



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

1ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA DA COMARCA DE N. SRA. DA GLÓRIA
Rua Floriano Peixoto, Bairro Centro, N. Sra. Da Glória/SE, CEP 49680000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202077000264	Distribuição: 17/02/2020
Número Único: 0000427-79.2020.8.25.0048	Competência: 1ª Vara Cível e Criminal de Nossa Senhora da Glória
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: VALCLEIDE JOAQUIM DE SANTANA
Endereço: SITIO OLHOS D'ÁGUA - TEL: 9-9808-1687
Complemento:
Bairro: ZONA RURAL
Cidade: NOSSA SENHORA DA GLORIA - Estado: SE - CEP: 49680000
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: RJ - CEP: 20010000
Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

1ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA DA COMARCA DE N. SRA. DA GLÓRIA
Rua Floriano Peixoto, Bairro Centro, N. Sra. Da Glória/SE, CEP 49680000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apensados:

--

Processos Dependentes:

--

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: 03/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALCLEIDE JOAQUIM DE SANTANA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03303

CONTA: 000000041535-6

Nr. da Autenticação 5BEC55072E17BDA3

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190689902

Cidade: Poço Redondo

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: VALCLEIDE JOAQUIM DE SANTANA

Data do acidente: 01/09/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO CORPO DA MANDÍBULA A ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO FACE ASSIMÉTRICA COM AUMENTO DO VOLUME DO CORPO DA MANDÍBULA À ESQUERDA (CALO ÓSSEO), DOR E PARESTESIA NA MANDÍBULA E ARCADA DENTÁRIA INFERIOR A ESQUERDA, AUSÊNCIA DE INCISIVO CENTRAIS INFERIORES, DESVIO IMPORTANTE DA MANDÍBULA PARA A ESQUERDA, PERDA DA OCLUSÃO DENTÁRIA, ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR COM DOR, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO BILATERAL, RESTRIÇÃO IMPORTANTE DOS MOVIMENTOS DE ABERTURA DA BOCA. PERICIA DO SE ALIMENTANDO POR DIETA PASTOSA E LIQUIDA

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 20/12/2019

Conduta mantida:

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

Receituário

Reletores Lúcio

O Sr. Valdeci Joaquim de Brito foi submetido à redução cirúrgica da fratura da bacia Mandibula esquerda com fixação, no dia 18/09/2019, neste hospital. Sendo alta hospitalar no dia 21/09/2019.

Itaboraí 05/12/2019

Dr. Paulo Almeida Junior
Cirurgião Bucal e Implantodontista
CRO-SE 1260

BE: 391644

DATA: 01/09/2019 HORA: 16:30 USUARIO: MKOSANTOS
SETOR: 04-SALA DE PROCEDIMENTOS

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

: VALCLEIDE JOAQUIM DE SANTANA DOC...: 1026266
.....: 50 ANOS NASC: 11/08/1969 SEXO...: MASCULINO
ECO.....: POVOADO OLHOS D'AGUA NUMERO: 0
EMENTO....: 701305693476030 BAIRRO: ZONA RURAL
PIPIO.....: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE CEP...: 49680-000
PAI/MAE...: RAFAEL JOAQUIM DE SANTANA /NEILDES MOREIRA DE SANTANA
SAVEL....: O PROPRIO TEL...: 79 9808-1
DENCIA...: NOSSA SENHORA DA GLORIA-SE 87
IMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

la de moto, sem capote

BD: NDN (D) trauma de gar

COES DA ENFERMAGEM:

OSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Torçao 14
14
2 p/
Fratura de

Jociene R. Graca
101109173
19/08/19

DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: 21 : 42
[] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

MACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

FERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOI

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

D. B. Silva

Dr. José Cicero da Silva
Médico
CRM/SE 5498

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

PROFISSÃO: _____

HORÁRIO: _____

DE ENFERMAGEM

ORIENTADO ☐ LETARGICO ☐ OBNUBILADO ☐ TORPOROSO ☐ COMATOSO ☐ OUTROS ☐

REGRESSA ☐ DIABETES ☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL ☐ CARDIOPATIA ☐ AVC ☐ OUTROS: _____
QUAIS: _____

INTOLERÂNCIA SIM ☐ NÃO ☐ MEDICAMENTO EM USO SIM ☐ NÃO ☐
QUAIS: _____

Pressão Arterial / mmHG Frequência Cardíaca bpm Temperatura °C Frequência Respiratória irpm Saturação de Oxigênio % Peso kg
VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ☐

Ass. Enfermeiro(a) / Carimbo

MÉDICO

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

DICA

PERSONAL DE GLORIA
do Exm. de Relo. X / TIPO
2455 07
QUANT. _____

REGISTRO DE ENFERMAGEM

119 20:00 ms
oto cunhado gofno esquerdo, com período típico
fisiológico, AGE

José R. Graca
Enfermeiro
COREN 445189

CAIDA: _____ Assinatura e Carimbo

ALERGIA A DILIRONA

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 710746
CNS:

DATA: 19/09/2019 HORA: 06:33 USUARIO: RSANTOS
SETOR: 05-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : VALCLEIDE JOAQUIM DE SANTANA DOC...: 1026266
IDADE.....: 50 ANOS NASC: 11/08/1969 SEXO...: MASCULI
ENDERECO.....: PV OLHOS DAGUA NUMERO: 00
COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE CEP...: 49500-
NOME PAI/MAE...: FAFANEL JOAQUIM DE SANTANA /NEILDE MOREIRA DE SANTANA
RESPONSAVEL...: A ESPOSA ROSILEDE TEL...: 079 998
PROCEDENCIA...: NSA SRA DA GLORIA - SE 687
ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
P.D. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

EXAMES COMPLEMENTARES: ☒ RAIO X ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ TC
Gileno Alves de Souza Junior 570 ☐ LIQUOR ☐ ECG ☐ ULTRASSONOGRAFIA
Téc. em Radiologia

SUSPEITA DE LESÃO OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO
CA 201005 IV 1º Regio

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Ante de dor de cabeça no + 13 dia, início de edema
metabólico.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

Fratura de Mandíbula

CID: *5026*

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

CR Intendo # 50

Dr. Paulo Almeida Junior
CRM 1260

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO HORA DA SAIDA: :
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO [] DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

Rosicleide Pereira Santos Santana
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



HOSPITAL REGIONAL DE ITABORAÍ
DRº PEDRO GARCIA MORENO FILHO
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE
PROCESSO DE ENFERMAGEM
UNIDADE PRODUTIVA: L. Lixigina



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Valdeir de Santana IDADE: 80a LEITO: E3 DATA: 19/09/19
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fratura de mandíbula DIAS DE INTERNAÇÃO: 1d

II - HISTÓRIA CLÍNICA

ANTECEDENTES PESSOAIS:

() HAS () Etilismo
() DM () Tabagismo
() Cardiopatias: () Outros:

ALERGIAS:

() NÃO
(X) SIM: dipixema

SINAIS VITAIS:

PA: 98/ SpO2: 98%
FC: 72bpm HGT:
FR: Tax:

MEDICAÇÕES EM USO:

III - EXAME FÍSICO

1.1. SISTEMA NEUROLÓGICO

☒ Consciente ☒ Orientado () Desorientado () Sedado () Torporoso () Comatoso () Agitado () Reage a Estímulos () Não Reage	PUPILAS ☒ Isocóricas () Anisocóricas: à _____ () Mióticas () Midríáticas ☒ Fotorreagentes () Não Reagentes	MOBILIDADE FÍSICA MMSS ☒ Preservada () Paresia à _____ () Parestesia à _____ () Plegia à _____ MMII ☒ Preservada () Paresia à _____ () Parestesia à _____ () Plegia à _____	ESCALA DE COMA DE GLASGOW: <u>15</u> AO: <u>4</u> RV: <u>5</u> RM: <u>6</u> Espontânea 4 Orientada 5 Obedece comandos 6 A voz 3 Confusa 4 Localiza dor 5 A dor 2 Palavras inapropriadas 3 Movimento de retirada 4 Ausente 1 Palavras incompreensivas 2 Flexão anormal 3 Ausente 1 Extensão anormal 2 Ausente 1 Ausente 1
---	---	--	--

1.2. SISTEMA RESPIRATÓRIO

☒ Eupneico () Dispneico () Taquipneico () Bradipneico () Tir. Intercostal () Tir. Subcostal () Uso de m. acessória	AUSCULTA PULMONAR Murmúrios Vesiculares ☒ Presentes () Diminuídos à _____ Ruídos Adventícios () Roncos () Sibilos () Estertores	VENTILAÇÃO ☒ Ambiente () Cateter _____ () Venturi _____ () Hudson _____ () TOT () TQT Modo: _____ FIO2: _____ VOL: _____ FR: _____ IE: _____ Tins: _____ Pinsp: _____ PS: _____ PEEP: _____	DRENO DE TÓRAX () SIM (X) NÃO Data: _____ Secreção: _____ Volume: _____ ml	☒ Normocárdico () Taquicárdico () Bradicárdico () Normotenso () Hipertenso () Hipotenso	PULSO ☒ Cheio () Filiforme ☒ Rítmico () Arritmico TEC (X) ≤ 2seg () ≥ 2seg
--	--	---	--	---	--

1.4. SISTEMA GASTROINTESTINAL

☒ Flácido () Diarreia RHA: _____ () Tenso () Constipação (X) Presente (X) Plano () Êmese () Ausente () Globoso DRENO () Sim (X) Não Secreção: _____ Volume: _____ ml	1.5. SISTEMA GENITURINÁRIO () Anúria (X) Espontânea () Oligúria () Cistostomia () Polaciúria () SVD () Hematúria Data: _____ () Colúria () Disúria () Bexígoma	1.6. INTEGRIDADE CUTÂNEA MUCOSA PELE (X) Normocorada () Hipocorada () Cianótica (X) Anictérica () Ictérica LESÃO POR PRESSÃO Local: _____ Grau: _____ Local: _____ Grau: _____ Local: _____ Grau: _____ EDEMA () MSD () MSE () MID () MIE
--	---	---

1.7. NUTRIÇÃO

☒ Oral () SNG () NPT Vazão: _____ () SNE Vazão: _____ Secreção: _____ Volume: _____	1.8. ACESSO VENOSO (X) AVP Data: <u>19/09</u> Local: <u>USE</u> () AVP Data: _____ Local: _____ () AVP Data: _____ Local: _____ () AVC Data: _____ Local: _____ () AVC Data: _____ Local: _____	1.9. DROGAS VASOATIVAS () Noradrenalina _____ ml/h () Nitroprussiato _____ ml/h () Nitroglicerina _____ ml/h () Dopamina _____ ml/h () Dobutamina _____ ml/h () SEM USO	1.10. SEDAÇÃO () Fentanil _____ ml/h () Midazolam _____ ml/h () Propofol _____ ml/h Outros: _____ ml/h () SEM USO	1.11. DROGAS EM BIC () Amiodarona _____ ml/h () Bicarbonato _____ ml/h () Insulina _____ ml/h Outros: _____ ml/h () SEM USO
---	---	--	---	---

Anotações:

Assinatura e carimbo:

Dea de L. Santos

19/09/2019 14:19:28

IV- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

☐ Ansiedade	☐ Memória prejudicada	☐ Risco de função respiratória alterada
☐ Automutilação	☐ Mobilidade física prejudicada	☐ Risco de glicemia instável
☒ Comunicação verbal prejudicada	☐ Náusea	☐ Risco de integridade da pele prejudicada
☐ Conforto prejudicado	☐ Nutrição desequilibrada	☐ Risco de integridade tissular prejudicada
☐ Confusão	☐ Padrão de sono alterado	☐ Risco de intolerância à atividade
☐ Deambulação prejudicada	☐ Padrão respiratório ineficaz	☒ Risco de infecção
☐ Débito cardíaco diminuído	☐ Perfusão tissular ineficaz	☐ Risco de queda
☐ Déficit no autocuidado com alimentação/ banho/ higiene	☐ Retenção urinária	☒ Risco de sangramento
☐ Deglutição prejudicada	☐ Termorregulação ineficaz	☐ Risco de temperatura corporal desequilibrada
☐ Desobstrução ineficaz das vias aéreas	☐ Troca de gases prejudicada	☐ Risco de volume de líquidos deficientes
☒ Dor aguda	☐ Ventilação espontânea prejudicada	☐ OUTROS:
☐ Dor crônica	☐ Volume de líquidos deficiente	
☐ Diarréia	☐ Volume de líquidos excessivo	
☐ Eliminação urinária prejudicada	☐ Risco de aspiração	
☐ Fadiga	☐ Risco de automutilação	
☐ Intolerância à atividade	☐ Risco de choque	
☐ Incontinência urinária	☐ Risco de confusão mental	
☐ Incontinência intestinal	☐ Risco de constipação	
☒ Integridade da pele prejudicada	☐ Risco de débito cardíaco diminuído	
☐ Integridade tissular prejudicada	☐ Risco de distúrbio hidroeletrólítico	
☐ Medo	☐ Risco de função cardiovascular prejudicada	

V- PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

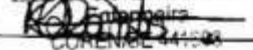
INTERVENÇÕES	APRAZAMENTO
- Observar sinais e sintomas de infecção;	Atenção
- Realizar troca de curativo diariamente;	Atenção
- Trocar AVP a cada 72 horas;	Atenção
- Observar presença de sinais fisiológicos em AVP;	Atenção

VI - EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

17:30h - Paciente no leito acordada, consciente, orientada, eufórica, AAA, calma, respondendo às solicitações verbais, deambula, em uso de AVP em MSE com oxigenação fluída bem e eufórica em mandíbula. Nega náusea, vômito, algia, tontura, refere estar se sentindo bem e sem queixas no momento, segue sob os cuidados da equipe.

Assinatura e carimbo:

Dona de L. Santos

 Enfermeira

CORENMG 441508



HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA
DRº PEDRO GARCIA MORENO FILHO
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE
PROCESSO DE ENFERMAGEM
UNIDADE PRODUTIVA: 2 Cirúrgica



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Voldeide Joaquim de Santana IDADE: 60a LEITO: 53 DATA: 20/09/19
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fratura de mandíbula DIAS DE INTERNAÇÃO: 2d

II - HISTÓRIA CLÍNICA

ANTECEDENTES PESSOAIS:

() HAS () Etilismo
() DM () Tabagismo
() Cardiopatias: () Outros:

ALERGIAS:
() NÃO
SIM: dipixena

SINAIS VITAIS:

PA: SpO2: 98%
FC: 88bpm HGT:
FR: Tax:

MEDICAÇÕES EM USO:

III - EXAME FÍSICO

1.1. SISTEMA NEUROLÓGICO

☒ Consciente ☒ Orientado () Desorientado () Sedado () Aproroso () Comatoso () Agitado () Reage a Estímulos () Não Reage	PUPILAS ☒ Isocóricas () Anisocóricas: à () Mióticas () Midríáticas ☒ Fotorreagentes () Não Reagentes	MOBILIDADE FÍSICA MMSS ☒ Preservada () Paresia à () Parestesia à () Plegia à MMII ☒ Preservada () Paresia à () Parestesia à () Plegia à	ESCALA DE COMA DE GLASGOW: <u>15</u> AO: <u>4</u> RV: <u>6</u> RM: <u>6</u> Espontânea 4 Orientada 5 Obedece comandos 6 A voz 3 Confusa 4 Localiza dor 5 A dor 2 Palavras inapropriadas 3 Movimento de retirada 4 Ausente 1 Palavras incompreensivas 2 Flexão anormal 3 Ausente 1 Extensão anormal 2 Ausente 1 Ausente 1
--	---	--	--

1.2. SISTEMA RESPIRATÓRIO

☒ Eupneico () Dispneico () Taquipneico () Bradipneico () Tir. Intercostal () Tir. Subcostal () Uso de m. acessória	AUSCULTA PULMONAR Murmúrios Vesiculares ☒ Presentes () Diminuídos à Ruídos Adventícios () Roncos () Sibilos () Estertores	VENTILAÇÃO ☒ Ambiente () Cateter () Venturi () Hudson () TOT () TQT Modo: FIO2: VOL: FR: IE: Tins: Pinsp: PS: PEEP:	DRENO DE TÓRAX () SIM ☒ NÃO Data: Secreção: Volume: ml	1.3. SISTEMA CARDIOVASCULAR ☒ Normocárdico () Taquicárdico () Bradicárdico () Normotenso () Hipertenso () Hipotenso PULSO ☒ Chelo () Filiforme ☒ Rítmico () Arritmico TEC ☒ ≤ 2seg () ≥ 2seg
--	---	---	--	---

1.4. SISTEMA GASTROINTESTINAL

☒ Flácido () Diarreia RHA: () 150 () Constipação ☒ Presente () Plano () Êmese () Ausente () Globoso DRENO () Sim ☒ Não Secreção: Data: Volume: ml	1.5. SISTEMA GENITURINÁRIO () Anúria ☒ Espontânea () Oligúria () Cistostomia () Polaciúria () SVD () Hematúria Data: () Colúria () Disúria () Bexígota	1.6. INTEGRIDADE CUTÂNEA MUCOSA PELE ☒ Normocorada () Hipocorada ☒ Acianótica () Cianótica ☒ Anictérica () Ictérica LESÃO POR PRESSÃO Local: Grau: Local: Grau: Local: Grau: Local: Grau: EDEMA () MSD () MSE () MID () MIE
--	---	---

1.7. NUTRIÇÃO

☒ Oral () SNG () NPT Vazão: () SNE Vazão: Secreção: Volume:	1.8. ACESSO VENOSO ☒ AVP Data: <u>20/09</u> Local: <u>USG</u> () AVP Data: Local: () AVP Data: Local: () AVC Data: Local: () AVC Data: Local:	1.9. DROGAS VASOATIVAS () Noradrenalina ml/h () Nitroprussiato ml/h () Nitroglicerina ml/h () Dopamina ml/h () Dobutamina ml/h () SEM USO	1.10. SEDAÇÃO () Fentanil ml/h () Midazolam ml/h () Propofol ml/h Outros: ml/h () SEM USO	1.11. DROGAS EM BIC () Amiodarona ml/h () Bicarbonato ml/h () Insulina ml/h Outros: ml/h () SEM USO
---	---	--	---	---

Anotações:

Assinatura e carimbo:

Deia de L. Santos
Enfermeira
44124

IV - DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

☐ Ansiedade	☐ Memória prejudicada	☐ Risco de função respiratória alterada
☐ Automutilação	☐ Mobilidade física prejudicada	☐ Risco de glicemia instável
☐ Comunicação verbal prejudicada	☐ Náusea	☐ Risco de integridade da pele prejudicada
☐ Conforto prejudicado	☐ Nutrição desequilibrada	☐ Risco de integridade tissular prejudicada
☐ Confusão	☐ Padrão de sono alterado	☐ Risco de intolerância à atividade
☐ Deambulação prejudicada	☐ Padrão respiratório ineficaz	☒ Risco de infecção
☐ Débito cardíaco diminuído	☐ Perfusão tissular ineficaz	☒ Risco de queda
☐ Déficit no autocuidado com alimentação/ banho/ higiene	☐ Retenção urinária	☒ Risco de sangramento
☐ Deglutição prejudicada	☐ Termorregulação ineficaz	☐ Risco de temperatura corporal desequilibrada
☐ Desobstrução ineficaz das vias aéreas	☐ Troca de gases prejudicada	☐ Risco de volume de líquidos deficientes
☐ Dor aguda	☐ Ventilação espontânea prejudicada	☐ OUTROS:
☐ Dor crônica	☐ Volume de líquidos excessivo	
☐ Diarréia	☐ Risco de aspiração	
☐ Eliminação urinária prejudicada	☐ Risco de automutilação	
☐ Fadiga	☐ Risco de choque	
☐ Intolerância à atividade	☐ Risco de confusão mental	
☐ Incontinência urinária	☐ Risco de constipação	
☐ Incontinência intestinal	☐ Risco de débito cardíaco diminuído	
☒ Integridade da pele prejudicada	☐ Risco de distúrbio hidroeletrólítico	
☐ Integridade tissular prejudicada	☐ Risco de função cardiovascular prejudicada	
☐ Medo		

V - PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

INTERVENÇÕES	APRAZAMENTO
- Observar sinais e sintomas de infecção;	Atenção
- Realizar troca de curativo em mandíbula diariamente;	Atenção
- Observar presença de sinais flogísticos em AVP;	Atenção
- Trocar AVP a cada 72 horas.	Atenção

VI - EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

07:00h - Paciente no leito, acordado, consciente, orientado, eufórico, AAA, calma, deambula, respondendo as solicitações verbais, em uso de AVP em MSE com cateterapia e curativo limpo e seco em mandíbula. Não náusea, vômito, algia, refere estar se sentindo bem, diurese 4, diurese 0, e estar com queixas na momento. Segue sob a liderança da equipe.

Assinatura e carimbo:

 Maria J. Santos
Enfermeira

COREN/SE 44114



Ficha de Ato Cirúrgico

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Nome do Paciente: <i>Adelino Loureiro de Santana</i>	Diagnóstico Pré-operatório: <i>Exostose unilateral de mand.</i>
Cirurgia realizada: <i>Redução e fixação com placa</i>	Cirurgião: <i>Dr. Paulo Almeida Jr.</i>
Auxiliares: <i>Dr. Jorge Freire</i>	Anestesiologista: <i>Dr. Bruno Góis</i>
Anestesia: <i>gera</i>	Diag. Pós-operatório: <i>O mesmo</i>

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em PDI sob anestesia geral
- 2) Anti-émbria, antibiótico e analgésico
- 3) Lavagem das cavidades com solução fisiológica
- 4) Bloqueio do tempo na orelha
- 5) Colocação da barra de crânio superior e inferior com BMM.
- 6) Intubação orotraqueal com lidocaína 2% com vaso
- 7) Ressecção profunda de tecido mole, desbridamento
- 8) Uma placa feita com 4 parafusos de 6mm e uma placa com extensão com 4 parafusos de 8mm
- 9) Lavagem abundante da ferida da incisão com solução 3-0
- 10) Hemostase do tempo na orelha
- 11) Hemostase da BMM
- 12) Curativo com estabilização das arcadas sup e inf.

Data: *19.09.19*

Assinatura do cirurgião

Dr. Paulo Almeida Júnior
CRM 1250

Av. 13 de junho, 776 - Centro - Telefone: 3432-9200 - Itabaiana-Sergipe



1.026,266 2.VIA 06/09/2010

WALDETE JOAQUIM DE SANTANA
NEILDES MOREIRA DE SANTANA

N.S. DA GLORIA-SE 11/08/1969

CT. CASAMENTO NR 752 LV B-04 FL 140
CART. DO DIST. DA COMECA DE N.S. DA GLORIA



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cartão de Identificação Pessoal

Número de Identificação

515.875.135-87

Nome

VALCLEIDE JOAQUIM DE SANTANA

Validade
11/08/1999



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0443463/19

Vítima: VALCLEIDE JOAQUIM DE SANTANA

CPF: 515.875.135-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/09/2019

Titular do CPF: VALCLEIDE JOAQUIM DE SANTANA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA : 020.003.675-00

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

VALCLEIDE JOAQUIM DE SANTANA : 515.875.135-87

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: 10/12/2019
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2019
Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO
CPF: 221.365.090-04

JOSE MARINO GOYA ARAUJO

Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190689902

Vítima: VALCLEIDE JOAQUIM DE SANTANA

Data do Acidente: 01/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALCLEIDE JOAQUIM DE SANTANA

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

Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190689902

Vítima: VALCLEIDE JOAQUIM DE SANTANA

Data do Acidente: 01/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VALCLEIDE JOAQUIM DE SANTANA

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: VALCLEIDE JOAQUIM DE SANTANA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000003303

Conta: 0000041535-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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



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: 515.875.135-87 4 - Nome completo da vítima: Valdeir de Joaquim D. Santana

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Valdeir de Joaquim D. Santana 6 - CPF: 515.875.135-87
7 - Profissão: Lavador 8 - Endereço: Set. Ochos, Laguna 9 - Número: 514 10 - Complemento: 2000
11 - Bairro: Zona rural 12 - Cidade: Nossa Senhora da Glória 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49.680-000
15 - E-mail: marcondugloria@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: 3303 CONTA: 415356

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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) nascer? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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 - Impedimento legal da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data: Nossa Senhora da Glória 06.12.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190689902
Nome do(a) Examinado(a): Valcleide Joaquim de Santana
Endereço do(a) Examinado(a): Sit Olhos Dagua, S/N Casa
Area Rural Nossa Senhora da Gloria SE CEP: 49680-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 1.026.266
Data local do acidente: [01/09/2019]
Data local do exame: [20/12/2019] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DO CORPO DA MANDÍBULA A ESQUERDA.

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

Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA COM 02 PLACAS E 08 PARAFUSOS
Complicações: BLOQUEIO BILATERAL, RESTRIÇÃO IMPORTANTE DOS MOVIMENTOS DE ABERTURA DA BOCA
Data da Alta: 01/09/2019

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

AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO FACE ASSIMÉTRICA COM AUMENTO DO VOLUME DO CORPO DA MANDÍBULA À ESQUERDA (CALO OSSEO), DOR E PARESTESIA NA MANDÍBULA E ARCADEA DENTÁRIA INFERIOR A ESQUERDA, AUSÊNCIA DE INCISIVO CENTRAIS INFERIORES, DESVIO IMPORTANTE DA MANDÍBULA PARA A ESQUERDA, PERDA DA OCLUSÃO DENTÁRIA, ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR COM DOR, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO BILATERAL, RESTRIÇÃO IMPORTANTE DOS MOVIMENTOS DE ABERTURA DA BOCA. PERICLIADO SE ALIMENTANDO POR DIETA PASTOSA E LIQUIDA

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DÉFICIT FUNCIONAL LEVE CRANIO FACIAL.

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

% do dano: ☐ () 10% residual ☒ (X) 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Manoel Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 125532/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/11/2019 12:30 Data/Hora Fim: 27/11/2019 13:08
Delegado de Polícia: Fabio Santos Santana

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Plantonista - Nossa Senhora da Glória

Data/Hora do Fato: 01/09/2019 14:30

Local do Fato

Município: Nossa Senhora da Glória (SE)

Bairro: Povoado

CEP: 49.680-000

Ponto de Referência: Povoado Baixa Limpa

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: VALCLEIDE JOAQUIM DE SANTANA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Nossa Senhora Sexo: Masculino Naso: 11/08/1969

Profissão: Agricultor

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Neildes Moreira de Santana

Nome do Pai: Rafael Joaquim de Santana

Endereço

Município: Nossa Senhora da Glória - SE

Bairro: Sítios OLhos d'água

CEP: 49.680-000

Telefone: (79) 99808-1687 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição PAS/MOTOCICLETA	CPF/CNPJ do Proprietário 724.339.065-04
Placa IAK4748	Renavam 170699668
Número do Chassi 9C2KC1610AR002219	Ano/Modelo Fabricação 2009/2010
Cor PRETA	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Feira Nova	Marca/Modelo HONDA/CG150 TITAN MIX KS
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Valcleide Joaquim de Santana	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

RELATA o noticiante que conduzia uma motocicleta pela rodovia estadual que liga os municípios de Carira a Nossa Senhora da Glória, quando nas imediações do Povoado Baixa Limpa perdeu o equilíbrio ao cair em um buraco que estava cheio d'água; Que após a queda foi socorrido por populares e conduzido ao Hospital Regional da cidade de Nossa Senhora da Glória com fraturas no maxilar, diante da gravidade transferido ao Hospital da cidade de Itabaiana aonde foi submetido a

Delegado de Polícia Civil: Fabio Santos Santana
Impresso por: Cleber Martins da Silva
Data de Impressão: 27/11/2019 13:09
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 125532/2019

Intervenção cirúrgica. A motocicleta envolvida no acidente tem como proprietária a pessoa de EDNALVA JOSE DOS SANTOS. É o relato.

ASSINATURAS


Jose Roberto de Melo Santos
Cleber Martins da Silva
Agente de Fubá
Matrícula 4712882

Responsável pelo Atendimento


Valdeir Joaquim de Santana
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que deli origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."