

FICHA DE EVOLUÇÃO
FISIOTERAPIA

M (TON)		DATA: 18/04		FC: 60		FR: 35		PA: 1		T: 1	
AP: 14/11/11		BATT: 87%		GCS: 1		RASS: 1		IMS: 10		MRC: 1	
VA: 12/11/11		Sedeção: 1		DVA: 1		PC: 1		TI: 1		VC: 1	
Ventilação		Modo: 1		PEEP: 1		PS: 1		I:E: 1		FR: 1	
Mecânicas:		FIO2: 1		Cdm: 1		Ras: 1		IRRS: 1		PaO2/FIO2: 1	
Monte, Ventil: Cest: 1		Cdm: 1		Ras: 1		IRRS: 1		PaO2/FIO2: 1		Sens: 1	
PROTOCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOCE: () NIVEL 1 / () NIVEL 2 / () NIVEL 3 / () NIVEL 4											
Reevaluação: Paciente em estado satisfatório. Realizar avaliação da WSS e ajuste de pressão negativa durante a produção bronquial da WSS.											

CONDOTA: (X) FISIOTERAPIA MOTORA (X) FISIOTERAPIA RESPIRATORIA									
OBSERVAÇÃO: () S () D () P - Horas: () 2 () 4 () 6 - FAU-HOU PROJ: _____									
() THB	() BENVI	() MRA	() TRE	VNI (tipo):	Tempo:				
(X) TEP	() Ex. Resp	() Transporte	() TMR	() Monit	() Intub	Outras:			
() RPPi	(X) Posic	() Outr _____	() MAN	() RCP	() Extub				
Motora: () Passiva		() Ativo-assistida	(X) Ativo	() Resistivo					
() SL	() S/C MMII pand	() SP	() ORT	() S/L	() ME	() DEA			
Secreção: () PL (M) G () F () E	() MUJ (S) MS	() MP	() Am	() Esv	() Ros				
OBS: o Paciente mobilizado a F.V.									
 F. B. Oliveira									
Fisioterapia/CREFITO									

EXAME		HORA		RESULTADOS			
GAZO:		pH:	PaO ₂ :	PCO ₂ :	HCO ₃ :	BE:	
GAZO:		pH:	PaO ₂ :	PCO ₂ :	HCO ₃ :	BE:	
RAIO X:		OUTROS:					
DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:							
CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA				Fisioterapeuta/CRÉDITO			
DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:							
CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA				Fisioterapeuta/CRÉDITO			

PACIENTE: <u>Dr. Carlos de Faria</u>						MATRÍCULA:	
IDADE:	SERVIÇO:	APTO:	QUARTO:	ENFERM.	LEITO:	CONVÊNIO:	

DATA E HORA	EVOLUÇÃO
16/04/19	# Fratura do rádio distal E de mão direita com deformidade, edema e limitação de movimento. Em punho E após queda de mão para trás 40 dias. Fratura cominada. <i>[Signature]</i> Dheyzann S. Bonemann MÉDICO CRM/SE - 5461
17/04/19	- Ontopedio - Fratura distal rádio esquerdo - Clavo escifo. - Agulha 910 cirurgia <i>[Signature]</i> Leonardo Monteiro de Carvalho Médico CRM: 0005833
17/04/19	# Retificado # Pseudoartrose escifoide ⊕ Fratura distal rádio esquerdo
18/04/19	# Ontopedio # - Pseudoartrose escifoide esquerdo - Fratura distal rádio esquerdo - Agulha 910 cirurgia - Clavo IBS <i>[Signature]</i> Leonardo Monteiro de Carvalho Médico CRM: 0005833
19/04/19	# Ontopedio # - Pseudoartrose do metacarpo esquerdo - Fratura distal rádio esquerdo - Sutura Suco Retinax - Agulha 910 cirurgia <i>[Signature]</i> Leonardo Monteiro de Carvalho Médico CRM: 0005833

20/04/2019 - Ontepau

- Pseudoartrose do escapúlo direito
- Rx Distal Radio Esquerdo
- Ure 0,99 / Ure 23 / AB 122 / AT 36,1
- Agende + 10 C. Ruyco

Leonardo Monteiro de Carvalho
Médico
CRM: 0005633

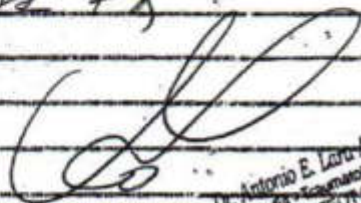
21/04/2019 - Montepedra

- Pseudoartrose do escapúlo esquerdo
- Rx DO RADIO DISTAL UGHERU
- Agende Tratamento C. Ruyco

Leonardo Monteiro de Carvalho
Médico
CRM: 0005633

22/04/19

PD. INFERIOR TRAPHEZIO CLAVICULAR
FRANCA NOVO DISTAL E PSEUDOARTROSE
BILATERAL FX



Dr. Antonio E. Lara-Alecio
Ortopedia - Traumatologia
CRM 2008 - TEUT 6224

RA - 3 XI PB	DATA 21/04/19
1º. ENCU	VIS. TÉCNICO
Puro 3	Call

23/04/19 - Montepedra

- Alta Antt, Orientação Com de
Alta. No momento da alta para o S. Santos;
quilo para o m. m. per. após m. m.
Sem dist. m. m.

Leonardo Monteiro de Carvalho
Médico
CRM: 0005633

RECEBEMOS DE ORTOPLAN SERGIPE LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		Nº 000.039.420
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	SÉRIE 3

ORTOPLAN SERGIPE LTDA AV. RIO BRANCO-EDF. OVIEDO TEIXEIRA - S.813, 186 - - CENTRO, Aracaju, SE - CEP: 49010030	DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - Entrada 1 - Saída	CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO 2819 0402 6817 0100 0169 5500 3000 0394 2018 0006 6073 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora
	Nº 000.039.420 SÉRIE: 3 Página 1 de 1	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 328190004433202 - 24/04/2019 17:07
NATUREZA DA OPERAÇÃO 5102-VENDA MERCANTIL		
INSCRIÇÃO ESTADUAL 270975853	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ 02.681.701/0001-69

DESTINATÁRIO/REMETENTE		CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
FUNDACAO DE BENEFICENCIA H. DE CIRURGIA		13.016.332/0001-06	24/04/2019
ENDEREÇO AV: DESEMBARGADOR MAYNARD, 174, 0 -	Bairro/DISTRITO CIRURGIA	CEP 49055-170	DATA DE ENTRADA/SAÍDA 24/04/2019
MUNICÍPIO Aracaju	UF SE	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE ENTRADA/SAÍDA 00:00

FATURA
/ Num.: 39420 / V. Orig.: 303,19 / V. Desc.: 0,00 / V. Liq.: 303,19

CÁLCULO DO IMPOSTO	
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00
BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS ST 0,00
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00
DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00
VALOR DO IPT 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 303,19

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS	
RAZÃO SOCIAL ORTOPLAN SERGIPE LTDA	FRETE POR CONTA 0-Remetente (CIF)
CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO
UF SE	CNPJ/CPF 02.681.701/0001-69
ENDEREÇO AV. RIO BRANCO, 186-EDF. OV. TEIXEIRA S/817	MUNICÍPIO Aracaju
UF SE	INSCRIÇÃO ESTADUAL 270975853
QUANTIDADE	ESPECIE
MARCA	NUMERAÇÃO
PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO													
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/ESH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VL. UNIT.	VL. TOTAL	BC ICMS	VL. ICMS	VL. IPT	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPT
40141100223	PF ESP 4,0X22MM R. CURTA IOL IOL IMPLANTES LTDA Cod.: 712 Simpro: 0084546 Anvisa: 10223680059 Lote(s): 04451/13-1,000-V. INDETERMIN	90211020	040	5102	UND	1,0000	27,7100	27,71					
40103500189	PF CORT 3,5X18MM IOL IOL IMPLANTES LTDA Cod.: 7912 Simpro: 0084544 Anvisa: 10223680060 Lote(s): 773618-2,000-V. INDETERMIN	90211020	040	5102	UND	2,0000	15,0500	30,10					
40103500227	PF CORT 3,5X22MM IOL IOL IMPLANTES LTDA Cod.: 7858 Simpro: 0084544 Anvisa: 10223680060 Lote(s): 532418-1,000-V. INDETERMIN	90211020	040	5102	UND	1,0000	15,0500	15,05					
40103500243	PF CORT 3,5X24MM IOL IOL IMPLANTES LTDA Cod.: 7859 Simpro: 0084544 Anvisa: 10223680060 Lote(s): 445718-1,000-V. INDETERMIN	90211020	040	5102	UND	1,0000	15,0500	15,05					
40330000330	PL T PEQ FRAG ANG RETO 03X03F IOL IOL IMPLANTES LTDA Cod.: 7981 Simpro: 0084562 Anvisa: 10223680053 Lote(s): 744618-1,000-V. INDETERMIN	90211020	040	5102	UND	1,0000	215,2800	215,28					

CONTROLAÇÃO - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
003942003 21.10.2019 303,19, COD OPME 0702030996- 01, 0702030724- 01 <i>PN de Pagu</i>

CÁLCULO DO ISSQN	
INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS
BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Duplicata - Num.: 001, Venc.: 21/10/2019, Valor: 303,19 Vendedor: IVO LEAL, Pedido: 061217, Pedido Cliente: , Ordem : 03, Hospital: FUNDACAO DE BENEFICENCIA H. DE CIRURGIA, Médico: ANTONIO LARA, Paciente: JOSE CARLOS DE SANTANA, Id: , Prontuario: 1087535, Dt Cirurgia: 22.04.2019, AIH: , Convenio: SUS, Procedimento: , Mes ICMS: 040/ISENTO DE ICMS CF A RT. 8 INCISO IV DEC 17.037/97, Mes IPI: ITENS (2-5) ISENTOS IPI CONF CAP.90 DA TIPI E DEC 2995 DE 19/03/1999, Fatura:	



GOVERNO DE SERGIPE

SISTEMA INTERFEDERATIVO DE GARANTIA DE ACESSO UNIVERSAL - SIGAU

COMPLEXO REGULATÓRIO DE SAÚDE DO ESTADO

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS

DOCUMENTO ÚNICO PARA SOLICITAÇÃO DE VAGAS EM ENFERMARIA-DUSV E

NOME DO PACIENTE: JOSE CARLOS DE SANTANA DATA DE ADMISSÃO: 16/04/2019
NOME DA MAE: JOSEFA OZILDE DE SANTANA DATA DE NASCIMENTO: 04/05/1972
ENDEREÇO: POVOADO LAGOA SECA S/N
CNS: 700504134050650 PLANO DE SAÚDE: SUS ESTADO/SE:
NATURALIDADE: ITABAIANA SUS
TELEFONE: 998357886/999607115 REGIÃO DE SAÚDE: SERGIPE

UNIDADE PRODUTIVA: PRONTO SOCORRO ÁREA AZUL () ÁREA VERDE ()
URGENCIA ORTOPEDICA

QUEIXA PRINCIPAL E DURAÇÃO:

dor em punho E após queda de moto

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

dor edema e limit de movimento em
punho E após queda de moto há ~
30 dias

ANTECEDENTES PESSOAIS E COMORBIDADES:

nega alrg e pt pré-cias

RESUMO DOS RESULTADOS DE EXAMES GRÁFICOS E POR IMAGENS (ANEXAR CÓPIAS DOS RESULTADOS E LAUDOS)

RX do punho E - frnt do radio distal E

RESUMO DE AVALIAÇÕES DOS ESPECIALISTAS (ANEXAR CÓPIAS DE LAUDOS E/OU AVALIAÇÕES)

RESUMO DA TERAPÊUTICA INSTITUÍDA E RESULTADOS

imob + frnt cururg.

PARAMÉTRIOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS

PRESSÃO ARTERIAL	SATURACÃO DE O ₂	FREQUÊNCIA CARDÍACA	FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	GLICEMIA	UREIA	CREATININA
HEMOGLOBINA	LEUCÓCITOS	POTÁSSIO	USO DE O ₂ : SIM () NÃO ()	SECRETIVO: EM () NÃO ()	INTUBADO: NÃO ()	COLAR CERVICAL: SIM () NÃO ()

INFORMAÇÕES CLÍNICAS ADICIONAIS						
DOENÇA CRÔNICA AVANÇADA: SIM/NÃO	INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: SIM/NÃO	ALIMENTAÇÃO: ORAL () SNE () NPT () GTT ()	ISOLAMENTO: SIM () RESP () CONTATO () NÃO ()	INSUF. RENAL SIM/NÃO	ANTIBIÓTICOS: DE 1/50 ()	DIAS: ESCALA DE COMA DE GLASGOW: ADIM/NV/NR
MOTILIDADE						
DEAMBULA	CADEIRANTE	ACAMADO	OUTROS			
HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S): Inat de radio distal e						
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: necessidade de Inat cirurgia						
É VEDADO AO MÉDICO						
Art. 35. Exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, simplificar a terapêutica ou expor-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.			Art. 41. Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico alertar todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstaculizar, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na impossibilidade, a de seu representante legal.			
Médico Solicitante				NIR		
Data: 16/04/19	Assinatura:	Carimbo:		Data:	Hora:	
Médico do NIR				CRL (RECEBIMENTO)		
Data:	Assinatura:	Carimbo:		Data:	Hora:	
Comentários Médico CRL				CRL (Autorização)		
				Data:	Hora:	
				NIR:		
				Código:		
				Assinatura:		
ATENÇÃO						
A primeira solicitação deverá ser enviada à Central de Regulação de Leitos através do DUSV Enfermaria devidamente preenchido no máximo 03 horas a partir da data e hora da solicitação.						
As atualizações dar-se-ão a cada 24 horas a partir da primeira solicitação e deverão ser registradas em Formulário de informações complementares e enviadas à Central de Regulação de Leitos, cumprindo o mesmo prazo definido no item anterior.						
Este DUSV UTI terá validade máxima de 03 dias a partir da data da primeira solicitação.						

DUSV UTI. 2017. COPYRIGHT SIGAU. COMPLEXO REGULATÓRIO DE SAÚDE. REDE ESTADUAL DE SAÚDE

INVESTPREV

18 JUL 2019



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
601.156.295-72

Nome
JOSE CARLOS DE SANTANA

Nascimento
04/05/1972

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
COORDENADORIA GERAL DE POLÍCIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DR. CARLOS MENZIES



Jose Carlos de Santana

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.063.800 2.VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 11/08/2009

NOME JOSE CARLOS DE SANTANA

FILIAÇÃO CARLOS FRANCISCO DE SANTANA
JOSEFA CÍZILDA DE SANTANA

NATURALIDADE ITABAIANA-SE DATA DE NASCIMENTO 04/05/1972

DOC ORIGEM

CT. INSCRM. NR 2070 LV A 03 FL 118
CPF CART. DIST.M. BONITA.COM. RIBEIROPOLIS/SE

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 116 DE 29/08/83
EVERETT LAFRANCA DA SILVA
Diretor do Inst. de Ident. Carlos Menzies

INVESTPREV

18 JUL 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190435193 **Cidade:** Moita Bonita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CARLOS DE SANTANA **Data do acidente:** 04/03/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO. (P4)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P4,62,64,65,67,79)

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO 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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Jose Carlos de Santana
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Barreador, portador da cédula
de identidade RG nº 1.063.800, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 601.156.295-72, residente na (endereço
completo) Povoado Lagoa Seca S/N, na cidade de
Moita Bonita, (UF) SE, CEP 49560-000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) Jose Marcos de A. Rosa
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Consultor, portador da cédula
de identidade RG nº 21233929, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na (endereço
completo) Rua Das Silvas nº 217, na cidade de
N. Srª Da Glória, (UF) SE, CEP 49680-000, a quem confiro
ampos e gerais poderes para , tratar , requerer, assinar papéis e
documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO
SEGURO DPVAT** da vítima (nome da vítima) Jose Carlos de Santana
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) 15/07/2019 Moita Bonita / SE

(assinatura) x Jose Carlos de Santana

(RG) 1.063.800 SSP/SE



OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

INVESTPREV

18 JUL 2019

Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190435193

Vítima: JOSE CARLOS DE SANTANA

Data do Acidente: 04/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CARLOS DE SANTANA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190435193

Vítima: JOSE CARLOS DE SANTANA

Data do Acidente: 04/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE CARLOS DE SANTANA

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 dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **JOSE CARLOS DE SANTANA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000004470**

Conta: **000009450-0**

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



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: **601.156.295-72** Nome completo da vítima: **Jose Carlos De Santana**

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

Nome completo: **Jose Carlos De Santana** CPF: **601.156.295-72**
 Profissão: **Jarrodor** Endereço: **Rua do Rancho Alegre** Número: **SIN** Complemento: **caso**
 Bairro: **Zona Rural** Cidade: **Maita Bonita** Estado: **SE** CEP: **49.560-000**
 E-mail: **marcelo.santana@gmail.com** Tel (DDD): **49.9918-9207**

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **4470** CONTA: **9450**

(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: **Gr. São João Batista 16.07.19**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

INVESTPREV

18 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.



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DISTRITAL DE MOITA BONITA - MOITA BONITA - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 072563/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 12/07/2019 10:47 Data/Hora Fim: 12/07/2019 11:11
Delegado de Polícia: Clarissa Lobo Abreu Barbosa

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Distrital de Moita Bonita
Data/Hora do Fato: 04/03/2019 08:00

Local do Fato

Município: Moita Bonita (SE)
Logradouro: POVOADO CANDEIAS

Bairro: POVOADO

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
22: Lesão corporal de natureza grave se resulta incapacidade para as ocupações habituais, por mais de trinta dias (Art. 129, § 1º, Inc. I do CPB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSÉ CARLOS DE SANTANA (VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: SE - Itabaiana	Sexo: Masculino	Nasc: 04/05/1972
Estado Civil: União Estável			
Nome da Mãe: Josefa Ozilda de Santana		Nome do Pai: Carlos Francisco de Santana	

Endereço

Município: Moita Bonita - SE
Logradouro: POVOADO LAGOA SECA
Telefone: (79) 99835-7886 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Moita Bonita - SE

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
Descrição: MOTOCICLETA	Placa: QMB2191
Cor: VERMELHA	Marca/Modelo: MOTOCICLETA HONDA CG 160 FAN
Veículo Adulterado?: Não	Quantidade: 1 Unidade
Situação: Meio Empregado	
Nome Envolvido: Desconhecido 1	Envolvimentos: Proprietário

INVESTPREV

18 JUL 2019

RELATO/HISTÓRICO

Relata o comunicante que na manhã do dia 04.03.2019, por volta das 08 horas, se encontrava na condição de garapeiro do veículo motocicleta Honda CG 160 Fan, de cor vermelha, Placa QMB-2191/SE, chassi nº 9C2KC2200JR107119, ano/mod.



Delegado de Polícia Civil: Clarissa Lobo Abreu Barbosa
Impresso por: Gilsara Santos Viana
Data de Impressão: 12/07/2019 11:11
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DISTRITAL DE MOITA BONITA - MOITA BONITA - SE

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 072563/2019

2017/2018, registrado em nome de Lucivaldo Mendonça Nunes, que estava sendo conduzido por Gidenilson Lima Santos, CNH nº 05883902785, quando na Rodovia Estadual do Município de Moita Bonita/SE, no Povoado Candeias, o citado veículo foi "trancado" por um veículo carro que não foi identificado, e no intuito de evitar a colisão, o condutor da motocicleta fez uma manobra brusca tentando desviar veículo para o acostamento, causando a derrapagem dos pneus e consequentemente a queda de ambos; QUE em decorrência do acidente o comunicante sofreu fratura no punho e mão esquerda, sendo submetido a intervenção cirúrgica no Hospital de Cirurgia em Aracaju/SE, para colocação de placa e pinos. QUE o condutor da motocicleta Gidenilson, sofreu ferimentos leves. Nada mais.

ASSINATURAS



Gilsara Santos Viana
Agente de Polícia
Responsável pelo Atendimento

José Carlos de Santana
(Vítima)

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

INVESTPREV

18 JUL 2019

ATO

MS/DATASUS HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 629631 DATA: 04/03/2019 HORA: 09:55 USUARIO: ASNERI
CNS: SETOR: 05-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE
NOME : JOSE CARLOS DE SANTANA DOC...: 1,063,800
IDADE: 46 ANOS NASC: 04/05/1972 SEXO...: MASCULINO
ENDereco...: POV. LAGOA SECA NUMERO: 00
COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO...: MOITA BONITA UF: SE CEP...: 49560-000
NOME PAI/MAE...: CARLOS FRANCISCO DE SANTANA /JOSEFA OZILDA DE SANTANA
RESPONSAVEL...: ESPOSA TEL...: 079.99835.7886
PROCEDENCIA...: MOITA BONITA - SE
ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
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: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Ac mto cl capote

INVESTPREV
18 JUL 2019

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: CID:

PRESCRICAO HORARIO DA MEDICACAO

Liberado de cirurgia, ao ortopedista.
06 TO AC 9/A #
FATO DE CHAMA DO ASSO. ORTO
NÃO O PRESENTE (18/07/2019)

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :
ALTA: ☐ DECISAO MEDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASAO ☐ DESISTENCIA
☐ ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): ANTERIOR ID.

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE): F. GUILHERME
OBITO: ☐ ATE 48HS ☐ APOS 48HS ☐ FAMILIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL

Assinatura do paciente/responsavel: Adriana Dantas Gomes
Assinatura e Carimbo do Medico: Dr. Leonardo F. dos Santos
Adriana Dantas Gomes
Téc. de Enfermagem
CRM nº 000047
Protocolo
04-03-19
629
Dr. Leonardo F. dos Santos
CRM nº 1851-SE
Ortopedia e Traumatologia
CRM nº 4248-SE