



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE NOSSA SENHORA DAS DORES DA COMARCA DE N. SRA. DAS DORES
Praça. Des. Aloísio de Abreu Lima, Bairro Centro, N. Sra. Das Dores/SE, CEP 49600000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202076300526	Distribuição: 01/07/2020
Número Único: 0001075-53.2020.8.25.0050	Competência: 2ª Vara Cível e Criminal de Nossa Senhora das Dores
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: JOSILENO DOS SANTOS
Endereço: POVOADO SAPE
Complemento: TEL: 79 9.9612-2834
Bairro: ZONA RURAL
Cidade: NOSSA SENHORA DAS DORES - Estado: SE - CEP: 49600000
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**

2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE NOSSA SENHORA DAS DORES DA COMARCA DE N. SRA. DAS DORES
Praça. Des. Aloísio de Abreu Lima, Bairro Centro, N. Sra. Das Dores/SE, CEP 49600000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apensados:

--

Processos Dependentes:

--



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE NOSSA SENHORA DAS DORES DA COMARCA DE N. SRA. DAS DORES
Praça. Des. Aloísio de Abreu Lima, Bairro Centro, N. Sra. Das Dores/SE, CEP 49600000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202076300526

DATA:

10/08/2020

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200810152302951 às 15:23 em 10/08/2020.

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: 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 um de EPI ALBETAP

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: Inf. Externa A/E / Risco CID:

PRESCRICAO HORARIO DA MEDICACAO

SSUV
Rx de Polio R/Pr de Risco A/E
Rx de Risco apunhalado apunhalado A/E
Rx de Risco 1/2 x 1/2 A/E

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

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

Geraldo N. Almeida Jr.
CRM-SE 5343

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-Denúncia 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: vil. 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: vil. 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: _____

INVESTPREV

31 JUL 2019

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.

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: vil. 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, vil. Sra Da Gloria 25.07.19

Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

INVESTPREV

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

31 JUL 2019

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



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



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 122.1318

Izac Souza de Mendonça
MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

Izac Souza de Mendonça
CPF: 301.051.052-01
Médico
CRM 122.1318

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: ___/___/___

Prontidão encaminhado ao Hospital de Clínica com sintomas de síndrome
de estresse + TCC em pré-hospitalar.
NÃO houve alterações no exame físico. Valores normais. Ex. físico.
ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM: Toux + dor; Abdome. dor; Pulso: normal, boque
normal. ativo.

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1 Sutura + curativo do pé direito

2 PV. pela ortopedia

3 Pts pela cirurgia geral

4 Sst 5000 U2 In 04:30

5 Ketin 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

ONIPRES.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: - D.E. 700

- 90 CC 01 NOV 00


Welber Souza
Médico Especialista em Traumatologia
CRM/SE 5161

UNIDADE DE ORIGEM

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

UNIDADE PARA REFERÊNCIA

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

ENDEREÇO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA

Manoel (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 bordo
do antebraço

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

Arterograma / RX de punho / Rb / Rb E:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Arterograma do C. Cerebral + Alcoolizado

DATA DO ENCAMINHAMENTO

29/12/18

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.....:
 Municipio.....: 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:
 Local Principal:
 Local 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: 37	Sexo: Mas.
Unidade de Produção: AHA-A	Leito: A7-2	Nº do Prontuário: 181969

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
18/01	08h	Paciente acordou cedo com dores no dorso, consciente, orientado, sem náuseas, vomito ou diarreia. M.B.C. sem alterações de membros. Administrado medicamento no momento sem efeitos.
18/01	09h	Paciente no leito administrado medicamento oral. TA: 132 x 88 FC: 57 T: 36,5
18/01	03h	Paciente no momento - sono
18/01	06h	Administrado medicação de horários conforme prescrição; paciente sem intercorrências no momento.
18/01	07h	Paciente encontra-se no leito, calmo, consciente, orientado, respondendo as perguntas verbais em uso de gelos isolizados, sem referir queixas no momento.
18/01	08h	Acresce o café da manhã
18/01	09h	Tomou banho no leito
18/01	10h	Acresce o lanche
18/01	12h	Acresce o almoço, administrado medicamento R
18/01	15h	Lanche à vontade
18/01	18h	Plantão de enfermagem
18/01	19h	Administrado medicação de horários
18/01	19h	19:00 às 09:00
18/01	01h	Paciente consciente, orientado, verbaliza dor no dorso de intensidade moderada.
18/01	02h	Administrado medicação conforme prescrição
18/01	03h	com medicação



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Fundação
Hospitalar
de Saúde

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: João da Silva
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: luxação do quadril
CIRURGIA REALIZADA: Redução imediata do quadril
CIRURGIÃO: Dra. Martha Barreto
AUXILIARES: D. Hertz (Re)
ANESTESIA: Sedação ANESTESISTA: Lequile
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

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

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

() VIAS AÉREAS SUP. () PULMONAR () URINÁRIA () SNC () TGI
() CUTÂNEO () AP. CARDIO-VASCULAR () PLEURA () OUTROS

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. Paciente em decúbito dorsal,
2. Sedação venosa,
3. Realização de rotacão externa do membro inferior
4. esquerdo.
5. Redução imediata, visto sob escopia,
6. Incisão cutânea p/ manter quadril redu-
7. zido.

DATA: 21/12/18

Dra. Martha Barreto
Ortopedia/Traumatologia
CREMESP
Assinatura do Cirurgião

NOME	Joelene dos Santos			PRONTUÁRIO	181969			
RECEBIDO NA S.O. POR	Equipe			DATA	24/12	18	SALA	09
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	ACORDADO	☒	SONOLENTO	☐	AGITADO	☐	COMATOSO	☐
CIRCULANTE	clear			PROCEDÊNCIA				
ENTRADA S.O.	08:25h	INÍCIO DA ANESTESIA	08:35h	INÍCIO DA CIRURGIA	08:40			
SAÍDA DA S.O.		FIM DA ANESTESIA		FIM DA CIRURGIA				
CIRURGIÃO	maria barreto			1º AUXILIAR	maria helena			
ANESTESISTA	judmila magalhães			2º AUXILIAR				
INSTRUMENTADOR				LATERALIDADE	() DIREITA () ESQUERDA () NA			
CIRURGIA PROPOSTA	Redução elementar de quadril							
CIRURGIA REALIZADA								

TÉCNICA ANESTÉSICA

GERAL VENOSA	GERAL INALATÓRIA	GERAL COMBINADA	GERAL BALANCEADA	RAQUIANESTESIA
PERIDURAL C/ CATETER	PERIDURAL S/ CATETER	SEDAÇÃO	BLOQUEIO DO PLEXO	LOCAL
TUBO ENDOTRAQUEAL () ORAL () NASAL	Nº:	TUBO ARAMADO	Nº:	MÁSCARA LARINGEA

ASSEPSIA

PVPI TÓPICO	PVPI ALCOÓLICO	PVPI DERGEMANTE	CLOREXID. ALCOÓLICA	CLOREXID. DEGERMANTE	CLOREXID. AQUOSA
-------------	----------------	-----------------	---------------------	----------------------	------------------

EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS UTILIZADOS

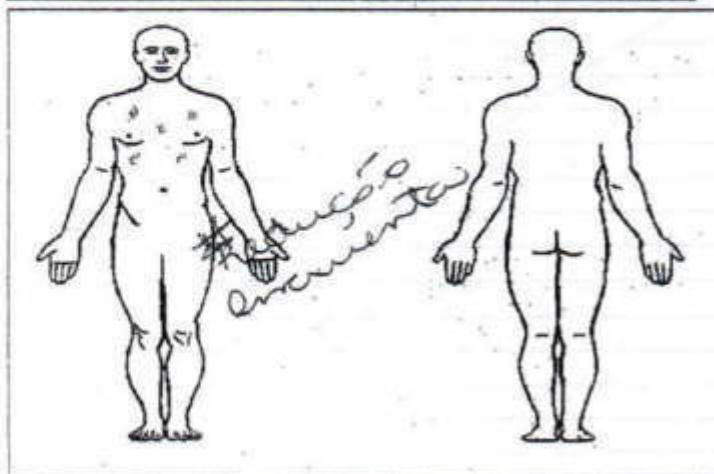
BOMBA DE INFUSÃO	DESFIBRILADOR	MONITOR CEREBRAL (BIS)	INTENSIFICADOR DE IMAGEM	MANTA TÉRMICA	MICROSCÓPIO
FIBROSCÓPIO	MONITOR CARDÍACO	PA (NÃO INVASIVA)	PA (INVASIVA)	OXÍMETRO	CAPNÓGRAFO
FOCO AUXILIAR	FONTE DE LUZ	VIDEOLAPAROSCÓPIO	BRONCOSCÓPIO	OUTROS	

COXINS DE CONFORTO UTILIZADOS

CABEÇA	MSD	MSE	MIE	MID
--------	-----	-----	-----	-----

BISTURI ELÉTRICO

BIPOLAR	MONOPOLAR
---------	-----------



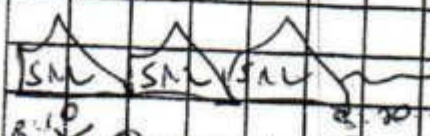
PLACA BISTURI	COMPRESSAS GRANDES
LOCAL	ENTREGUE
ELETRODOS	DEVOLVIDA
INCISÃO CIRÚRGICA	PEQUENAS
AVP	ENTREGUE
AVC	DEVOLVIDA
GASOMETRIA: SIM () NÃO (x)	

POSIÇÃO DO PACIENTE

DORSAL	VENTRAL	LAT. ESQ	LAT. DIR	CANIVETE	TRENDELEMBURG	LITOTOMIA
--------	---------	----------	----------	----------	---------------	-----------

SONDAS - DRENOS - CÂNULAS										
SNG	Nº:	SNE	Nº:	FOGARTY	Nº:	TRAQUEÓSTOMO	Nº:	GUEDEL	Nº:	
DRENOS		SUCÇÃO	Nº			TÓRAX	Nº		PENROSE	Nº
		ABDOMINAL	Nº			PIZZER	Nº		KHER	Nº
		BLAKE	Nº			OUTROS				
PASSAGEM DA SONDA FOLLEY		SEM RESTRIÇÃO		COM RESTRIÇÃO		VIAS		Nº:		
FOLLEY	Nº:	FOLLEY SILICONE	Nº	SONDA NELATON (URETRAL)				Nº:		
PASSADA POR					ANATOMO PATOLÓGICO		Nº PEÇAS			
SINAIS VITAIS										
FC (BPM)										
SpO2 (%)										
EPCO2 (mmHg)										
PA (mmHg)										
PAI (mmHg)										
FR (RPM)										
TEMP (°C)										
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM										
HORA	REGISTRO							ASSINATURA		
08:25	Paciente adm em NO para realização de. Em uso de MUP com SPT monitorizada. Cliente.							[assinatura]		
08:35	Iniciado monitoria de TC e O2							[assinatura]		
08:40	Iniciado reanimação e ventilação + imobilização com tração							[assinatura]		
09:20	Termino do procedimento							[assinatura]		
09:35	Encaminhado para SRA							[assinatura]		
ENCAMINADO PARA:										

HUSE		BOLETIM DE ANESTESIA					
PACIENTE: <u>Jaqueline dos Santos</u>				REGISTRO: _____			
UNIDADE: _____		MÉDICO: _____		LEITO: _____			
CIRURGIA PROGRAMADA: <u>Retorno de fratura intra-osteal em quadril esquerdo</u>				CIRURGIA REALIZADA: _____		DATA: <u>08/03/19</u>	
ANESTESIOLOGISTA: <u>Patricia Gomes</u>		TÉCNICA ANESTÉSICA: <u>Regenerase</u>		MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: _____			
CIRURGIÃO: <u>Dr. J. J. J. J.</u>		AUXILIAR: _____		ASA: <u>II</u>			
HORA DE INÍCIO: <u>8:10</u>	HORA DE TÉRMINO: <u>9:20</u>	ACESSO VENOSO: <u>Periférico</u>		POSICÃO: _____			

AGENTES INALATÓRIOS	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
FLUIDOS															
CEC OUTROS															

MONITORIZAÇÃO			CONDIÇÃO DE ALTA PARA CRPA		
PA NÃO INVASIVA	X	PVC			
PA INVASIVA		TEMPERATURA			
ELETROCARDIOGRAFIA	X	DIURESE			
OXIMETRIA	X	VENTILAÇÃO			
CAPNOGRAFIA		PAM			

AGENTES ANESTÉSICOS	DOSE	ANTIBIÓTICO PROFILAXIA
1) Morfina 10mg + Oxi		NOME: <u>Cefazolin 1g</u>
2) Demolid 2mg		1ª Dose as: <u>8:20</u> horas
3) Ringer (Regenerase em perna direita)		2ª Dose as: _____ horas
4) Ringer (Regenerase em perna esquerda)		3ª Dose as: _____ horas
5) Demolid 10mg		
6) Demolid 10mg		
7) Demolid 10mg		
8) Demolid 10mg		
9) Demolid 10mg		
10) Demolid 10mg		

Patricia T. Cabral Vir
Anestesiologista
CRM 54.474

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: *Joseleus dos Santos*
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *PO retinador fungos, gonorréia*
CIRURGIA REALIZADA: *Relaxar fungos gonorréia*
CIRURGIÃO: *Hiderson da Silva*
AUXILIARES: *Joseleus dos Santos*
ANESTESIA: *Rapier* ANESTESISTA: *Patricio Cabral*
DIAGNÓSTICO POS- OPERATÓRIO:

☒ CIRURGIA LIMPA ☐ CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA
☐ CIRURGIA CONTAMINADA ☐ CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? ☐ SIM ☐ NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

☐ VIAS AÉREAS SUP. ☐ PULMONAR ☐ URINÁRIA ☐ SNC ☐ TGI
☐ CUTÂNEO ☐ AP. CARDIO-VASCULAR ☐ PLEURA ☐ OUTROS

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Paciente em DDH
Aspirar e amassar MIE
Corpos estranhos
Tramocar com a mão do pulso
Relaxar de fungos gonorréia
Fechado por pontos
Cicatrizado

DATA: *08.01.19*

[Assinatura]
Arturino Costa Neto
Ortopedia Geral
Cirurgia do Joelho
CRM-CE: 2232

Registro de Enfermagem no Trans-Operatório

NOME <u>Josilene dos Santos</u>		PRONTUÁRIO <u>181969</u>	
RECEBIDO NA S.O. POR <u>Equipe</u>		DATA <u>08/01/18</u>	SALA <u>01</u>
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	ACORDADO ☒	SONOLENTO	AGITADO
CIRCULANTE	<u>neutro</u>	PROCEDÊNCIA	COMATOSO
ENTRADA S.O. <u>07:20 h</u>	INÍCIO DA ANESTESIA <u>07:30 h</u>	h	INÍCIO DA CIRURGIA <u>08:20 h</u>
SAÍDA DA S.O. <u>10:30 h</u>	FIM DA ANESTESIA <u>10:30 h</u>	h	FIM DA CIRURGIA <u>09:20 h</u>
CIRURGIÃO	<u>Dr. Hidelbrando</u>	1º AUXILIAR	
ANESTESISTA	<u>Dr. Fabricio</u>	2º AUXILIAR	
INSTRUMENTADOR	<u>Adriano + Gabriela</u>	LATERALIDADE	☒ DIREITA ☒ ESQUERDA () NA
CIRURGIA PROPOSTA			
CIRURGIA REALIZADA			

TÉCNICA ANESTÉSICA					
GERAL VENOSA	GERAL INALATÓRIA	GERAL COMBINADA	GERAL BALANCEADA	☒ RAQUIANESTESIA	
PERIDURAL C/ CATETER	PERIDURAL S/ CATETER	☒ SEDAÇÃO	BLOQUEIO DO PLEXO	LOCAL	
TUBO ENDOTRAQUEAL () ORAL () NASAL	Nº:	TUBO ARAMADO	Nº:	MÁSCARA LARINGEA	

ASSEPSIA					
☒ PVPI TÓPICO	☒ PVPI ALCOÓLICO	☒ PVPI DERGEMANTE	☒ CLOREXID. ALCOÓLICA	☒ CLOREXID. DEGERMANTE	☒ CLOREXID. AQUOSA

EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS UTILIZADOS					
BOMBA DE INFUSÃO	DESFIBRILADOR	MONITOR CEREBRAL (BIS)	INTENSIFICADOR DE IMAGEM	MANTA TÉRMICA	MICROSCÓPIO
FIBROSCÓPIO	☒ MONITOR CARDÍACO	☒ PA (NÃO INVASIVA)	☒ PA (INVASIVA)	☒ OXÍMETRO	☒ CAPNÓGRAFO
☒ FOCO AUXILIAR	FONTE DE LUZ	VIDEOLAPAROSCÓPIO	BRONCOSCÓPIO	OUTROS	

COXINS DE CONFORTO UTILIZADOS				
☒ CABEÇA	MSD	MSE	MIE	MID

BISTURI ELÉTRICO	
☒ BIPOLAR	☒ MONOPOLAR

AVP

AVP

PLACA BISTURI		COMPRESSAS	
		GRANDES	
LOCAL	<u>perno D</u>	ENTREGUE	DEVOLVIDA
•	ELETRODOS	<u>20</u>	<u>20</u>
+	INCISÃO CIRÚRGICA	PEQUENAS	
☒ AVP	☒ D ☒ E	ENTREGUE	DEVOLVIDA
☒ AVC	☒ D ☒ E		

GASOMETRIA: SIM () NÃO ☒

POSICIONAMENTO DO PACIENTE			
DORSAL	VENTRAL ☒	LAT. ESQ ☒	LAT. DIR
CANIVETE	TRENDELEMBURG	LITOTOMIA	

ELABORADO PELOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM DO 7º PERÍODO DA FACULDADE ESTÁCIO/FASE (2014/ 01 E 02) ORIENTADO PELAS PROFESSORAS LUCIANA LÔBO E SILVIA SANDES

Clinica: GERAL TURNO:
NOME: FELIPE DOS SANTOS
MATRICULA: 39298 DATA: 23-12-2018
CIDADE: N. S. DAS DORES

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM

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

UNIDADE PARA REFERÊNCIA

H.N.I - N. B. - A. B. - A. B.

ENDEREÇO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA

ESTAMOS ENCAMINHANDO O PACIENTE

João 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 encaminhado vítima de acidente com fraturas, fratura de
PT L5/S1; fratura de L5/S1; fratura de L5/S1; fratura de L5/S1
- 500. 130x80 x 2.76 SMT 38/1A

M. Lumbos de fratura esquerda + fratura de L5/S1
no vertebrais

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

Exames / N. S. das Dores / N. S. das Dores / N. S. das Dores

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Exames de L. Cervical + A. B. - A. B.

DATA DO ENCAMINHAMENTO

23/12/18

Cerilda N. Almeida Jr.
CRM 385743

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLORIA

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

USUARIO: MKOSANTOS

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

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

DADOS CLINICOS: C. q. A. p. DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

1855 Ponte abalado vtrun de acidente (constmolo) apurando de famile
na puma esquerdo.

Fgo um de EPI ALBNEP

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: M. Enolus A/E (Poum)

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

① SSUV

② Mupian bu. CAD 5

③ Rx de Polm R/L Rx de Peix APID

④ Rx de Puma esquerdo esquerdo APID

⑤ G. B. p. f. 1/6 x 1000 9.4.3.1.2

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

Geraldo N. Almeida Jr.
CRM-SE 5343

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA CARIMBO DO MEDICO

Contato com HRT - M. B. m
Contato SAMU - M. Almon

HOSPITAL REGIONAL GOV. JOÃO ALVES FILHO
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA/SE
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO



Nome da classificação: _____ Peso: _____ (Kg)
 Tipo de Lesão: ☐ Agudo ☐ Crônico: _____

Profissão: _____

Doença Pregressa: DM ☐ HAS ☐ Cardiopata ☐ Etílica ☐ Tabagista ☐

Uso de Medicamentos: ☐ Não ☐ Sim. Especificar: _____

Uso de Medicação: ☐ Não ☐ Sim. Qual (is)? _____

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

	RESPOSTA OBSERVADA					TOTAL
ABERTOS	Spontâneos	Ondem Verbal	Dor	Sem Resposta		
	4	3	2	1		
FECHADOS	Orientada	Confuso	Palavras Inapropriadas	Palavras Incompreensíveis	Sem Resposta	
	5	4	3	2	1	
REFLEXOS	Resposta ao comando	Localiza a dor	Reação Inespecífica	Flexão Anormal	Extensão a dor	Sem Resposta
	6	5	4	3	2	1

SINAIS VITAIS:

DATA	FC (bpm)	FR (rpm)	SPO2 (%)	Tem °C	PA: (mmHg)	Glicemia (mg/dl)	Assinatura do profissional

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Vermelho: ☐ Laranja: ☐ Amarelo: ☐ Verde: ☐ Azul: ☐

[Handwritten Signature]

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

Data Hora	Evolução de Enfermagem

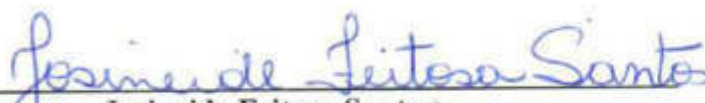
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e a quem possa interessar, em 23 de Dezembro de 2018, foi admitido nesse nosocômio com BE392981 às 18h:46min, paciente vítima de acidente de trânsito, consta no sistema da recepção o nome do Sr. **Josileno dos Santos DN: 25/09/1981 Filho de Maria Luzinete Barreto**, porém consta no sistema da recepção dessa unidade hospitalar o nome da mãe incorreto, de acordo com a carteira de identificação do mesmo, o correto escreve-se **Maria Luzenite dos Santos**. RG 3092655-6 SSP/SE

Sem mais para o momento.


Josineide Feitosa Santos
Assistente Técnico I
FMS/HRGJAF

Nossa Senhora da Glória, 11 de Fevereiro de 2019.


Josineide Feitosa Santos
Assistente técnico I

INVESTPREV

31 JUL 2019



INVESTPREV

31 JUL 2019



HOSPITAL E MATERNIDADE
Santa Isabel

Av. Simeão Sobral, s/nº - Santo Antônio - CEP 49060-640 - Aracaju/SE
Fone: (79) 3212-4900 Fax: (79) 3236-2053 CNPJ/MF nº 13.025.507/0001-41

Para:

Relatório Médico

*Pac. feminino dos Santos vítima de
acidente motorciclístico em 03/10/18.
Desenvolveu dor, supun fratura em
região de quadril, tratado cirurgi-
camente, apresenta sequelas parciais,
erectamento de membro inferior.
Encaminhado de alta definitiva
CID= 570*

04/10/18
Dr. Alberto Velasco Verbo
CRM-957 - CEP 102.857.105-25

INVESTPREV

09 SET 2019

Solicitação de Ré – Análise

Eu: Josileno Dos Santos portador do RG: 3092655-6 CPF: 844.773.505-20 residente no Povoado Sape S/N Bairro: Area Rural Cidade: Nossa Senhora Das Dores -SE Cep: 49.600-000 venho pelo presente instrumento, solicitar aos senhores que seja marcado uma Perícia médica para o meu processo , pois só foi liberado 843,75 para as lesões que mim encontro enviei relatório médico que comprovam as lesões que foram **FRATURA DE FRAGMENTO OSSEO NA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL ESQUERDO CID:S70** sinto muitas dores horríveis não trabalho mas , não consigo andar direito pois fiquei com uma perna menor que a outra , fico a merecer dos outros , por isso peço encarecidamente que marquem com urgência uma perícia para que o perito verifique e comprove o que aqui descrevo.

Certo de contar com vossa compreensão ,agradeço desde já.



JOSILENO DOS SANTOS

NOSSA SENHORA DA GLÓRIA-SE 26/08/2019

INVESTPREV

09 SET 2019

TESTEMUHAS:



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 D.O. Reza inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.003.675/00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Josefina Dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 844.773.505/20, do sinistro de DPVAT cobertura material da Vítima Josefina Dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 844.773.505/20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: INVESTPREV e apresento os documentos comprobatórios:

31 JUL 2019

☒ 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 Seluros</u>		Número	<u>217</u>	Complemento	<u>Centenario</u>
Bairro	<u>Brasilia</u>	Cidade	<u>Br. Sra Da Aurora</u>	Estado	<u>SC</u>	CEP
					<u>49.680-000</u>	
Email	<u>marcosdufaria@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>79.9918.9207</u>	Telefone celular (DDD)	<u>79.9923.2568</u>

Br. Sra Da Aurora 24 de 07 de 19
Local e Data

João Marcos D.O. Reza
Assinatura do Declarante

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Elenilza Santos Moura

RG nº 1542929, data de expedição 15/06/1998

Órgão SSP/SE, portador do CPF nº 044.183.665-80

com domicílio na cidade de It. São José dos Reis, no Estado de

Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Povo São, nº SIN

complemento caso, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Josileno dos Santos, cujo o condutor era

Josileno dos Santos

Veículo: moto Modelo: HONDA POP100 Ano: 2014

Placa: QK 59436 Chassi: 3C2H802J06R462177

Data do Acidente: 23/07/18

INVESTPREV

31 JUL 2019

Local e Data: It. São José da Glória 24.07.19

+ Elenilza Santos Moura

Assinatura do Declarante

Josileno dos Santos

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTOS - Rua
Edezio Vieira de Melo, 311, centro, Nossa Senhora
das Dores/SE, TEL. (79) 3265-1878 GLAUBER JUNHO
ANDRADE DE RESENDE - TABELIÃO
Reconheço por Autenticidade a firma de
ELENILZA SANTOS MOURA em 24/07/2019 e dou fé.
Em testemunho da verdade. SECREVENTE :
ALEXANDRA SANTOS DE LIMA ANDRADE Emel. nº 7,37,
FUND nº 1,47, Total nº 8,84 Selo:
201929860009091, Site: www.tjse.jus.br/x/8QA78N



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTOS
ALEXANDRA SANTOS DE LIMA ANDRADE
Escrivente
AA097511

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTOS - Rua
Edezio Vieira de Melo, 311, centro, Nossa Senhora
das Dores/SE, TEL. (79) 3265-1878 GLAUBER JUNHO
ANDRADE DE RESENDE - TABELIÃO
Reconheço por Autenticidade a firma de
JOSILENO DOS SANTOS em 24/07/2019 e dou fé.
Em testemunho da verdade. SECREVENTE :
ALEXANDRA SANTOS DE LIMA ANDRADE Emel. nº 7,37,
FUND nº 1,47, Total nº 8,84 Selo:
201929860009091, Site: www.tjse.jus.br/x/8QA78N



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTOS
ALEXANDRA SANTOS DE LIMA ANDRADE
Escrivente
AA097511