

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: 15/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSILENO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03520

CONTA: 000000010888-7

Nr. da Autenticação 2360DFF55061CB51

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: 25/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSILENO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03520

CONTA: 000000010888-7

Nr. da Autenticação DF0491B33023395A

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190457190 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSILENO DOS SANTOS **Data do acidente:** 23/12/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ACETÁBULO COM LUXAÇÃO DO QUADRIL A ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO PELVE ASSIMÉTRICA COM QUEDA À ESQUERDA, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA SINUOSA NA REGIÃO LATERAL DA COXA E POSTERIOR DA PELVE (NÁDEGA) A ESQUERDA, MARCHA CLAUDICANTE (+++/+4) COM APOIO DE MULETA, ATROFIA MUSCULAR DA COXA POR RESTRIÇÃO DO USO, FORÇA MUSCULAR DA COXA DIMINUÍDA (++/+5), DOR E PARESTESIA NA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL QUE IRRADIA-SE PARA O MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, BLOQUEIO SEVERO NA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO LATERAL E MEDIAL DA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL.
ANGULO DE FLEXÃO DO QUADRIL 20° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 125°)
ANGULO DE EXTENSÃO DO QUADRIL ESQUERDO 00° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 10°)
ANGULO DE ROTAÇÃO INTERNA DO QUADRIL ESQUERDO 05° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 45°)
ANGULO DE ROTAÇÃO EXTERNA DO QUADRIL ESQUERDO 05° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 45°)
ANGULO DE FLEXÃO DO QUADRIL DIREITO 20° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 125°)
MEMBRO INFERIOR ESQUERDO +/- 2 CM MENOR QUE O MEMBRO INFERIOR DIREITO

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) QUADRIL ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/09/2019

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO LEVE DO QUADRIL ESQUERDO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO GRAVE DO QUADRIL ESQUERDO.

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 quadril	25 %	Em grau intenso - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190457190 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSILENO DOS SANTOS **Data do acidente:** 23/12/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO DO QUADRIL ESQUERDO.
TRAUMA CORTO CONTUSO E ESCORIAÇÕES EM PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO QUADRIL (REDUÇÃO INCRUENTA SOB ANESTESIA E RETIRADA DE FRAGMENTO ÓSSEO DA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL), DEMAIS CONSERVADOR. PÁG 1/16/19/20.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO QUADRIL ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

**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: 3190457190
Nome do(a) Examinado(a): Josileno dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Pov Sape, S/N Casa
Zona Rural Nossa Senhora das Dores SE CEP: 49600-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 309.2655-6
Data local do acidente: [23/12/2018]
Data local do exame: [18/09/2019] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE ACETÁBULO COM LUXAÇÃO DO QUADRIL A ESQUERDA

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

Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO INCRUENTA DA LUXAÇÃO SOB ANALGESIA E EM 2º TEMPO FOI REALIZADO A RETIRADA DE FRAGMENTO ÓSSEO INTERARTICULAR;

Complicações: BLOQUEIO SEVERO NA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO.

Data da Alta: 09/01/2019

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

AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO PELVE ASSIMÉTRICA COM QUEDA À ESQUERDA, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA SINUOSA NA REGIÃO LATERAL DA COXA E POSTERIOR DA PELVE (NÁDEGA) A ESQUERDA, MARCHA CLAUDICANTE (+++/+4) COM APOIO DE MULETA, ATROFIA MUSCULAR DA COXA POR RESTRIÇÃO DO USO, FORÇA MUSCULAR DA COXA DIMINUÍDA (++/+5), DOR E PARESTESIA NA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL QUE IRRADIA-SE PARA O MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, BLOQUEIO SEVERO NA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO LATERAL E MEDIAL DA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL.

ÂNGULO DE FLEXÃO DO QUADRIL 20° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 125°)

ÂNGULO DE EXTENSÃO DO QUADRIL ESQUERDO 00° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 10°)

ÂNGULO DE ROTAÇÃO INTERNA DO QUADRIL ESQUERDO 05° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 45°)

ÂNGULO DE ROTAÇÃO EXTERNA DO QUADRIL ESQUERDO 05° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 45°)

ÂNGULO DE FLEXÃO DO QUADRIL DIREITO 20° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 125°)

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO +/- 2 CM MENOR QUE O MEMBRO INFERIOR DIREITO

- 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 GRAVE EM QUADRIL ESQUERDO.

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):

QUADRIL - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☒ (X) 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
Manoel Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827

Ato

MS/DATASUS HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLORIA

No. DO BE: 392981 DATA: 23/12/2018 HORA: 18:46 USUARIO: MKOSANTOS
CNS: SETOR: 02-CONSULTORIO ADULTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSILENO DOS SANTOS DOC....:
IDADE.....: 37 ANOS NASC: 25/09/1981 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: POVOADO SAPE NUMERO: 0
COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA DAS DORES UF: SE CEP....: 49600-000
NOME PAI/MAE...: NAO DECLARADO /MARIA LUZINETE BARRETO
RESPONSAVEL....: O PROPRIO TEL....:
PROCEDENCIA....: NOSSA SENHORA DAS DORES-SE
ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS: C. 4 A. 5 DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

SS Paciente alcoolizado vítima de acidente (carro-tambo) apunhalado de frente
em pé no asfalto.

Fórmula de EPI ABCEP

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: Inf. Externa A/E / R. 1 CID: _____

PRESCRICAO | HORARIO DA MEDICACAO

① SSUV ② Agente de CAD E
③ Rx de Polmão R/Pr de Peixe APID
④ Rx de Peixe apunhalado APID
⑤ Agente de I/O x 1000g 500g

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :

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

INTERNAÇÃO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): _____

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE): _____

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

Geraldo N. Almeida Jr.
CRM-SE 5343

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL
Contato com HRT - Dr. Brum
Contato SAMU - Dr. Almon

ASSINATURA CARIMBO DO MEDICO

INVESTPREV

31 JUL 2019



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 29/07/2019 12:36

Data/Hora Fim: 29/07/2019 12:53

Delegado de Polícia: Fabio Santos Santana

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Regional de Nossa Senhora da Glória Aisp

Data/Hora do Fato: 23/12/2018 18:00

Local do Fato

Município: Nossa Senhora da Glória (SE)

Bairro: Povoado

Logradouro: rodovia estadual

Complemento: em frente a fabrica da avelan

CEP:49.680-000

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSILENO DOS SANTOS (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: SE - Nossa Senhora

Sexo: Masculino

Nasc: 25/09/1981

Profissão: Agricultor

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria Luzenite dos Santos

Endereço

Município: Nossa Senhora das Dores - SE

Logradouro: povoado sape

CEP: 49.600-000

Telefone: (79) 9612-2834 (Recado)

INVESTPREV

31 JUL 2019

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 044.183.665-80	Placa QKS9436
Renavam 1066225831	Número do Chassi 9C2HB0210ER467177
Ano/Modelo Fabricação 2014/2014	Cor VERMELHA
UF Veículo Sergipe	Município Veículo Nossa Senhora das Dores
Marca/Modelo HONDA/POP100	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Josileno dos Santos	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

NARRA o noticiante que pilotava uma motocicleta pertencente a ELENILZA SANTOS MOURA, pela rua acima citada quando colidiu frontalmente com um outro veículo não identificado; QUE devido a colisão sofreu fraturas do fêmur da perna esquerda, sendo socorrido por populares e conduzido por populares ao Hospital de Nossa Senhora da Glória e posteriormente transferido em uma unidade do SAMU para o HUSE/ARACAJU onde foi submetida a intervenção cirúrgica. É



Delegado de Polícia Civil: Fabio Santos Santana

Impresso por: Cleber Martins da Silva

Data de Impressão: 29/07/2019 12:54

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

o relato.

ASSINATURAS

Jose Roberto de Melo Santos

Ag. Pol. Jud. 1 Classe
Cleber Martins da Silva
Agente de Polícia
Matrícula 4712682
Responsável pelo Atendimento

Josileno dos Santos

Josileno dos Santos
(Vítima / Comunicante)

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

INVESTPREV

31 JUL 2019

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: 844.773.505-20 Nome completo da vítima: Jeruleno Dos Santos

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

Nome completo: Jeruleno Dos Santos CPF: 844.773.505-20
Profissão: carroceiro Endereço: Rua Sape Número: 51N Complemento: casca
Bairro: zona rural Cidade: Vol. Sra Da Doris Estado: SE CEP: 49.600-000
E-mail: marcondulferia@gmail.com Tel (DDD): 49.99189207

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

RENDAS 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: 3520 CONTA: 10888 7
(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: Vol. Sra Da Gloria 25.07.19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Jeruleno Dos Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

INVESTPREV

31 JUL 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.

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: 844.773.505-20 Nome completo da vítima: Jeruleno Dos Santos

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

Nome completo: Jeruleno Dos Santos CPF: 844.773.505-20
Profissão: carroceiro Endereço: Rua Sape Número: 51N Complemento: casca
Bairro: zona rural Cidade: Vol. Sra Da Doris Estado: SE CEP: 49.600-000
E-mail: marcondulferia@gmail.com Tel (DDD): 49.99189207

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

RENTA 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: 3520 CONTA: 10888 7

(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: Vol. Sra Da Gloria 25.07.19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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.

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190457190

Vítima: JOSILENO DOS SANTOS

Data do Acidente: 23/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSILENO DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização o 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 quadril 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: JOSILENO DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003520

Conta: 0000010888-7

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190457190

Vítima: JOSILENO DOS SANTOS

Data do Acidente: 23/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSILENO DOS 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 quadril 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: JOSILENO DOS SANTOS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003520

Conta: 0000010888-7

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190457190

Vítima: JOSILENO DOS SANTOS

Data do Acidente: 23/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSILENO DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 05 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190457190

Vítima: JOSILENO DOS SANTOS

Data do Acidente: 23/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSILENO DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



RELATÓRIO MÉDICO



NOME DO PACIENTE: JOSILENO DOS SANTOS

DATA DA ENTRADA: 29-1-12-2018

DATA DA SAÍDA: 09-01-2019

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 (x) UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, COM DOR EM QUADRIL ESQUERDO, ESCORIAÇÕES, FERIMENTO PORTO-COCTUSO EM DE ESQUERVO, LUXAÇÃO DO QUADRIL ESQUERDO ASSOCIADA A FRATURA. FOI REALIZADA A SUTURA DO FERIMENTO DO DE ESQUERVO E INTERNAMENTO PARA TRATAMENTO DAS DITAS LESÕES. FOI SUBMETIDO A REDUÇÃO INCRUENTA DA LUXAÇÃO DO QUADRIL SOB ANESTESIA VERMOSA E A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA RETIRADA DE FRAGMENTO ÓSSEO NA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL, PERMANECENDO NO HUSP COM BOA EVOLUÇÃO SENDO ALTA HOSPITALAR EM 09.01.19.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA RETIRADA DE FRAGMENTO ÓSSEO NA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL ESQUERDO SOB RAQUIANESTESIA.

EXAMES COMPLEMENTARES:

RADIOGRAFIAS DE QUADRIL ESQUERDO, BACIA, TÓRAX, HEMOGRAMAS, ELETROCARDIOGRAMA,

MÉDICOS ASSISTENTES:

DR. MARTHA BARRETO

DR. ARTEMIO RICHAR MELO

DRA. PATRICIA T. CABRAL LIMA (ANESTESISTA)

DR. WALBER SOUZA.

INVESTPREV

31 JUL 2019

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

ARACAJU, 18 de JULHO de 2019

Izac Souza de Mendonça
CPF: 301.051.052-01
Médico
CRM/SE 1518

Izac Souza de Mendonça
MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

Izac Souza de Mendonça
CPF: 301.051.052-01
Médico
CRM/SE 1518

Handwritten signature

OK topedit

01

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1832445
CNS:

DATA: 24/12/2018
SETOR: 06-SUTURA

HORA: 01:31

USUARIO: MNSANTOS

FAE LANÇADO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSILENO DOS SANTOS
IDADE.....: 37 ANOS NASC: 25/09/1981
ENDERECO.....: POV SAPE
COMPLEMENTO.....: BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA DAS DORES UF: SE CEP....: 49600-000
NOME PAI/MAE...: /MARIA LUZINITE DOS SANTOS
RESPONSAVEL....: ELENILZA - ESPOSA / SAMU TEL....: NAO INFORM
PROCEDENCIA....: NOSSA SENHORA DAS DORES ADO
ATENDIMENTO....: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Prontuário encaminhado de 20/12/2018 de clínica com queixa de dor no abdômen + TCC em pé esquerdo. Não houve alterações no exame físico. Valendo a observação de que a dor é localizada no abdômen, dor, pé esquerdo, local de lesão.
ANOTACOES DA ENFERMAGEM: *torax dor; Abdome. dor; Pé esquerdo, local de lesão.*

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

0 Sutura + curativo de 1º grau

0 PV. pela ortopedia

0 Pts pela cirurgia geral

0 Sst 5000 U2 In 04/30

0 Ketlin 2g IV 04/30

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

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

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

0190RES.A

Paciente vítima de acidente de trânsito, com lesões
importantes em quadril E. A radiografia e o
Exame-luminescente de QUADRIL E. a partir do qual portar.

CD: - 01.519 7000

- 90 CC 01 1100000


Welber Souza
Médico Ortopedista e Traumatologista
CRM/SE 5161

UNIDADE DE ORIGEM

HOSPITAL REGIONAL GOV. JOÃO ALVES FILHO - N. 8ª DA GLÓRIA/SE

UNIDADE PARA REFERÊNCIA

HCA.F - Dr. Bm. Ribeiro, Lins, Dr.

ENDEREÇO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA

Rancho (Santos)

ESTAMOS ENCAMINHANDO O PACIENTE

José dos Santos

SEXO

M

NASCIDO EM

25/03/81

MATRÍCULA

37A

CUJO PROBLEMA DE SAÚDE NECESSITA DE UM TIPO DE ATENDIMENTO QUE ESTA UNIDADE NÃO OFERECE.

MOTIVO DA CONSULTA / IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS OU PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Paciente alcoolizado vítima de acidente com X-moto, fez uso de
GPE - Alcool; Reforço e dor no punho esquerdo
SSVV: 130x80 FC: 76 SPO 98VLA

(M): Luxação de punho esquerdo + fratura de bacia
do acetábulo

ESTUDOS A QUE FOI SUBMETIDO O PACIENTE, SEUS RESULTADOS E CONDUTA ADOTADA (RESUMO DOS PRINCIPAIS ACHADOS DE CLÍNICO E DOS EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS ANTES DA SOLICITAÇÃO DO ENCAMINHAMENTO)

Radiografia / RX de R. de H. / R. de H. / R. de H. E.

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Fraturas do C. Cerv. + Alcool

DATA DO ENCAMINHAMENTO

22/12/18

Geraldo N. Almeida Jr.
CRM-SE 5343

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

HOSPITAL GOV. DOR JOAO ALVES FILHO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 181969
Numero do CNS.....: 0000000000000000
Nome.....: JOSILENO DOS SANTOS
Documento.....: 30926556 Tipo :
Data de Nascimento: 25/09/1981 Idade: 37 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....:
Nome da Mae.....: MARIA LUZINITE DOS SANTOS
Endereco.....: POV SAPE
Bairro.....: ZONA RURAL Cep.: 49600-000
Telefone.....:
Município.....: 2804607 - - SE
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 1832445
Clinica.....: 918 - CENTRO CIRURGICO SRPA
Leito.....: 999.0855
Data da Internacao: 24/12/2018
Hora da Internacao: 08:33
Medico Solicitante: 004.230.565-90 - MARTHA REBECA BARRETO SILVA
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Antif. Operador.: PRSFERREIRA

INFORMACOES DE SAIDA

Realizado:
Local de Saida:
Qualidade:
Tipo de Saida:
☒ Principal:
☐ Secundario:
Motivo Principal:
Motivo Secundario:
Observacoes:

alt hospital
09
12
219

REALIZADO EM 31/12/18
AS 10:55

TECHNICAL INFORMATION

REALIZADO EM 25/12/18
AS 10:10



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



Fundação
Hospitalar
de Saúde

Nome do Paciente: Joelmo dos Santos	Idade: 34	Sexo: Mas.
Unidade de Produção: AHA-A	Leito: A7-2	Nº do Prontuário: 181969

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
07/01/18	08h	Paciente no leito com dor de cabeça, dor no abdômen, febre, tosse, expectoração, queixa de fadiga. Administrado medicamento analgésico no momento sem efeito.
07/01/18	09h	Paciente no leito, administrado medicamento analgésico. TA: 132 x 88 FC: 57 T: 36,5
07/01/18	03h	Paciente no momento - febre
07/01/18	06h	Administrado medicamento de horário conforme prescrição; paciente sem intercorrências no momento.
07/01/18	07h00	Paciente encontra-se no leito, calmo, consciente, orientado, respondendo as perguntas verbais em uso de gelos isolizados, sem referir queixas no momento.
	08h00	Acresce o café da manhã
	09h00	Tomou banho no leito
	10h00	Acresce o lanche
07/01/18	12h00	Acresce o almoço, administrado medicamento R
	15h00	Lanche à vontade
	18h00	Plantão de enfermagem
		Administrado medicamento de horário
		19:00 às 09:00
07/01/18		Paciente consciente, orientado, verbaliza queixas de cansaço, náuseas e vômitos.
		Administrado medicamento conforme prescrição médica

Sandra Barbosa Brito
COEN 47.424