



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

POÇO REDONDO DA COMARCA DE POÇO REDONDO
AV. 31 DE MARÇO, Bairro Centro, Poço Redondo/SE, CEP 49810000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202086000761	Distribuição: 10/06/2020
Número Único: 0000754-88.2020.8.25.0059	Competência: Poço Redondo
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: GENILSON LOURENCO DA SILVA

Endereço:

Complemento:

Bairro:

Cidade: POCO REDONDO - Estado: SE - CEP: 49810000

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

Requerido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

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**

**POÇO REDONDO DA COMARCA DE POÇO REDONDO
AV. 31 DE MARÇO, Bairro Centro, Poço Redondo/SE, CEP 49810000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

Processos Apensados:

--

Processos Dependentes:

--



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

POÇO REDONDO DA COMARCA DE POÇO REDONDO
AV. 31 DE MARÇO, Bairro Centro, Poço Redondo/SE, CEP 49810000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202086000761

DATA:

05/08/2020

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200804173804551 às 17:38 em 04/08/2020.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GENILSON LOURENCO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02471-6

CONTA: 000010001378-3

Nr. da Autenticação 9D67CC49B5382B66

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200038030

Cidade: Poço Redondo

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GENILSON LOURENCO DA SILVA

Data do acidente: 11/12/2018

Seguradora: AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURAS MÚLTIPLAS DE MAXILAR INFERIOR (MANDÍBULA).

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO FACE ASSIMÉTRICA COM AUMENTO DO VOLUME DA REGIÃO ANTERIOR E DO CORPO DA MANDÍBULA À ESQUERDA (CALO ÓSSEO), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA PROJEÇÃO DO CORPO DA MANDÍBULA BILATERAL, PERDA DA OCLUSÃO DENTÁRIA COM ROTAÇÃO DOS DENTES INFERIORES, DOR E PARESTESIA NA FACE, ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR COM DOR, ESTALOS E BLOQUEIO SEVERO BILATERAL, DESVIO DA MANDÍBULA PARA À DIREITA AO ABRIR A BOCA, RESTRIÇÃO IMPORTANTE DA ABERTURA DA BOCA
PERICIA DO REFERE DIFICULDADE DE MASTIGAR.

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: 04/02/2020

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

**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: 3200038030
Nome do(a) Examinado(a): Genilson Lourenco da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Asseent Nove de Junho, S/N Casa
Area Rural Poco Redondo SE CEP: 49810-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / BA] 2555896-0
Data local do acidente: [11/12/2018]
Data local do exame: [04/02/2020] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURAS MÚLTIPLAS DE MAXILAR INFERIOR (MANDÍBULA).

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

Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA MÚLTIPLAS DE MAXILAR (MANDÍBULA) COM PLACAS E PARAFUSOS ASSOCIADOS A BLOQUEIO COM BARRAS DE ERICH POR 45 DIAS.

Complicações: ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR COM BLOQUEIO SEVERO BILATERAL, DESVIO DA MANDÍBULA PARA A DIREITA, RESTRIÇÃO DA ABERTURA DA BOCA

Data da Alta: 19/12/2019

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

AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO FACE ASSIMÉTRICA COM AUMENTO DO VOLUME DA REGIÃO ANTERIOR E DO CORPO DA MANDÍBULA À ESQUERDA (CALO ÓSSEO), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA PROJEÇÃO DO CORPO DA MANDÍBULA BILATERAL, PERDA DA OCLUSÃO DENTÁRIA COM ROTAÇÃO DOS DENTES INFERIORES, DOR E PARESTESIA NA FACE, ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR COM DOR, ESTALOS E BLOQUEIO SEVERO BILATERAL, DESVIO DA MANDÍBULA PARA A DIREITA AO ABRIR A BOCA, RESTRIÇÃO IMPORTANTE DA ABERTURA DA BOCA PERICIAADO REFERE DIFICULDADE DE MASTIGAR.

- 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 EM CRÂNIO 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

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 João Marcos de O. Rosa inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.003.675/00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gemilson Laurenceo Da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.342.215/03 do sinistro de DPVAT cobertura incalculável da Vítima Gemilson Laurenceo Da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.342.215/03, 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 Silos</u>		Número	<u>217</u>	Complemento	<u>Escritorio</u>
Bairro	<u>Brasília</u>	Cidade	<u>N. Sra da Glória</u>	Estado	<u>SE</u>	CEP
Email	<u>marcosdgloria@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>79.9918.9207</u>	Telefone celular (DDD)	<u>79.99.252568</u>

N. Sra da Glória, 20 de 09 de 19
Local e Data

João Marcos de Oliveira Rosa
Assinatura do Declarante



**PREFEITURA MUNICIPAL
DE POÇO REDONDO**
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ficha de Assistência à Saúde

Nº DE
INSC.

59.033

UNIDADE DE SAÚDE:

UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
DONA ZULMIRA SOARES

NOME:

Genilson Lourenço da Silva

DATA:

25 / 11 / 18

APELIDO:

DATA DE NASCIMENTO: 07 / 10 / 89 SEXO: M

FILIAÇÃO:

PAI: Luiz Lourenço da Silva

MÃE: Maria Elza dos Santos Silva

ENDEREÇO:

Av. Benedito Farias

REFERÊNCIA: p. 11/18

PROFISSÃO

RESPONSÁVEL:

QUADRO AUXILIAR ANAMNESE

ALERGIA ☐
CARDIOPATIA ☐
DIABETES ☐
EPILEPSIA ☐

HANSENIASE ☐
HEMORRAGIA ☐
HEMOFILIA ☐
HIPERTENSÃO ☐

PSICOPATIA ☐
TUBERCULOSE ☐
TIPO DE SANGUE ☐

DATA

ANAMNESE - EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS

ASSINATURA

25/11/18

PA - 140 x 90 mmHg

tejanara

Paciente com queixa de dor no
coração, pressão alta, diabetes,
no

1 - Hipertensão arterial

2 - Diabetes Mellitus PA

[Handwritten signature]
11/11/18

NOME DO PACIENTE: Geulhon Lourenço de AlmeidaDATA DA ENTRADA: 11/12/18DATA DA SAÍDA: 18/12/18

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 acidente de moto que
por volta de 14h15m fraturas de fêmur
e tibia da perna esquerda, com
hemorragia e alto risco de vida.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

+ da urina e de fezes MC.
hemograma completo

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Patrício Carvalho (RCP-1121)

CONDIÇÕES DE ALTA:

MELHORADO ()

TRANSFERIDO ()

ÓBITO ()

ARACAJU, 11 de

de

04

de

18

Dr. Sérgio Eduardo M. Martins
Médico
CRM 1378
R. 451-515-49

031. 366

MS/DATASUS HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1826768 DATA: 11/12/2018 HORA: 22:43 USUARIO: ACSSANTOS
CNS: SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : GENILSON LOURENCO DA SILVA DOC...: 25558960
IDADE.....: 29 ANOS NASC: 01/10/1989 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: ACENTAMENTO RONIVALDO FARIAS NUMERO:
COMPLEMENTO...: SUS INOPERANTE BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO.....: POCO REDONDO UF: SE CEP...: 49810-000
NOME PAI/MAE...: LUIZ LOURENCO DA SILVA /MARIA ELZA DOS SANTOS SILVA
RESPONSAVEL...: JOSE /IRMAO/SAMU TEL...: 79 9982981
PROCEDENCIA...: POCO REDONDO 18
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: Pte vítima de acidente de moto, DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /
trazido pelo SAMU no protocolo, Arrombado de face esquerda para avaliação da lesão maxilo-facial e traqueal, após
dos a palpação e cervical, a ventilação espontânea por AA, sem sinais de dificuldade, paciente consciente, A. Orelhadas, R. Orelhas
B. Orelhas, ECG: 24, apresenta espasmo na órbita ocular D, lesão do 2º costela e 3º costela superior, sem fratura e costela 4.
Tórax apresenta dor à palpação e à tração, sem sinais de lesão profunda, hemotórax pleural, com lesão pulmonar
pulve arterial, MMH em rigidez de flexão, sem edemas. ECG 80 bpm, SpO2 98%, AB-MVUA 37%, ACI BNF 2155, Excluído membro 2
ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

Solicitado TC de Crânio, Face e Coluna Cervical
Solicitado Ra Tórax AP
Solicitado Exames Neurológicos e Neurocirúrgicos

HORA DA SAIDA: 12/12/18
HORA DA SAIDA: 06:15

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

Assinatura e Carimbo do Médico

Dr. Sérgio Pedrosa JR
CRM-SE 3991
Cirurgia Geral e Trauma

CBMF
23:26:00
11/12/18

Paciente Transferido pelo SAMU. sob protocolo
Transferido de Pao Audubon. A equipe médica
que o paciente foi vítima de acidente
metacáritas no + Shom. Relato érese
Nega dor ou desconforto. Nega sintomas e
esta com imunização anti Tetano atualizada.
do. Apresenta FCC Transferido em local su-
perior. direito. olhos e aguçados por olhos
abertos. lúbulos, ZOTE.

Concluído. Análise e infusões de fêmur
SAT 5000 U_g IM 23:50h
Assinatura P/CBMF

TC de Face
Paciente internado e / múltiplas
Fraturas múltiplas.
Solicito exame
radiográfico

Dr. Thadeu Roriz
Cirurgião-Dentista
Esp. Pós-grad. em Periodontia
CRM-SP 1180

NCR 12/12/18 00:30

Paciente com história de acidente de moto
sem ceder a nega uso de bebida alcoólica
nas horas com vontade

glaucoma 15 Pupila 2+12+ Sem déficit
focais

TC de crânio Sem fratura nor e lesão
intradurais. fratura nor de face

TC coluna Sem fratura

A lta NCR

Luan Magalhães
NEUROCIRURGIA
CRM-SE 8289

DADOS DO PACIENTE

NOME: CRUZILSON LUNARDO DA SILVA
SEXO ☐ FEM. ☐ MASC. IDADE: 29a ESTADO CIVIL: X
ENDEREÇO: POÇO REDONDO - GO FONE: X
RESPONSÁVEL: O IRMÃO
DESTINO DO PACIENTE: HUSO (Dr. DANIEL - UNAS TRUJUA)

DESCRIMINAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

Plt. vítima de GOLPE MOTO-MOTO, apresentando
doença e fraturas do fêmur, em ortostoma subcutâneo
à esquerda e sinais de fratura do maxilar superior (B).
na admissão apresentava distúrbio de consciência (Glasgow-14),
22 x 7 cm, PC-77, SAT-93%, O2 em 5 L/min
por via aérea de 33cm de cateter de 22cm.

MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- ① Dipiridamol - contínuo + hepar - IV
- ② Paracetamol - contínuo + S.K. - IV
- ③ S.N.L. - 1000 mg - IV, 20q6h
- ④ C.B. Fatorina - 1mg - IV
- ⑤ Rx de crânio e max (em processo)

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Avaliação de GOLPE MOTO-MOTO e Transferência

MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ:

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO:

OBS: ENCAMINHAR FOTOCÓPIA DOS EXAMES REALIZADOS

UPA POÇO REDONDO - GO

Unidade Hospitalar

21/12/18

Local e Data

Ass. de M...

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 181375
Numero do CNS.....: 0000000000000000
Nome.....: GENILSON LOURENCO DA SILVA
Documento.....: 25558960 Tipo :
Data de Nascimento: 1/10/1989 Idade: 29 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: LUIZ LOURENCO DA SILVA
Nome da Mae.....: MARIA ELZA DOS SANTOS SILVA
Endereco.....: ACENTAMENTO RONIVALDO FARIAS SUS INOPERANTE
Bairro.....: ZONA RURAL Cep.: 49810-000
Telefone.....: 79 998298118
Município.....: 2805406 - - SE
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 1826768
Clinica.....: 945 - PS VERDE TRAUMA II
Leito.....: 999.0211
Data da Internacao: 12/12/2018
Hora da Internacao: 00:39
Medico Solicitante: 884.922.495-87 - THADEU RORIZ SILVA CRUZ
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: TSANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

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

Alto
18-12-18
Memorandu
92-2-19

BUCO MAXILO FACIAL

GENILSON LOURENÇO SILVA anos DATA 17/12/2018

DIAGNÓSTICO FRATURA 1/3 MÉDIO

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA PASTOSA	SND.
2	SFO,9% 500ML IV P/24H	500
3	SG 5%1500ML IV P/24H	500 500 500
4	KEFLIN 01G EV 6/6H	18 24 06 12
5	DEXAMETASONA 4MG IV 24/24h	18 06
7	ANTAK 50MG IV 12/12H	SOS.
8	Plasil: 01amp + 18ml AD, EV de 8/8 horas (SOS)	SOS.
9	TRAMAL 50MG +AD IV DE 8/8H SOS/	08 24 06 12
10	DIPIRONA 1G IV DE 06/06H +18 ML DE AD	
11	SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS	
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
329		

Dr. Hélio T. M. de F. Almeida
Cirurgião e Traumatologista
Bucodentofacial
CRO - SE 2364

Danielle Vivian da Silva
Enfermeira
COREN 21527 - SE

Sinais Vitais (Favor anotar abaixo)

Horário	PA(mmHg)	FC(bpm)	FR (ipm)	SpO ₂	Diurese	Temp(°C)	Glicemia
6:00h	X						
12:00h	X						
18:00h	X						
00:00h	X						

BUCO MAXILO FACIAL

NOME	GENILSON LOURENÇO SANTOS	anos	DATA	18.12.2018
------	--------------------------	------	------	------------

DIAGNÓSTICO	
-------------	--

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	ALTA HOSPITALAR SERÁ OPERADO NO HOSPITAL DE ITABAIANA LIBERAR COM TODOS EXAMES	
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
329		

Sinais Vitais (Favor anotar abaixo)

Horário	PA(mmHg)	FC(bpm)	FR (ipm)	SpO ₂	Diurese	Temp(°C)	Glicemia
6:00h	X						
12:00h	X						
18:00h	X						
00:00h	X						

Nome do Paciente:

Carlaon Lealino Silva

Página nº 1

Unidade de Produção:

Idade:

Sexo:

Leito:

Nº do Prontuário:

DATA

HORA

HISTÓRICO

12/12/13
Paciente com queixas de dor no abdômen, principalmente no lado esquerdo, há alguns dias. A dor é tipo cólica, piora com a ingestão de alimentos e melhora com a evacuação. Não há febre, náusea ou vômito. Há perda de peso e apetite. Há alteração de hábitos intestinais, com aumento de evacuações. Há presença de sangue nas fezes.

Dr. Hélio José M. de Albuquerque
Cirurgia e Neumologia
Bucodentofacial
CRO - SE 2304

13/12

Paciente com fraturas múltiplas da face, presença de higiene oral sem queixas algéicas maiores. Aguarda resultados ex lab. Mantendo internamento.

14/12/13

CBMF

Levante sem queixas com edema em face e pontos pré-operatórios no prontuário. Apresenta redução de edema para procedimentos cirúrgicos pela especialidade.

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

DATA	HORA	HISTÓRICO
15.12.18		CBMT-- Paciente com maloclusão dentária devido a fratura fei For II. Exames de permitem cirurgia. Solicito avaliação do caso cirúrgico pelo cardiologista.
		Dr. Pâmela Carvalho Cirurgia Bucomaxilofacial CRO-BA 7981 - CROSE 1128
15		* CARIÓTIPO *
12		
18		OP 29 HASO Obleio ⊖ Exatidão ⊖ ANO Sedentário ⊖ MF ⊖ JUD TBC ⊖
		Pri-operatório Cirurgia Buco maxilo facial.
		Boa capacidade funcional.
		Ampliação
		RUR 283140 10000 120000 R 70 PR 12
		* ECG: 21W * C ₁ = 97
		Paciente de baixo risco cardiovascular para procedimento proposto.
		Dr. Renato Mesquita Cardiologia CRM - SE 8490 CPF: 938.047.805-50
		Out 12/12/18
		Dr. Heli Igar M. de Almeida Cirurgia Bucomaxilofacial CRO - SE 8861

4116

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 608516
CNS:

DATA: 28/12/2018
SETOR: 05-SUTURA

HORA: 07:59
USUARIO: PISGMORENO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : GENILSON LOURENCO DA SILVA
IDADE.....: 29 ANOS NASC: 01/10/1989
ENDERECO.....: ACENTAMENTO MANO WALTER FARIAS
COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: Z R
MUNICIPIO.....: POCO REDONDO
NOME PAI/MAE...: LUIZ LOURENCO DA SILVA UF: SE CEP....: 49810-000
RESPONSAVEL....: A IRMA /MARIA ELZA DOS SANTOS SILVA
PROCEDENCIA....: POCO REDONDO - SE TEL....: 7996618272
ATENDIMENTO....: OUTROS
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO TRAUMA: NAO

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:

HOSPITAL REGIONAL ITABAIANA	
Exame:	EC de Fato
Data:	28-12-18
BE:	
Operador:	Marco Antonio dos Anjos
	Enfermeiro
	CRM 304751

DIAGNOSTICO:

Fr. de m. m. l.

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Planojamento unig.

DATA DA SAIDA: 28/12/18

ALTA: ☒ DECISAO MEDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASAO
☐ ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

HORA DA SAIDA: :
☐ DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: ☐ ATE 48HS ☐ APOS 48HS

☐ FAMILIA ☐ ANAT. PATOL

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

Masc. ☐Fem. ☐

RAÇA/COR

ETNIA

NOME DA MÃE

DDD

TELEFONE CELULAR
Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

COD. IBGE MUNICÍPIO

UF

CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

SERVIÇO

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

QTDE

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

CID10 PRINCIPAL

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

DATA DA SOLICITAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

COD. ORGAO EMISSOR

Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

DATA DA AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNES

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

Masc. ☐Fem. ☐

RAÇA/COR

ETNIA

NOME DA MÃE

DDD

TELEFONE CELULAR
Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

COD. IBGE MUNICÍPIO

UF

CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

SERVIÇO

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

QTDE

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

CID10 PRINCIPAL

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

DATA DA SOLICITAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. José Ricardo de S. Jr.
Cirurgião - Maxilo Facial
CRO-SP 1113 CRO-AL 2208

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

COD. ORGAO EMISSOR

Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

DATA DA AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNES

INTERNAMENTO HOSPITAL DE ITABAIANA

PACIENTE: *Genilson Laurenco da Silva*

DATA: *28/12/2018*

HORA: *7:00 W*

JEJUM A PARTIR DA MEIA NOITE DO DIA: *27/12/2018*

LEVAR TODOS EXAMES E IR ACOMPANHADO

DIAGNÓSTICO *frat 113 médio*

[Handwritten signature]
Dr. *[illegible]*
Rua *[illegible]*
Cidade *[illegible]*

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL
1749963409

Nome: JOSE NARCOS DE OLIVEIRA ROSA

CPF: 020.093.675-90 DATA DE NASCIMENTO: 29/11/1985

PERFIL: JOSE LUIZ ROSA
LUIZETE SANTOS DE OLIVEIRA ROSA

FORMACAO: AD

IDENTIFICACAO: 04659447376 VALIDADE: 07/01/2024 EXPIRACAO: 02/06/2009

SEM OBSERVACAO

por ordem de assinatura Rosa

ADMINISTRACAO DE REGISTRO

LOCAL: ARACAJU, SE DATA DE EMISSAO: 08/01/2019

59018644231
88021749547

Assinatura do Titular

Assinatura do Assessor

SERGIPE

PROIBIDO PLASTIFICAR
1749963409

**PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE
PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Genilson Lourenço da Silva
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Camada, portador da cédula
de identidade RG nº 2555896-0, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 057.342.215-03 residente na (endereço
completo) Assentamento Lorde de Junho S/A, na cidade de
Poco Redondo, (UF) SE, CEP 49810-000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) José Marcos de A. Rosa
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Consultor, portador da cédula
de identidade RG nº 21233829, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 000.003.675-00, residente na (endereço
completo) Rua dos Silos nº 217, na cidade de
Nossa Senhora da Glória, (UF) SE, CEP 49690-000, a quem confiro
amplios 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) Genilson Lourenço da Silva
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.



(local e data) Nossa Senhora da Glória, 06.09.2019

(assinatura) Genilson Lourenço da Silva

(RG) 2555896-0

Genilson Lourenço da Silva
Escrevente



INVESTPREV

23 SET 2019

OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200038030

Vítima: GENILSON LOURENCO DA SILVA

Data do Acidente: 11/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GENILSON LOURENCO DA SILVA

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

Carta nº 15415773

Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200038030

Vítima: GENILSON LOURENCO DA SILVA

Data do Acidente: 11/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GENILSON LOURENCO DA SILVA

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

Rio de Janeiro, 18 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200038030

Vítima: GENILSON LOURENCO DA SILVA

Data do Acidente: 11/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GENILSON LOURENCO DA SILVA

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: GENILSON LOURENCO DA SILVA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 001

Agência: 000002471-6

Conta: 000010001378-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, 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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **057.342.215-03** Nome completo da vítima: **Gemilson Lourenço Da Silva**

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

Nome completo: **Gemilson Lourenço Da Silva** CPF: **057.342.215-03**
Profissão: **lavrador** Endereço: **Ass. Nda. De Junho** Número: **SIN** Complemento: **rua**
Bairro: **Zona rural** Cidade: **Paco** Estado: **SE** CEP: **49.810-000**
E-mail: **marcesdesferia@gmail.com** Tel. (DDD): **79.9918-9207**

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

RENDA MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **2471** **6** CONTA: **1378** **J**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: **St. Sta. da Gloria 20.09.19**
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Gemilson Lourenço da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

INVESTPREV

23 SET 2019

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Contratado: (I) **Banco do Brasil S.A.**, com sede em Brasília, Distrito Federal, por sua agência 2471-6 - POCO REDONDO (SE), inscrita no CNPJ nº 000.000/7173-04, (II) **Associação de Poupança e Empréstimo - Pouplex**, CNPJ nº 00.655.522/0001-21, sociedade civil sem fins lucrativos, com sede em Brasília, Distrito Federal, na qualidade de gestora do produto da Poupança Pouplex, doravante denominada **Pouplex**, por intermédio do **Banco do Brasil S.A.**.

Proponente/Contratante 1: GENILSON LOURENCO DA SILVA, inscrito(a) no CPF sob o nº 057.342.215-03, capaz, sexo masculino, brasileiro(a), natural de POCO REDONDO SE, nascido(a) em 01/10/1989, filho(a) de LUIZ LOURENCO DA SILVA e MARIA ELZA DOS SANTOS SILVA, portador(a) do(a) carteira de identidade nº. 25558960, emitido(a) em 16/10/2007, pelo(a) SSP SE, do lar, endereço residencial: ASSENT NOVE DE JUNHO SN ENCHU I CASA, AREA RURAL, POCO REDONDO - SE, CEP 49.810-000, telefone(s) (79) 99800-5833, solteiro(a), sem união estável.

Dados da conta

Agência 2471-6, Conta-Corrente nº 1.378-1, Poupança Ouro nº 510.001.378-4, Poupança Pouplex nº 960.001.378-6, conta individual, aberta em 09.09.2019.

PACOTE DE SERVIÇOS: O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** declara(m) ter conhecimento de que pode(m) optar por:

- a) **ADERIR** ao pacote de serviços na modalidade oferecida pelo **Banco do Brasil S.A.** na forma da Carta Circular BACEN nº 3.594, de 22/04/2013, por meio do Termo de Adesão a Pacote de Serviços de Conta de Depósitos – Pessoa Física, anexo a esta proposta/contrato de abertura de conta-corrente.
- b) **ADERIR** ao Pacote de Serviços constante do Termo de Adesão a Pacote de Serviços anexo à proposta/contrato de abertura de conta-corrente.
- c) **NÃO ADERIR** a um pacote de serviços, ciente de que: (a) poderá utilizar serviços e tarifas individualizadas; (b) fará jus sem ônus aos SERVIÇOS ESSENCIAIS, estando sujeito à cobrança, de acordo com a tabela de tarifas divulgada pelo **Banco do Brasil**, pelos serviços avulsos utilizados que ultrapassarem as quantidades tidas como SERVIÇOS ESSENCIAIS ou que não sejam considerados SERVIÇOS ESSENCIAIS.

Declarações e autorizações

O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** identificado(s) propõe(m) e o **Contratado** aceita a abertura de Conta-Corrente e/ou conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Pouplex.

O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** declara(m)-se ciente(s) e de pleno acordo com as disposições contidas nas Cláusulas Gerais do Contrato de Conta-Corrente e Conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Pouplex, registrado no Cartório do 1º Ofício de Registro de Títulos e Documentos da cidade de Brasília (DF), sob o microfilme nº 950.232, em 13/12/2018, que integram este contrato, e também, com as Informações Essenciais – Conta-Corrente e Conta Poupança, formando um documento único e indivisível, foi previamente disponibilizada ao(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** por meio de Mensagem SMS ou e-mail ou via física e, a partir do ato da assinatura deste instrumento, estará disponível para consulta, a qualquer tempo, no sítio do **Banco do Brasil** na internet (www.bb.com.br), na opção autoatendimento, e/ou no aplicativo do **Banco do Brasil** no celular.

O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** declara(m)-se ciente(s) de que, a qualquer momento, poderá(ão) ou cancelar o pacote atual, ou aderir outro pacote de serviços, dentre aqueles disponibilizados pelo BB, mediante assinatura de novo Termo de Adesão a Pacote de Serviços.



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 093279/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 05/09/2019 10:42 Data/Hora Fim: 05/09/2019 11:00

Delegado de Polícia: Fabio Santos Santana

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Poço Redondo

Data/Hora do Fato: 11/12/2018 15:30

Local do Fato

Município: Poço Redondo (SE)

Logradouro: localidade maramduba

Bairro: Comunidade

CEP:49.820-000

Tipo do Local: Área Rural

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GENILSON LOURENÇO DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: SE - Poço Redondo

Sexo: Masculino

Nasc: 01/10/1989

Profissão: Agricultor

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria Elza dos Santos Silva

Nome do Pai: Luiz Lourenço da Silva

Endereço

Município: Poço Redondo - SE

Logradouro: localidade maramduba

Bairro: Comunidade Maranduba

CEP: 49.820-000

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição PAS/MOTOCICLETA	CPF/CNPJ do Proprietário 499.006.175-68
Placa IAG0616	Renavam 978262700
Número do Chassi 9C2KC08108R253490	Ano/Modelo Fabricação 2008/2008
Cor PRETA	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Poço Redondo	Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN KS
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Genilson Lourenço da Silva	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

RELATA o noticiante que na data acima citada, guiava pela estrada de chão batido que dá acesso ao Povoado Maranduba uma motocicleta pertencente a EVANDO DOS SANTOS, quando colidiu frontalmente com outra que vinha em sentido contrário de direção; QUE após o choque foi conduzido desacordado à UPA DONA ZULMIRA SOARES, em seguida transferido ao HUSE ARACAJU aonde permaneceu internado por vários dias se recuperando de uma fratura no maxilar. É o

Delegado de Polícia Civil: Fabio Santos Santana

Impresso por: Cleber Martins da Silva

Data de Impressão: 05/09/2019 11:01

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



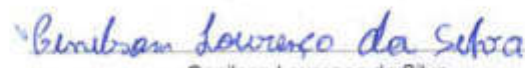
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 093279/2019

relato.

ASSINATURAS


Jose Roberto de Melo Santos
Cleber Martins da Silva
Matrícula 4712682
Responsável pelo Atendimento


Genilson Lourenço da Silva
(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 dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

INVESTPREV

23 SET 2019