



**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: 202086000750

Número Único: 0000743-59.2020.8.25.0059

Classe: Procedimento Comum

Situação: Andamento

Processo Origem: *****

Distribuição: 09/06/2020

Competência: Poço Redondo

Fase: POSTULACAO

Processo Principal: *****

Assuntos

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

Dados das Partes

Requerente: TATIANE DA SILVA SANTOS

Endereço: ASSENTAMENTO ALTO BONITO

Complemento: TABULEIRINHO

Bairro: ZONA RURAL

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 Apenasdos:

--

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:

202086000750

DATA:

07/08/2020

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200806153803281 às 15:38 em 06/08/2020.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

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: 06/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TATIANE DA SILVA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03893

CONTA: 000000017285-1

Nr. da Autenticação 7B5F8638A3F730B4

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200079226 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TATIANE DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 13/07/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/03/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA PATELA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PAG 16,17) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

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 JOELHO DIREITO.

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Receituário

Relatório Médico

Afora Tolerância de Salvo:

Sentir Sofre Fadiga constante
desde 7 de fev de 2019
Jornada de 8 horas
Crespo - endereço de casa
de férias, seu sequela

16/02/19

CID: S82.0

Avenida 13 de Junho, nº 776 - Centro - Itabaiana - SE - CEP 54000-000 - Fone: (87) 3402-2020
Ortopedia - Traumatologia - 087-34783 - 3402-5546

Selo TJSE: 201 9 29563 009066

Acesse: www.tjse.jus.br/X/3Yzj6P

CERTIDÃO

Certifico haver conferido a autenticidade
da cópia "IPSIS LITTERIS" com o original
Cartório do 1º Ofício de Notas Protestos e Títulos
da Comarca de Poço Redondo-SE.
02 de dezembro de 2019

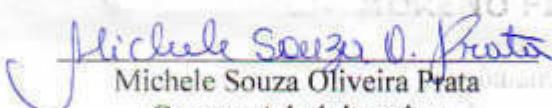
Bel. Marco Aurélio Medesto Maron
Notário Pular

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Itabaiana, 30 de Setembro de 2019.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que consta em nossos arquivos registro de atendimento médico prestado ao Sr. Tatiane da Silva Santos, Portador do RG 32417152, residente no Povoado Alto Bonito, Bairro – Zona Rural, Poço Redondo/Se, no dia 13/07/2019 às 14h58min no setor de sutura, vítima de Acidente motociclístico.


Michele Souza Oliveira Prata
Gerente Administrativo
Hospital Regional de Itabaiana



Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

* Médico
permaneia ok
Tigreta ok

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Tatiane de Souza Fonte

* Enfermeiro
caimbo

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

31010106116094006

8 - DATA DE NASCIMENTO

13/07/90

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

Maria das preceses Beira dos Sontos

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Sebastião Fernandes da Silva
Alto Bonito

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

poco Redondo - SE

9 - SEXO

Malec. [] Fem. [] 13

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

516490510-000

18 - UF

19 - CEP

516490510-000

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

*1. Utim heredita pto, com febre
2. Orelhas os foleis r, cl tenu oner*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessite de exame

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRÓVOS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exami clínico o abr

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura epitrabiblio D S820

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Treatment de ferida

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

014081050527

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Ortive

Urgente

31 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

38354128504

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dra. Josefa

traumatologia

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

13/07/19

Dra. Josefa

traumatologia

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

46 - CNPJ DA SEGURADORA

47 - CNPJ EMPRESA

48 - CNAE DA EMPRESA

49 - CBOR

50 - NÃO SEGURADO

51 - NÃO APENAS

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

81910154284-0

48 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

54 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

55 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

56 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

57 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

58 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

59 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

60 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

61 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

62 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

63 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

64 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

65 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

66 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

67 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

68 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

69 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

70 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

71 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

72 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

73 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

74 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

75 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

76 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

77 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

78 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

79 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

80 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

81 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

82 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

83 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

84 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

85 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

86 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

87 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

88 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

89 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

90 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

91 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

92 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

93 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

94 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

95 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

96 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

97 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

98 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

99 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

100 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

101 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

102 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

103 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

104 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

105 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

106 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

107 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

108 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

109 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

110 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

111 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

112 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

113 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

114 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

115 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

116 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

117 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

118 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

119 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

120 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

121 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

122 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

123 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

124 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

125 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

126 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

127 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

128 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

129 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

130 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

131 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

132 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

133 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

134 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

135 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

136 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

137 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

138 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

139 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

140 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

141 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

142 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

143 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

144 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

145 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

146 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

147 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

148 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

149 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

150 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

151 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

152 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

153 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

154 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

155 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

156 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

157 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

158 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

159 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

160 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

161 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

162 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

163 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

164 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

165 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

166 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

167 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

168 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

169 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

170 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

171 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

172 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

173 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

174 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

175 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

176 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

177 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

178 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

179 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

180 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

181 - ASSINATURA E CAR



HOSPITAL DR. PEDRO GARCIA MORENO FILHO

**Ficha de Ato
Cirúrgico**

Nome do Paciente:

Tobias da Silva Santos

Diagnóstico Pós-operatório:

Tumor ósseo Poteles

Cirurgia realizada:

Tumor ósseo cirurgico

Cirurgião:

Dr. Gleison Alm

Auxiliares:

Betânia

Anestesiologista:

Cordeiro Kleber

Anestesia:

Cooperi

Diag. Pós-operatório:

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

- ① Pl. DDH L5 S1verte
- ② Remoção tecido do fendo
- ③ Anatomia + Ant. est.
- ④ Colocar coupoz que
- ⑤ Remoção fragmentos do polo L5 p/peus
método de Poteles + Tumor Queridossa
- ⑥ Sutura por planos
- ⑦ Curta
- ⑧ De cont.

Data:

13/07/19

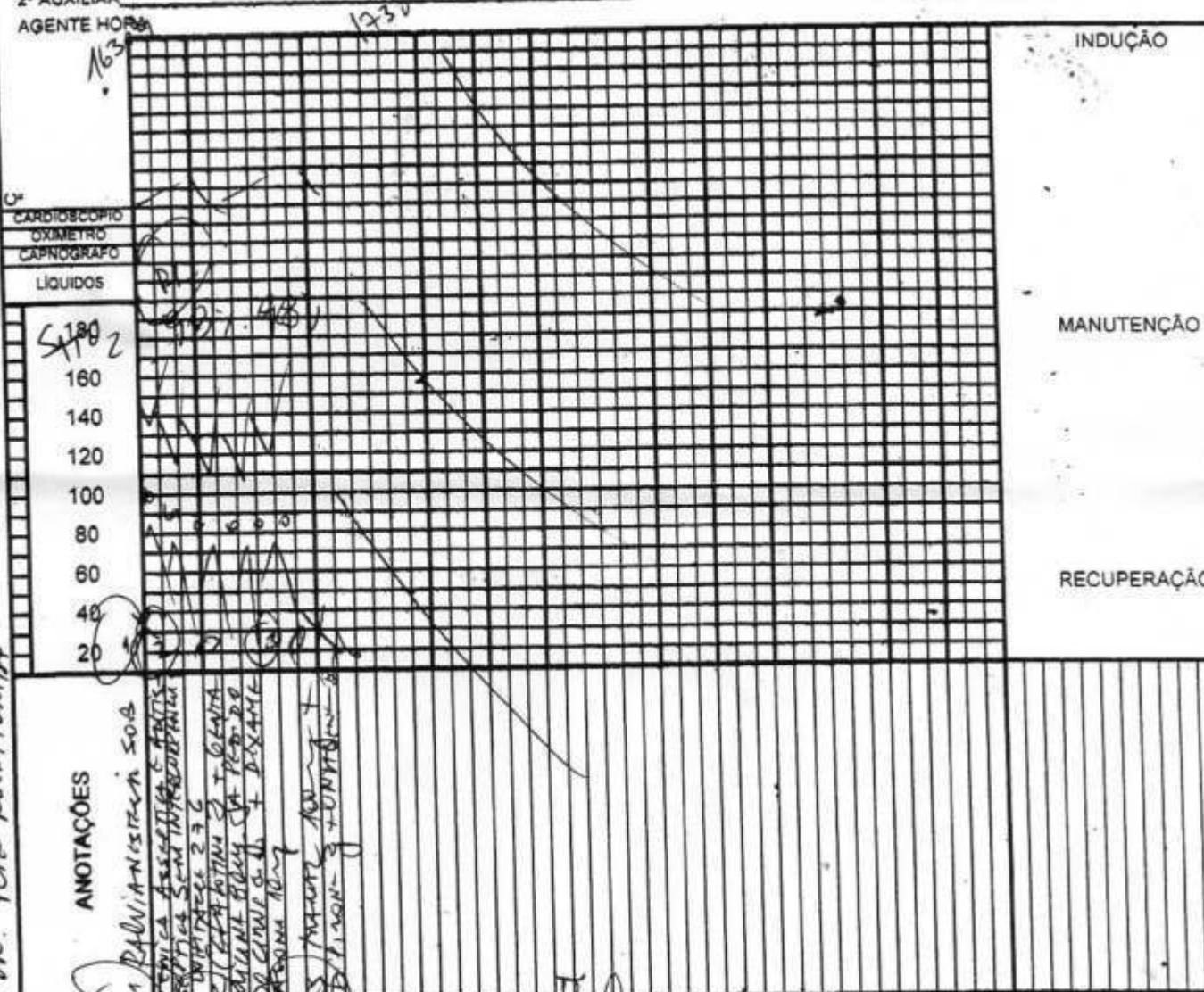
Assinatura do cirurgião:

JOSÉ VILMAR RAIMUNDO MACHADO

Ortopedia - Reumatologia

FICHA DE ANESTESIA

NOME: TATIANA DA SILVA SANTOS N° PRONTUÁRIO: _____
 CONVÉNIO: _____ DATA 13/09/19 SEXO F COR: _____ IDADE 29 PESO: _____
 NATURAL: _____ EST. CIVIL: _____ SANGUE: _____
 SETOR MÉDICO: _____ AMBULATÓRIO: _____ APTº: _____ E. FÍSICO(ASA): PIC
 DIAG PRE-OP: _____
 CIRURGIA PROPOSTA: FRATURA JOELHO
 DIAG POS-OP: FRATURA JOELHO
 CIRURGIA REALIZADA: TRC Cirurgico
 PRÉ-ANESTÉSICO: METABOLAM 5 mg HORA N+ 30, EFEITO Satisfaçao
 CIRURGIÃO: CLEANES 1º AUXILIAR: _____
 2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: _____
 AGENTE HORA: 1230 INDUÇÃO: _____



DROGAS / MATERIAL	CONC.	QUANT	ANESTESIA	TIPO MANISTEN	Vias e Verr	S/C Absorção
BUTI PRZAP		20mg	Sem-Reinalação	Abrido	Semi-fechado	Círculo
Fluoxant Esp.		80mg				
Indoamint 2% SIV		200ml	Orotraqueal - Nasotraqueal - Sonda		Respiração: Espont. - Auxil. - Contra - Med - N	
Cefazolin		20				
Gentamycin		80mg	Entub.		S/C Lesão	Aparelho
Reganaceto 5%		10g				
Flutam		100mg	Posição: 4	Local Puncão: 3-4	Simples	C/Cateter
Dilina		5				Liquor (ANA)
Dinagabin		100	Pos. Após: 100%	Pos. Op:	Duração da Op.	Duração da Anest:
			Cond. Final: 100%	Resultado: B.R. M.	Reflexos: ~	Acordado - Sono - Adormecido
			Líquidos:	Sangue:	Anestesiologista:	

FICHA DO ATO CIRÚRGICO

Anestesiologia de Santana
CRM 3378

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

No. Registro.: 26816

Numero do CNS: 0000000000000000

Nome.....: TATIANE DA SILVA SANTOS

Documento....: 32417152 Tipo:

Nascimento....: 13/07/1990

Estado Civil.:

Idade.....: 29 - ANOS Cor:

Sexo.....: MASCULINO

Responsavel..: SEBSTIAO FERNANDES DA SILVA

Nome da Mae...: MARIA DOS PRAZERES BISPO DOS S

Endereco.....: ALTO BONITO, CASA CEP: 49510.000

Telefone.....: 0000

Bairro.....: ZR

Municipio....: 2805406 - POCO REDONDO - SE

Nacionalidade: BRASILEIRO

Naturalidade.: SERGIPE

Cadastramento: 13/07/2019



monday 24/01/72 2/14
paid
TAXE DE 9100 5400
recd
SENTEIA FERREIRA DA SILVA
MOMA DOS PASTORES 0530 HS SANTOS
valuation
DRAFT OF 80 FRANCIS 06
recd
D. MATTI, IR 22,000 19-4 H.P. 36
on 061 051 FERI ALVAREZ 0600 JEROME 06
val 069 738,42-12

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

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Tatiane da Silva Santos (nacionalidade) Brasileira, (profissão) Vendedora, portador da cédula de identidade RG nº 3.041.715-2, emitido pela SSP / (UF) SE, inscrito sob o CPF nº 049.728.425-12, residente na (endereço completo) Assentamento Sítio Bonito n°140, na cidade de Poco Redondo, (UF) SE, CEP 49810-000, nomeio e constituo meu procurador, (nome do representante) des. Marcos de O. Rosa (nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Consultor, 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 Das Silvas b2817, na cidade de Igreja Senhora da Glória (UF) SE, CEP 49680-000, 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) Tatiane da Silva Santos junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) Poco Redondo - SE, 19/12/2019

(assinatura) Tatiane da Silva Santos

(RG) 3.041.715-2

Selo TJSE: 201 <u>9</u> 29563 <u>007495</u>
Acesse: www.tjse.jus.br/XJOPHFB
Reconheço como verdadeira(s) a(s) firma(s) de <u>Tatiane da Silva Santos</u> .
em testemunho da verdade.
1º Ofício da Comarca de Poco Redondo/SE <u>19/12/2019</u>
<u>Bel. Marco Aurélio Modesto Maron</u> Notário Titular

OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

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, 13 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200079226 **Vítima: TATIANE DA SILVA SANTOS**

Data do Acidente: 13/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), TATIANE DA SILVA 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 joelho 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: TATIANE DA SILVA SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003893

Conta: 0000017285-1

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, retorno 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





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 095382/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/09/2019 09:26 Data/Hora Fim: 11/09/2019 10:10
 Delegado de Polícia: Fabio Santos Santana

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Canindé de São Francisco

Data/Hora do Fato: 13/07/2019 10:40

Local do Fato

Município: Poço Redondo (SE)	Bairro: Assentamento
Logradouro: Rodovia estadual Rota do Sertão	
Complemento: proximo ao motel	CEP: 49.820-000

Tipo do Local: Via Pública

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

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: SEBASTIAO FERNANDES DA SILVA (VITIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Monte Alegre de : Sexo: Masculino Nasc: 29/12/1955

Profissão: Pedreiro

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Tercilia Pastora da Silva Nome do Pai: Fernando Pedro da Silva

Endereço

Municipio: Canindé de São Francisco - SE	
Logradouro: AGROVILA NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	
	CEP: 49.820-000
Telefone: (79) 9995-0239 (Recado)	

Nome Civil: TATIANE DA SILVA SANTOS (VITIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Monte Alegre de : Sexo: Feminino Nasc: 13/07/1990

Profissão: Agricultor

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria dos Prazeres Bispo dos Santos Nome do Pai: Sebastiao Fernandes da Silva

Endereço

Municipio: Canindé de São Francisco - SE	
Logradouro: assentamento jacare curituba	
Complemento: Quatro casas	
Telefone: (79) 9976-5134 (Celular)	CEP: 49.820-000

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Selo TJSE: 201 9 29563 009064

Acesse: www.tjse.jus.br/X/xEG/M/

CERTIDÃO

Certifico haver conferido a autenticida
 da cópia "IPSIS LITTERIS" com o origi
 Cartório do 1º Ofício de Notas Protestos e Títu
 da Comarca de Poço Redondo-SE.
 02 de Dezembro de 2019

Bel. Marco Aurélio Modesto Maron

Notário Titular

Delegado de Polícia Civil: Fabio Santos Santana
 Impresso por: Cleber Martins da Silva
 Data de Impressão: 11/09/2019 10:11
 Protocolo nº: Não disponível

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 095382/2019

Endereço

Município: Poço Redondo - SE

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Descrição PAS/MOTOCICLETA

CPF/CNPJ do Proprietário 074.481.356-70

Placa DER8272

Renavam 599733640

Número do Chassi 9C2JC41105R114885

Ano/Modelo Fabricação 2013/2014

Cor VERMELHA

UF Veículo Sergipe

Município Veículo Canindé de São Francisco

Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN KS

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Nome Envolvido

Envolvidos

Sebastião Fernandes da Silva

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

REI ATA o noticiante que na data acima citada, guiava pela Rodovia Rota do Sertão uma motocicleta pertencente ao seu filho, ADELVAN DOS SANTOS SILVA, e conduzindo na garupa a sua filha TATIANE DA SILVA SANTOS, quando próximo ao motel que fica nas proximidades da cidade de Canindé de São Francisco, foram abalroados por um veículo não identificado que se desviou de um buraco existente na pista; QUE os dois foram arremessados para fora da pista sofrendo ferimentos graves, sendo socorridos por duas unidades da SAMU, sendo que, uma delas o conduziu ao HUSE ARACAJU com fraturas na perna direita, já a sua filha foi encaminhada em outra viatura da SAMU ao Hospital Regional da cidade de Itabaiana com fraturas no joelho da perna direita. QUE o condutor do veículo causador do acidente abandonou o local sem ser identificado. E o relato.

ASSINATURAS

José Cleber Martins da Silva
Agente da Polícia
Matrícula 4712882
Responsável pelo Aendimento

Sebastião Fernandes da Silva
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins do direito que seu(s) único(s) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pelo presente declaratório conforme previsto nos Artigos 328-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicado Falso ou Crime ou Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Selo TJSE: 201 9 29563 009 064
Acesse: www.tjse.jus.br/X/SEGMY

CERTIDÃO

Certifico haver conferido a autenticidade
da cópia "IPSIS LITTERIS" com o original
Cartório do 1º Ofício de Notas Protestos e Títulos
da Comarca de Poço Redondo-SE.
02 de Dezembro de 2019

Bel. Marco Aurélio Modesto Maron
Notário Pular

Delegado de Polícia Civil: Fabio Santos Santana
Impresso por: Cleber Martins da Silva
Data de Impressão: 11/09/2019 10:11
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 049.728.425-12 4 - Nome completo da vítima: Tatiane Da Silva Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	<input type="text"/> Tatiane Da Silva Santos			6 - CPF:	<input type="text"/> 049.728.425-12				
7 - Profissão:	<input type="text"/> Javadeira	8 - Endereço:	<input type="text"/> Rua Alta Barroto			9 - Número:	<input type="text"/> 511	10 - Complemento:	<input type="text"/> esq 0
11 - Bairro:	<input type="text"/> Zona rural	12 - Cidade:	<input type="text"/> Paco Redondo			13 - Estado:	<input type="text"/> SE	14 - CEP:	<input type="text"/> 299.830-000
15 - E-mail:	<input type="text"/> marcoedufaria@gmail.com			16 - Tel.(DDD):	<input type="text"/> 99.9918-9207				

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:	<input type="text"/>						
18 - CPF do Representante Legal:	<input type="text"/>			19 - Profissão do Representante Legal:	<input type="text"/>		

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: <input type="text"/> 3893	CONTA: <input type="text"/> 17285	1	Nome do BANCO: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	------------------------------------	------------------------------	------------------------------	---

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não nascitro (a/nascer)?	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve irmãos?	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não pais/avós vivos?
--	--	---	--	--	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data: _____

Tatiane da Silva Santos
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha