAPAROSCÓPIO OUTROS _____

POSIÇÃO: DORSAL VENTRAL LATERAL DIRETO LATERAL ESQUERDO CANIVETE TRENDELBURG LITOTOMIA

COXINS DE CONFORTO UTILIZADOS CABEÇA MSD MSE MD ME BISTURI ELÉTRICO: BIPOLAR MONOPOLAR

PLACA DE BISTURI		CONTAGEM DE COMPRESSAS	
		ENTREGUE	RECOLHIDO
LOCAL:			
<input checked="" type="checkbox"/> ELETRODOS <input checked="" type="checkbox"/> INCISÃO CIRÚRGICA		CONTAGEM DE INSTRUMENTAL	
		ENTREGUE	RECOLHIDO

SINAIS VITAIS								
	SpO2 (%)	FC (BPM)	PA (mmHg)	PAI (mmHg)	TEMP (°C)	FR (RPM)	GLICEMIA	LPP (lc)
PRÉ-OPERATÓRIO	99%	75	141	85				
INTRA-OPERATÓRIO	99%	75	107	57				
p. 24 S-OPERATÓRIO	99%	76	128	65				

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA



ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA		SIM	NÃO	NA
1	Dados pessoais confirmados com o paciente+equipe+prontuário+pulseira	X		
2	Procedimento/sítio cirúrgico confirmado com paciente+equipe+prontuário+exames	X		
3	Termo de consentimento assinado			
4	Checado funcionamento do equipamento anestésico	X		
5	Alergias conhecidas: _____		X	
6	Via aérea difícil e/ou risco de broncoaspiração Se SIM, os materiais devem estar disponíveis em sala			
7	Avaliado risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/kg em crianças) Se SIM, paciente deve ter 2 AVP calibrosos puncionados ou CVC e fluido previsto em sala			

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA		SIM	NÃO	NA
8	Todos os membros da equipe se apresentam informando nome e função	X		
9	Equipe confirma nome do paciente, local da cirurgia e procedimento	X		
10	Imagens essenciais disponíveis na sala operatória	X		
11	Antibióticoprofilaxia administrada nos últimos 60min.	X		
12	Materiais e implantes no prazo de validade	X		

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÃO		SIM	NÃO	NA
13	Contagem de instrumentais, compressas e agulhas estão corretas	X		
14	Biópsia identificada com: Nome completo, data de nascimento, nº do prontuário, cirurgião e data do procedimento. Nº de amostras _____			
15	Identificados problemas com equipamentos durante o procedimento			
16	Recomendações especiais para o pós operatório			

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM		
hora	REGISTRO	ASSINATURA
8:40	Paciente admitido em SO, pelo OS, calmo, consciente, orientado, em uso de monitorização por AVP em MSE, imobilização em MTE (Tornozelo) Tec. Jucyneidy	 Jucyneidy SF 650 920
	Instalado monitorização cardíaca, em seguida, realizado punção per D1. Sem alteração Tec. Jucyneidy	
08h	Iniciado procedimento pela Dr. Sub	
08h	Termino do procedimento, paciente encaminhado para SRPA	

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLORIA

No. DO BE: 440693
CNS:

DATA: 07/07/2019 HORA: 17:25 USUARIO: MKOSANTOS
SETOR: 04-SALA DE PROCEDIMENTOS

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : SAMUEL QUEIROZ SANTOS DOC...: 0
IDADE.....: 26 ANOS NASC: 06/07/1993 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: POVOADO LAGOA DO ROSADO NUMERO: 0
COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO.....: MONTE ALEGRE DE SERGIPE UF: SE CEP...: 49690-000
NOME PAI/MAE...: JOSE ETEVALDO QUEIROZ SANTOS /IVANILDE QUEIROZ SANTOS
RESPONSAVEL...: O PROPRIO TEL...: 079
PROCEDENCIA...: MONTE ALEGRE DE SERGIPE-SE
ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS: *C.P. S.P.* DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

paciente vítima de acidente (motociclista) apresentando lesões de tipo contuso em região metacarpo medial do M.I.E. e ruptura do tendão e parte do tendão unguis

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

@ Curativo + Dolo
@ Pa Acido - HUS - viduo - viduo - viduo
@ Ketoprofeno 100 mg
@ Naproxeno 500 mg

Fecho e medicação
18:30 - J. Carlos Vieira

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: 18:55

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

Mora Luiza Santos Andrade
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

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 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Marcos de Oliveira Rosa inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.003.625/00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Samuel Queiroz Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 068.081.095/16 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Samuel Queiroz Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, 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 Das Silas</u>	Número	<u>217</u>	Complemento	<u>Casa-A</u>
Bairro	<u>Silas</u>	Cidade	<u>Nossa Senhora do Blóia</u>	Estado	<u>SE</u>
				CEP	<u>49680-000</u>
Email	<u>Marcosdegloria@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>79-99925-2568</u>	Telefone celular (DDD)	<u>79-99918-9207</u>

Nossa S^a do Blóia 03 de Outubro de 2019
Local e Data

Marcos de Oliveira Rosa
Assinatura do Declarante

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: 068.081.095-16 4 - Nome completo da vítima: Samuel Queiroz 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: Samuel Queiroz Santos 6 - CPF: 068.081.095-16
7 - Profissão: Advogado 8 - Endereço: Rua Logão DO Rolado 9 - Número: SIN 10 - Complemento: Rua
11 - Bairro: Zona rural 12 - Cidade: Monte Alegre 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49.690-000
15 - E-mail: marcondesloira@gmail.com 16 - Tel (DDD): 79.99189207

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: [] [] [] [] CONTA: [] [] [] []
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: [] [] [] [] CONTA: [] [] [] []
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro(a) ou nascido(a)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pai/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - []
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: N. São Caetano 03.10.19
Samuel Queiroz Santos
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 103830/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 03/10/2019 10:23 Data/Hora Fim: 03/10/2019 10:52
Delegado de Polícia: Fabio Santos Santana

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Regional de Nossa Senhora da Glória Aisp
Data/Hora do Fato: 07/07/2019 16:30

Local do Fato

Município: Nossa Senhora da Glória (SE) Bairro: Povoado
Logradouro: Povoado Tanque de Pedras CEP:49.680-000
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: SAMUEL QUEIROZ SANTOS (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade:SE - Nossa Senhora Sexo: Masculino Nasc: 06/07/1993
Profissão: Agricultor
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Ivanildes Ferreira Santos Nome do Pai: Etevaldo Queiroz Santos

Endereço

Município: Monte Alegre de Sergipe - SE
Logradouro: POVOADO LAGOA DO ROÇADO CEP: 49.690-000
Telefone: (79) 9984-0255 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo	Subgrupo
Veículo	Motocicleta/Motoneta
Descrição PAS/MOTOCICLETA	CPF/CNPJ do Proprietário 053.752.195-06
Placa QKW9373	Renavam 1090813020
Número do Chassi 9C2KD1000GR028070	Ano/Modelo Fabricação 2016/2016
Cor VERMELHA	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Monte Alegre de Sergipe	Marca/Modelo HONDA/NXR 160 BROS
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Samuel Queiroz Santos	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

RELATA o noticiante que trafegava pela estrada de chão que dá acesso ao Povoado Tanque de Pedra, quando colidiu com um veículo de passeio não identificado. Que foi socorrido por populares e conduzido ao Hospital Regional da cidade de





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 103830/2019

Nossa Senhora com fratura exposta na perna esquerda, sendo transferido em uma ambulancia para o HUSE/ARACAJU aonde permaneceu internado por aproximadamente (13) treze dias. Que o condutor do veiculo causador do acidente abandonou o local sem prestar os devidos socorros dificultando assim a sua identificação. É o relato.

ASSINATURAS


 Jose Roberto de Melo Santos
 Cleber Martins da Silva
 Agente de Polícia
 Matrícula 4712882
 Responsável pelo Atendimento


 Samuel Queiroz Santos
 (Comunicante / Vítima)

Declaram para os devidos fins de direito que sou o(a) único(s) responsável pelas informações acima esmentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme prevista nos Artigos 329-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE
PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Samuel Queiroz Santos
(nacionalidade) brasileiro , (profissão) Lavrador , portador da cédula
de identidade RG nº 3.585.754-4 , emitido pela SSP / (UF) SE ,
inscrito sob o CPF nº 068.096.045-16 , residente na (endereço
completo) Rua Lúcia de Riquelme , na cidade de
Monte Alegre SE , (UF) SE , CEP 49690-000 , nomeio e
constituo meu procurador , (nome do representante) Ygor Mendes O. Rêgo
(nacionalidade) Brasileiro (profissão) Comerciante , portador da cédula
de identidade RG nº 21233829 , emitido pela SSP / (UF) SE ,
inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00 , residente na (endereço
completo) Rua Dos Sílios , na cidade de
N. Sra. Dalvaia , (UF) SE , CEP 49.680-000 , a quem confiro
amplos e gerais poderes para , tratar , requerer, assinar papéis e
documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO
SEGURO DPVAT** da vítima (nome da vítima) _____
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** .



(local e data) Monte Alegre de Sergipe SE
03/10/2019

(assinatura) X Samuel Queiroz Santos
(RG) 3.585.754-4



OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)



AMBULATÓRIO DE RETORNO DO HUSE

RELATÓRIO MÉDICO

O paciente Samuel Queiroz
 Sôneto, 1º período de
 tratamento de Molestas
 5826

[Signature]
 Dr. Antônio Franco Castro
 Ortopedia/Traumatologia
 CRM 196
 Centro de Especialidade

[Signature]
 Localidade e Data

dkl

alergia à medicação

Ortopedia + Neuro

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 17625 DATA: 07/07/2019 HORA: 21:39 USUARIO: ELSANTOS
CNS: SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : SAMUEL QUEIROZ SANTOS DOC...: 35857544
IDADE.....: 26 ANOS NASC: 06/07/1993 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: POVOADO LAGOA DO ROCADO NUMERO:
COMPLEMENTO...: 700502389027350 BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO.....: MONTE ALEGRE DE SERGIPE UF: SE CEP...: 49690-000
NOME PAI/MAE...: ETEVALDODE QUEIROZ SANTOS /IVANILDES FERREIRA SANTOS
RESPONSAVEL...: ROBERTA-ESPOSA TEL...: 79 9986594
PROCEDENCIA...: MONTE ALEGRE-SE 54
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: [] RAO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Paciente vítima de colisão carro-moto, relato dor na região do punho esquerdo, na região da mão e sincope. Paciente também relata estar calçadilhado e não sabe informar estado urológico.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

SF 0,9% 1000ml 500 500
SG 10% 1000ml IV 40 gotas/minuto 500 500
Koflim 2g IV 20-25
Profenid 100mg + 100ml SF IV
*Dr. José Aparecido Almeida Cardoso
Cirurgia Geral e Urologia
CRM 1195*

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: [] ATÉ 48HS [] APÓS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

Roberto Manoel de Góes
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

[Carimbo]
ASSINATURA E/OU CARIMBO DO MEDICO
REGISTRO: *[Assinatura]*
DATA: *7/07/2019*
HORARIO: *2230*
TÉCNICO: *[Assinatura]*

TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo antigo Previdência Social, por intermédio do Decreto nº 22.019, de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CTPS. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo ainda, sua inscrição ao seguro-desemprego e ao fundo de Garantia de Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e a sua assidua atualização, representam a história e qualificação das atividades profissionais dos seus portadores.

Para sua importância, seu dever protegê-la e conservá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador - cidadão, contribuirá para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONTÉM INFORMAÇÕES RELEVANTES DO FUND. DE GARANTIA DO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

200.52923.10-4

1844006

0040

SE

Samuel Queiroz Santos



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

SAMUEL QUEIROZ SANTOS

FILIAÇÃO: ETEVALDO DE QUEIROZ SANTOS

MARLEDES FERREIRA SANTOS

NASCIMENTO: 06/07/1980

SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NACIONALIDADE: NOROCCIDENTAL DA GUAYANA - SE

DOCUMENTO: C 1.3.585.794-4 22/03/2010 SSP/SE

LEI Nº 9.049, DE 19 DE MAIO DE 1995

CPF: 003.051.095-16

TÍT. ELEITOR

LOCALIDADE DE EMISSÃO: SRTE/SE - 14/11/2012

ZONA:

SECÃO:

Samuel Queiroz Santos

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO: _____
DATA E LOCAL DE EMISSÃO DO DOCUMENTO: _____
NOME: _____
DOCUMENTO: _____

NOME: _____
DOCUMENTO: _____

NOME: _____
DOCUMENTO: _____

NOME: _____
DOCUMENTO: _____

LEGENDA
A - EMISSÃO; B - SUPLENÇÃO; C - SUPLENÇÃO DE IDENTIDADE; D - SUPLENÇÃO DE IDENTIDADE; E - SUPLENÇÃO DE IDENTIDADE; F - SUPLENÇÃO DE IDENTIDADE; G - SUPLENÇÃO DE IDENTIDADE

MODELO DE ATESTADO MÉDICO PARA FINS DE PERÍCIA

(Elaborado de acordo com a Resolução CFM nº 1.658/2002, com alterações feitas pela Resolução CFM 1.851/2008)¹

Atesto, para fins de comprovação junto à Perícia Oficial da Previdência Social ou Poder Judiciário, que examinei o paciente abaixo indicado, cuja identidade foi por mim conferida, nos termos do art. 4º da Resolução CFM nº 1.658/2002, e constatei que o examinado é portador da(s) patologia(s) adiante, com as consequências descritas a seguir:

Nome do paciente: SAMUEL QUEIROZ SANTOS

Número do documento de identidade (documento com foto)

- Diagnóstico: patologias verificadas e respectiva classificação CID 10

1) FRATURA DE FÍBULA : S824

2) FRATURA DE FÁRVA DO MEMBRO INFERIOR : T832

3)

4)

- O paciente se submeteu ou apresentou resultados de exames complementares?

() Não

(x) Sim. Quais (descrição breve e resultado)?

RIMOLACTIA DO OMBRO ESQUERDO, FRATURA OBLÍQUA COMPLEXA COMPLEXA

O TORSO INFRA-ESTERNO EM POSIÇÃO TÍPICA, ACUMULADO POR ESTABILIDADE DE BARRIL; ZMOMEM INVOLUNTÁRIA EM POSIÇÃO TÍPICA, ACUMULADO POR ESTABILIDADE DE BARRIL;

- Quais as consequências da(s) patologia(s) para a saúde do paciente? Quais as funções ou sentidos de que está o paciente privado ou limitado em virtude das patologias verificadas?

LIMITA AO TRANSVERSO E AO DELOCAMENTO; LIMITA AO GÊNEO FÍSICO;

LIMITAÇÃO À FLEXÃO / EXTENSÃO; LIMITA AO TRANSDUNA

- As patologia(s) constatada(s) o incapacita(m) para o trabalho?

() Não.

(x) Sim. Por quê?

LIMITA AO CARGO FÍSICO; AO TRANSDUNA; E AO SE

LOCOMOVERA

- Em caso de resposta positiva à pergunta anterior, a incapacidade é irreversível?

() Sim.

(x) Não. Qual o tempo de repouso estimado para a recuperação do paciente, considerando que o mesmo siga o tratamento indicado para a patologia?

TEMPO INDETERMINADO

Informo, por fim, que o fornecimento do presente atestado, com o respectivo diagnóstico, foi solicitado e autorizado pelo próprio paciente ou seu representante legal, conforme assinatura (ou identificação digital) no final, em obediência ao art. 5º da Resolução CFM nº 1.658/2002.

CAMINHO DE SÃO RUYCO - SE 14/11/2019

Dr. César Augusto Melo Carvalho Médico CRM/SE 2434

NOME DO MÉDICO Nº DO CRM

Eu, (nome do paciente ou representante legal) Autorizo o fornecimento de atestado médico ao Poder Judiciário, com a identificação das patologias constatadas e informações a ela relacionadas.

Samuel Queiroz Santos (Assinatura do Paciente)

1 Art 1º O atestado médico é parte integrante do Ato médico, sendo seu fornecimento direito inalienável do paciente, não podendo importar em qualquer majoração de honorários. Art. 2º Ao fornecer o atestado, deverá o médico registrar em ficha própria e/ou prontuário médico os dados dos exames e tratamentos realizados, de maneira que possa atender às pesquisas de informações dos médicos peritos das empresas ou dos órgãos públicos da Previdência Social e da Justiça. Art. 3º (...) III - registrar os dados de maneira legível.