



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

1ª VARA CÍVEL DE SÃO CRISTÓVÃO DA COMARCA DE SÃO CRISTÓVÃO
Largo Joel Fontes Costa, Bairro Centro, São Cristóvão/SE, CEP 49100000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202083000873	Distribuição: 13/08/2020
Número Único: 0001399-74.2020.8.25.0072	Competência: 1ª Vara Cível de São Cristóvão
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

Assuntos

- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

Dados das Partes

Requerente: EVANI SANTOS OLIVEIRA

Endereço: RUA E

Complemento:

Bairro: CENTRO

Cidade: SAO CRISTOVAO - Estado: SE - CEP: 49100000

Requerente: Advogado(a): THAYLA JAMILLE PAES VILA 1193/A/SE

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

Endereço: Rua da Assembléia

Complemento: 16º andar, Ed. City Tower

Bairro: Centro

Cidade: Rio de Janeiro - Estado: RJ - CEP: 20011000

Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

1ª VARA CÍVEL DE SÃO CRISTÓVÃO DA COMARCA DE SÃO CRISTÓVÃO
Largo Joel Fontes Costa, Bairro Centro, São Cristóvão/SE, CEP 49100000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apensados:

--

Processos Dependentes:

--



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

1ª VARA CÍVEL DE SÃO CRISTÓVÃO DA COMARCA DE SÃO CRISTÓVÃO
Largo Joel Fontes Costa, Bairro Centro, São Cristóvão/SE, CEP 49100000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202083000873

DATA:

02/12/2020

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20201201210106361 às 21:01 em 01/12/2020.

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: 24/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.037,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EVANI SANTOS OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02998

CONTA: 000000000064-1

Nr. da Autenticação 9C1B4721D443EF70

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190266104

Cidade: São Cristóvão

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EVANI SANTOS OLIVEIRA

Data do acidente: 09/09/2015

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA
DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO COM EXTENSO FERIMENTO NO COURO CABELUDO, REGIÃO PARENTAL E LESÃO AXONAL DIFUSA.
ENTORSE DE TORNOZELO À DIREITA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO CRÂNIO SIMÉTRICO, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA REGIÃO PARENTAL À DIREITA (COURO CABELUDO), TÔNUS, REFLEXOS, FORÇA MUSCULAR, MOVIMENTOS E SENSIBILIDADE DO DIMÍDIO ESQUERDO E MEMBRO SUPERIOR DIREITO PRESERVADOS.
PERICIADA LÚCIDA, ORIENTADA COM MOMENTOS DE OBNUBILAÇÃO E DESORIENTAÇÃO, DESCREVENDO CEFALIA, TONTURA, INSÔNIA, INSTABILIDADE EMOCIONAL, ALTERAÇÃO DE COMPORTAMENTO E EPISÓDIOS DE CRISES CONVULSIVA, FAZ USO DE GARDENAL 100MG E QUETROS 25MG, ESTÁ SENDO ACOMPANHADO NA AMBULATÓRIO DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA.
MEMBRO INFERIOR DIREITO COM MARCHA CLAUDICANTE (+/+4), FORÇA MUSCULAR DO PÉ DIMINUÍDO (+++/+5), DEVIDO A DOR, AUMENTO DO VOLUME DO TORNOZELO EM VIRTUDE DO EDEMA, DOR, EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO E DO MOVIMENTO DE INVERSÃO, EVERSÃO, FLEXÃO E EXTENSÃO DO PÉ.
AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DORSIFLEXÃO 10° / EXTENSÃO 25°
*A PERICIADA DEPOIS DO SINISTRO APRESENTOU ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS E DE COMPORTAMENTO CONFORME RELATÓRIO MÉDICO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/04/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50

Rio de Janeiro, 10 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190266104

Vítima: EVANI SANTOS OLIVEIRA

Data do Acidente: 09/09/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EVANI SANTOS OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14171079

Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190266104

Vítima: EVANI SANTOS OLIVEIRA

Data do Acidente: 09/09/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EVANI SANTOS OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14178250



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190266104 Vítima: EVANI SANTOS OLIVEIRA

Data do Acidente: 09/09/2015 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

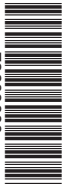
Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01903/01904 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14179442

Rio de Janeiro, 01 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190266104

Vítima: EVANI SANTOS OLIVEIRA

Data do Acidente: 09/09/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EVANI SANTOS OLIVEIRA

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\$ 3.037,50

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%
Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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: **EVANI SANTOS OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 3.037,50**

Banco: **104**

Agência: **000002998**

Conta: **0000064-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

018.304.545-95

Nome completo da vítima

Evani Santos Oliveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Evani Santos Oliveira		CPF titular da conta 018.304.545-95	Profissão Aux. Serviços Gerais
Endereço Rua Lorival Batista		Número 2218	Complemento
Bairro Colônia Pintos	Cidade São Cristóvão	Estado SE	CEP 49.100-000
Email			Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO. 2898 D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA

NRO. 9918 D/V 4

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome NRO

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

São Cristóvão/SE, 28 de Agosto de 2018

Local e Data

X Evani Santos Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	048.304.545.95	Evani Santos Oliveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo	CPF titular da conta	Profissão	
Evani Santos Oliveira	048.304.545.95	juiz	
Endereço	Número	Complemento	
Rua E	81	Casa	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Centro	São Cristóvão	SE	49.100-000
E-mail		Telefone (DDD)	
		(71) 66-312/9181-117	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)			
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA	CONTA	AGÊNCIA	CONTA
Nº	Nº	Nº	Nº
2898	9918		
(informar, digite se existir)	(informar, digite se existir)	(informar, digite se existir)	(informar, digite se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Assinatura/Local e Data: 24 de Outubro de 2018

Evani Santos Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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: 018304.545.95 Nome completo da vítima: Evoni Santos Oliveira

Nome completo: Evoni Santos Oliveira CPF: 018304.545.95
Profissão: Rua E Número: 83 Complemento: Casa
Bairro: Centro Cidade: São Cristóvão Estado: SE CEP: 49300-000
E-mail: _____ Tel. (DDD) 79 9606 3112

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

DADOS CADASTRAIS
RECEITA MENSAL: ☒ RECLUSO 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 RECEITA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2998 CONTA: 000000 64 1
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
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 efetuação do crédito, quitação total do valor recebido.

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.

Por 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 a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes de caráter de acidente de trânsito, conforme Lei nº 194/74, art. 1º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a causa descrita da vez contida.

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 (vir 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 aos seus beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou falsidade não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: Joo de S 09.04.2019
Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Evoni Santos Oliveira

TESTEMUNHAS
1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
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 RISCO, 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.**

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190266104
Nome do(a) Examinado(a): Evani Santos Oliveira
Endereço do(a) Examinado(a): Rua e, 81
Centro São Cristovão SE CEP: 49100-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 1.385.347
Data local do acidente: [09/09/2015]
Data local do exame: [12/04/2019] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
**TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO COM EXTENSO FERIMENTO NO COURO CABELUDO, REGIÃO PARENTAL E LESÃO AXONAL DIFUSA.
ENTORSE DE TORNOZELO À DIREITA.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
**Tratamento: 12/09/2015. O QUADRO FOI TRATADO COM TRATAMENTO CONSERVADOR NO TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO E SUTURA DOS FERIMENTOS, TRATAMENTO CONSERVADOR DA ENTORSE DE TORNOZELO COM IMOBILIZAÇÃO,
Complicações: DESORIENTAÇÃO, DESCREVENDO CEFALÉIA, TONTURA, INSÔNIA, INSTABILIDADE EMOCIONAL, ALTERAÇÃO DE COMPORTAMENTO E EPISÓDIOS DE CRISES CONVULSIVA.
BLOQUEIO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO.
Data da Alta: 12/09/2015**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
**AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO CRÂNIO SIMÉTRICO, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA REGIÃO PARENTAL À DIREITA (COURO CABELUDO), TÔNUS, REFLEXOS, FORÇA MUSCULAR, MOVIMENTOS E SENSIBILIDADE DO MEMBRO ESQUERDO E MEMBRO SUPERIOR DIREITO PRESERVADOS.
PERICLIADA LÚCIDA, ORIENTADA COM MOMENTOS DE OBNUBILAÇÃO E DESORIENTAÇÃO, DESCREVENDO CEFALÉIA, TONTURA, INSÔNIA, INSTABILIDADE EMOCIONAL, ALTERAÇÃO DE COMPORTAMENTO E EPISÓDIOS DE CRISES CONVULSIVA, FAZ USO DE GARDENAL 100MG E QUÊTROS 25MG, ESTÁ SENDO ACOMPANHADO NA AMBULATÓRIO DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA.
MEMBRO INFERIOR DIREITO COM MARCHA CLAUDICANTE (+/+4), FORÇA MUSCULAR DO PÉ DIMINUÍDO (+++/+5), DEVIDO A DOR, AUMENTO DO VOLUME DO TORNOZELO EM VIRTUDE DO EDEMA, DOR, EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO E DO MOVIMENTO DE INVERSÃO, EVERSÃO, FLEXÃO E EXTENSÃO DO PÉ.
AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DORSIFLEXÃO 10° / EXTENSÃO 25°
*A PERICLIADA DEPOIS DO SINISTRO APRESENTOU ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS E DE COMPORTAMENTO CONFORME RELATÓRIO MÉDICO.**
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (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 RESIDUAL DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.
DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.**
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" () "Sem seqüela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|--|
| Região Corporal (Sequela):
LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE
% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
TORNOZELO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 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) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Manoel Otacilio Nascimento Junior
Manoel Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL

POLÍCIA ON-LINE



12ª DELEGACIA METROPOLITANA

PRAÇA GETÚLIO VARGAS, CENTRO FONE:(0) (79)3261-1339

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2015/06590.0-000976

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: 12ª DELEGACIA METROPOLITANA

Endereço: PRAÇA GETÚLIO VARGAS, CENTRO FONE:(0) (79)3261-1339

FATO

Data e Hora do Fato: 09/09/2015 - 11:30 até 09/09/2015 - 12:00

Endereço: NAS IMEDIAÇÃO VALSERV Número: Complemento: CEP: 49100-000

Bairro: ALTO DA DIVINÉIA Cidade: SAO CRISTOVAO - SE Circunscrição: 12ª DELEGACIA METROPOLITANA

Tipo de local: PUBLICO Meio Empregado: NENHUM

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: ALEXANDRE SANTOS OLIVEIRA

Nome do pai: HUBER BRANDAO OLIVEIRA Nome da mãe: MARIA DE LOURDES SANTOS OLIVEIRA

Pessoa: Física CPF/CGC: 034.330.765-02 RG: 15658538 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: ARACAJU Data de nascimento: 07/02/1988 Sexo: Masculino Cor da cutis:

Profissão: ESTUDANTE Estado civil: Casado Grau de instrução:

Endereço: AV. DR. LOURIVAL BAPTISTA Número: 2218 Complemento: COLONIA PINTOS

CEP: 49.100-000 Bairro: Colônia Pintos Cidade: SAO CRISTOVAO UF: SE

Proximidades: Telefone: 79-99072238

VÍTIMA

Nome: EVANI SANTOS OLIVEIRA

Nome do pai: HUBER BRANDAO OLIVEIRA Nome da mãe: MARIA DE LOURDES SANTOS

Pessoa: Física CPF/CGC: 018.304.545-95 RG: 13853473 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: ARACAJU Data de nascimento: 18/03/1976 Sexo: Feminino Cor da cutis: Parda

Profissão: AUX SERVIÇO GERAIS Estado civil: Solteiro Grau de instrução: 2º Grau Completo

Endereço: Rua Lourival Batista Número: 2218 Complemento:

CEP: 49.100-000 Bairro: Colonia Pintos Cidade: SAO CRISTOVAO UF: SE

Proximidades: Telefone:

PERÍCIAS E ATENDIMENTO HOSPITALAR

Perícia: IML [Guia de Exame](#)

Descrição: LESÕES CORPORAL - EVANI SANTOS OLIVEIRA

HISTÓRICO

Informa o comunicante que no dia de ontem sua irmã EVANI SANTOS OLIVEIRA, sofreu um acidente de Moto quando ir nas imediação VALSERV próximo a ponte sentido a BR; Que no dia de hoje o comunicante localizou o condutor da MOTO BIZ e o mesmo informou ao comunicante que o PNEUS traseiro da BIZ soltos-se da roda vieram cair; Que a irmã do comunicante EVANI se encontra na ala vermelha

do HUSE o estado dela é grave; Que diante do fato solicita as providencia;

Data e hora da comunicação: 10/09/2015 às 09:37

Ultima Alteração: 10/09/2015 às
09:41.

OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro: Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.


ALEXANDRE SANTOS OLIVEIRA
Responsável pela comunicação


Elenilde Santos
Responsável pelo preenchimento

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: 018.304.545.95 Nome completo da vítima: Sr. Ewani Santos Oliveira

Nome completo: Sr. Ewani Santos Oliveira CPF: 018.304.545.95
Profissão: R. Engenheiro Endereço: Rua E Número: 83 Complemento: Casa
Bairro: Centro Cidade: São Cristóvão Estado: SE CEP: 49300-000
E-mail: _____ Tel. (DDD) 79 9606 3112

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

DADOS CADASTRAIS
RECEITA MENSAL: ☒ RECLUSO 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 RECEITA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2998 CONTA: 000000 64 1
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
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 efetuação do crédito, quitação total do valor recebido.

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.

Por 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 a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes de caráter de acidente de trânsito, conforme Lei nº 194/74, art. 1º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a causa descrita da sua condição.

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 (vir 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 aos seus beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou falsidade não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: Jorquise 09.04.2019
Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Ewani Santos Oliveira

TESTEMUNHAS
1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
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 RISCO, 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.**

02 OUT 2018

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

DATASUS

NO. DO BE: 1233047
CNS:DATA: 09/09/2015
SETOR: 06-SUTURA

HORA: 12:54

USUARIO: VDM SANTOS

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: EVANI SANTOS OLIVEIRA

IDADE: 39 ANOS NASC: 18/03/1976

ENDERECO: AV LORIVAL BATISTA

COMPLEMENTO: 200739322340009 BAIRRO: COLONIA PINTO

MUNICIPIO: SAO CRISTOVAO

NOME PAI/MAE: HUBER BRANDAO OLIVEIRA

RESPONSAVEL: ELAINE/CUNHADA

PROCEDENCIA: SAO CRISTOVAO

ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)

CASO POLICIAL: NAO

ACID. TRABALHO: NAO

AUDIO ENVIADO: 1385347

SEXO: FEMININ

NUMERO: 2218

UF: SE CEP:

/MARIA DE LOURDES SANTOS

TEL: 7996602

TRAUMA: SIM

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: Queda de moto sem capacete DATA PRIMEIROS SINTOMAS: /

① Rinsas

② Torax midio; em elevacao de palpacao; MAF
SINTOMAS; PUL 2000000000

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

③ hemodinamica estavel; fe 100; sat 98% a a

④ Geopar 13 (403 RM 5 RV 5); pulso 2000000000

DIAGNOSTICO: ⑤ fcc com obstrucao; p 2000000000 CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

① Simex 5mg EV 1x/dia

② 600mg 100mg EV 1x/dia

③ 400mg 100mg EV 1x/dia

④ Diponera 1g EV 1x/dia

IMAGEM

TC

M

DATA

RES

DATA 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 [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dra Jessica Santos
Médico Residente
Clínica Geral
Rua E 4731

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, Milton Vieira da Silva Junior,

RG nº 20216564, data de expedição 29/12/15,

Órgão SSP SE, portador do CPF nº 013.617.795.60,

com domicílio na cidade de Lagarto, no Estado de

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

Av. Zacarias Junior, nº 182,

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

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

Evani Santos Oliveira, cujo o condutor era

Albertino Oliveira Leão

Veículo: Motocicleta Modelo: Honda B12 Ano: 2008

Placa: IAG 5538 Chassi: 9D2JA04208R150976

Data do Acidente: 09/09/15

Local e Data: Lagarto/Se, 21/03/19

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO

de Prom. Justiça de Defesa - Lagarto - SE - CEP: 45.000-000

Fone: (79) 3051.0007 / (79) 3051.0022 / (79) 3051.0044

Reconheço por Autenticidade a firma de MILTON VIEIRA DA SILVA JUNIOR e dou fe, 21 de março de 2019. Em testemunho Deborah da verdade

ESCREVENTE: DEBORAH SANTANA SANTOS. Selo Digital 201929516019443. Site

www.tjse.jus.br/x/NUHAKP.

1ª OFICINA DA CUMPRIDA DE LAGARTO/SE
Deborah Santana Santos
Escrevente

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO

de Prom. Justiça de Defesa - Lagarto - SE - CEP: 45.000-000

Fone: (79) 3051.0007 / (79) 3051.0022 / (79) 3051.0044

Reconheço por Autenticidade a firma de ALBERTINO OLIVEIRA LEAO e dou fe, 21 de março de 2019. Em testemunho Deborah da verdade

ESCREVENTE: DEBORAH SANTANA SANTOS. Selo Digital 201929516019444. Site

www.tjse.jus.br/x/U6Y46J.

1ª OFICINA DA CUMPRIDA DE LAGARTO/SE
Deborah Santana Santos
Escrevente



Lactise
consultas e exames

Relatório Médico

A paciente **EVANI SANTOS OLIVEIRA** relata que sente dores em coluna lombar há 2 anos, com piora progressiva do quadro clínico, acentuando-se durante suas atividades diárias e laborais (serviços gerais)

Ao exame físico apresenta-se queixando de dor em coluna dorsolumbar durante à palpação, na musculatura para vertebral e articulações sacroilíacas que piora com todos os movimentos e que se encontram limitados, além de dores em coluna cervical

O exame de RNM mostram a presença de espondilartrose lombar com protrusões discais L3/L4 e L5/S1.

Pelo exposto a paciente deverá permanecer afastada de suas atividades laborativas por tempo indeterminado

CID M 544

Aracaju, 20/11/2017

José Antônio de Andrade Goes Filho

Médico CRM 1555

José Antônio de Andrade Goes Filho
Ortopedista - HUSE
CRM 1555

Obs. Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.

Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE

www.lactise.com.br

Fone: (79) 3253-7200

WhatsApp: (79)98112-1117 / 99105-3815 - 98875-6772

MARQUE LOGO SEU PRÓXIMO ATENDIMENTO, TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.



Lacrise

consultas e exames

Relatório Médico

A paciente **EVANI SANTOS OLIVEIRA** relata que sente dores em coluna lombar há 2 anos, com piora progressiva do quadro clínico, acentuando-se durante suas atividades diárias e laborativas (serviços gerais)

Ao exame físico apresenta marcha claudicante, com dor em coluna dorso lombar, na musculatura para vertebral e articulações sacroilíacas, que pioram com todos os movimentos que se encontram limitados e dor durante os movimentos cervicais

O exame de R.N.M. mostra a presença de espondilartrose lombar, com protrusões discais L3/L4, L5/S1

Pelo exposto a paciente deverá permanecer afastada suas atividades laborativas por tempo indeterminado

CID M 544

Aracaju, 11/08/2017

José Antônio de Andrade Goes Filho

Médico CRM 1555

José Antônio de Andrade Goes Filho
Médico - RPPS
CRM - 1555

Obs. Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.

Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE

www.lacrise.com.br

Fone: (79) 3253-7200

WhatsApp: (79) 98112-1117 / 99105-3815 - 98875-6772

MARQUE LOGO SEU PROXIMO ATENDIMENTO, TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.



DR. JOSÉ ALVES NASCIMENTO FILHO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RELATORIO MÉDICO

A paciente EVANI SANTOS OLIVEIRA, compareceu a este consultório pela última vez em 09/11/2016, quando referia dor lombar com irradiação para o membro inferior direito (sic). Como também dor poliarticular. Os exames complementares revelavam ser portadora de protusão discal L3-L4 e L5-S1 (Ressonância Magnética da Coluna Lombar de 18/05/2016) e ao lab (exame laboratoriais). O exame físico (ortopédico) apresentava dor à mobilização da coluna lombar (Flexo-extensão, lateralização e rotação). Sinal de Lasègue a direita a 45 graus. Normorreflexia. Atualmente em comparece relatando dor na região lombar, porém sem esta fazendo uso de medicação ou fisioterapia, ainda no aguardo de fisioterapia (sic). Diante do exposto está sendo encaminhada ao serviço de perícias médicas do INSS, a fim de que seja feita melhor avaliação de sua real incapacidade laboral.

CID 10 M51 M54.1 M05

Aracaju, 05 de Agosto de 2017

José Alves do N. Filho
CRM-SE 38159/11-364

PRAÇA PRINCESA ISABEL, Nº 40 - SANTO ANTÔNIO
TEL.: 3215-4592 - ARACAJU-SE



CRILAB
MEDICINA DIAGNÓSTICA

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS . CONSULTAS . EXAMES

Relatório

Relatório que o senhor fez que
é importante. Evamí Santos
Oliveira por falha de profusão
discreta em V3-4 e V5-6 além
de quadro ocupacional com CD for
em tratamento medicamentoso e
sem melhora de quadro
dentário. Sugestão para
invis para Araldete Rueda.

27/10/16
Dr. Rodrigo Oliveira

Rua Araújo, nº 693 - Bairro São José - CEP: 49015-250
E-mail: atendimento@crislab.com.br
Fones: 3241-4795 / 3043-1063 / 3022-1002

NOSSAS UNIDADES

HOSPITAL PRIMAVERA

- Av. Min. Geraldo Baretto Sobral, 2277
Jardins - Aracaju/SE - Tel: 2105-2500
- HOSPITAL GERAL
- CIRURGIA
- UTI
- URGÊNCIA / EMERGÊNCIA
- CENTRO DIAGNÓSTICO (EXAMES)
- CONSULTÓRIOS MÉDICOS

DIAGNOSE

- Pça da Bandeira, 8 (Av. Barão de Marujá)
São José - Aracaju/SE - Tel: 2105-2600
- Av. Genésio P. Rollemberg, 340
São José - Aracaju/SE - Tel: 2105-2600
- Rua Campos, 671
São José - Aracaju/SE - Tel: 2105-2600

POLICLIN

- D. Pedro I - Av. Alcides Fontes, 64
Aracaju/SE - Tel: 2105-5600
- Siqueira Campos - R. Bahia, 823
Aracaju/SE - Tel: 2105-5600
- Itabiana (cidade) - Av. Ivo de Carvalho, 258
Itabiana/SE - Tel: 3431-3370
- Augusto Franco - Av. Dr. Tarcísio Daniel, 126
Aracaju/SE - Tel: 2105-5600
- Orlando Dantas - Av. Heráclito Rollemberg, 489
Aracaju/SE - Tel: 3251-5600

NOSSOS EXAMES

HOSPITAL PRIMAVERA

- Holter
- M.A.P.A.
- Angiografia 3D
- Mamografia Digital
- Laboratório
- Espirometria
- Electrocardiograma
- Eco de Stress
- Ecocardiograma
- Ultrassonografia
- Video Histoscopia
- Teste Ergométrico
- Eco Transesofágico
- Tomografia Comput.
- Cateterismo Cardíaco
- Duplex-Scan Vascular

DIAGNOSE e POLICLIN

- Ressonância Magnética
- Tomografia Computadorizada
- Video-Escopia Digestiva
- Video-Colonosopia
- Retossigmoidoscopia
- Raio-X Digital (algumas unidades)
- Mamografia Digital
- Ultra-Sonografia
- Electrocardiograma
- Biimpedância
- Urofluxometria
- Estudo Urodinâmico
- Electroencefalograma
- Laboratório
- Ecocardiograma
- Densitometria Óssea
- Duplex Scan Vascular
- Teste Ergométrico
- Espirometria
- Citologia/Colposcopia
- M.A.P.A.
- Holter
- Biópsia de Próstata
- Punção de Tireóide e de Mama
- Exames Auditológicos:
- Audiometria/Impedanciometria
- Veng / Bera / OEA
- Endosc. ORL / Teste de prótese

* Alguns exames acima não estão disponíveis em todas as unidades.

www.redeprimavera.com.br

PARA MARCAR CONSULTAS E EXAMES

Diagnose / Hospital Primavera

Policlin

2105-2600

2105-5600

Relatório Médico

A paciente Evani Santos Oliveira sofreu queda de moto em 9/9/15, com TCE fechado e lesões no tornozelo direito, dos lombos.

Evolui com zumbido no ouvido direito, edema nos pés, tontura, náusea, esquecimento, alterações no comportamento, quadro esse relacionado ao acidente.

Sem condições de trabalhar por tempo indeterminado.

Dr. SO6

F09

F41

Ass. 10/10/16
Dr. Antonio Andrade Gomes
Neurocirurgião
CRMSE 1032

REDE PRIMAVERA

DIAGNOSE

Policlin

Hospital Primavera



RELATÓRIO MÉDICO



NOME DO PACIENTE: João Carlos Oliveira
DATA DA ENTRADA: 09/09/15
DATA DA SAÍDA: 12/09/15

INTERNAÇÃO: PS() ENFERMARIA() UTI()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente internado no Hospital de Pronto Socorro de Aracaju, Sergipe, com queixa de dor no tórax, febre, tosse e dificuldade para respirar. Exame físico: Tórax: sem alterações. Pulso: 120 bpm. Pressão: 130/80 mmHg. Saturação: 92%. Hemodinamicamente estável.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Paciente internado com TCE e fratura de tórax. Foi submetido a cirurgia de urgência para correção da fratura e drenagem do tórax. Evolução satisfatória.

EXAMES COMPLEMENTARES:

TC de tórax: fratura de costela, derrame pleural. Exames de urina e sangue: sem alterações.

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Alexandre Santos
Dr. Fernando Moura
Dr. Roberto Costa

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

ARACAJU, 22 de dezembro de 2015

Dr. José Luiz Garcez
MÉDICO DO SETOR DE ATENDIMENTO DE PRONTO-SOCORRO

5º OFÍCIO

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário.



IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: EVANI SANTOS OLIVEIRA
IDADE: 39 ANOS
ENDERECO: AV LORIVAL BATISTA
COMPLEMENTO: 200739322340009
MUNICIPIO: SAO CRISTOVAO
NOME PAI/MAE: HUBER BRANDAO OLIVEIRA
RESPONSAVEL: ELAINE/CUNHADA
PROCEDENCIA: SAO CRISTOVAO
ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL: NAO
ACID. TRABALHO: NAO
NASC: 18/03/1976
BAIRRO: COLONIA PINTO
UF: SE
CEP: 13121-181
/MARIA DE LOURDES SANTOS
TEL: 799661181
AUDIO ENVIADOS: 1385347
SEXO: FEMININO
NUMERO: 2218
TRAUMA: SIM
PLANO DE SAUDE: NAO
VETO 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: *Queda de peso sem capacidade* DATA PRIMEIROS SINTOMAS: *1*

① Rins

② *Telex mudo; com alteração de respiração; mui*
graves e no; por 20min

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

③ *Respiração espontânea; fe 38,5; pul 98; ca 100*

④ *Geopatia 13 (403 RM e RV 5); mui*

DIAGNOSTICO: ⑤ *EC com obstrução; 0* CID: *58.9*

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

① *Simetol 500 mg 1x*

② *500 mg 1x 1x 1x*

③ *Amoxicilina 500 mg 3x*

④ *Dipirona 500 mg 1x*

DATA DA SAIDA: *10/09/2015*

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

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

Elaine Santos de Andrade
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dra Jéssica Santos
Méd. Residente
Clínica Geral
CRM 4731

ASL-0363412/18

rodrigo.oliveira.pd.209

ASL-0363412/18
rodrigo.oliveira.pd.209

08/04/2019 14:15:01

08/04/2019 14:15:01

1306 #Civ Anst#
focionto x timode que do de mudo sem capu.
Mas vake u n p m m r u o k p u d o d e c o m m
r o u u m m r. R u e t o d e o g t a c i o i m p e r t o.
t u m n t e o t r o n o p e r t e x q u i p e n d o n d e a p e
t p e r t e u n t e n i d o d e. N o g d e n t o o u c i s, o b d o
n o e a u u m m e m b r e s

A. VA p u x a s, u m d a r o p o p o c a o d e a r n u s d

B. p e r d e n t e o p o p o c a o d e o m b r o m m t u m o

C. u m b r a s d e d e p e n i d o d e, M V B D 6 0 1 0 = 3 4

D. A u r e m d e r o n g e m m n t o s u t e m m d o F i t 1 6

TA = 122 179 m m H g

P. A l o s g e m 1 4

F. E s c o m c a s o m a m o c o b i l i d a d e (n e o u o l e r a t i l o p e
t t a s d o d e c o l i a r e n x i c a l) / E s c o m c a s o m o m b r o d e d e p e n i
A b d - t e s c d o j u n d o l e r o p a l p o c a o d e d e ?

CS = 50 d R x u o l u n o c e r t i c a l t t o a n t 1 k o c a n t

A v N E R = 50 d t d e a s m o c a n t a n t

p p r e s e n t e d i m e n t a 5 4 0 9 1 p e l i p e s

t o m e s t o

Dr. João Carlos
Instituto de Diagnóstico e Referencia Epidemiológica
27/01

6



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE
PRONTO SOCORRO ADULTO



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Nome do Paciente: Edvani Santos

Idade:

Sexo: Hom

U.P.: Vermelha

Matrícula:

DATA HORA

ANOTAÇÕES

10/10/08 Paciente queixando-se de cefaleia, administrado
triamol conforme prescrição. 11-11

09:15h Realizado banho no leito + curativos em couro
cabeludo. 11-11

10/10/1930 Paciente no leito calma, orientada, consciente, afilada, supineca,
acimotica, anictica, com NP no ASD, evasiva em a-
leia com a de dor. No período 534820

21/15 Administração de água. 11-11

11/15 Administração de água. 11-11

11/15 Administração de água. 11-11

11/15 Administração de água. 11-11

11/15 Administração de água. 11-11

11/15 Administração de água. 11-11

11/15 Administração de água. 11-11

11/15 Administração de água. 11-11

11/15 Administração de água. 11-11

11/15 Administração de água. 11-11

11/15 Administração de água. 11-11

11/15 Administração de água. 11-11

11/15 Administração de água. 11-11

11/15 Administração de água. 11-11

11/15 Administração de água. 11-11

11/15 Administração de água. 11-11

11/15 Administração de água. 11-11

11/15 Administração de água. 11-11

11/15 Administração de água. 11-11

11/15 Administração de água. 11-11

11/15 Administração de água. 11-11

11/15 Administração de água. 11-11

11/15 Administração de água. 11-11

11/15 Administração de água. 11-11

11/15 Administração de água. 11-11

11/15 Administração de água. 11-11

11/15 Administração de água. 11-11

11/15 Administração de água. 11-11

11/15 Administração de água. 11-11



HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE SERGIPE
PRONTO SOCORRO ADULTO
ÁREA VERMELHA



POLITRAUMA ~~CEB~~/ TCE GRAVE

Idade: 39 anos

Data: 10/09/2015

Nome: Evani Santos Oliveira

Prescrição

Horário

Dieta Oral	500	500	500	500
SGF 1.1 2500 ml IV, para 24 horas	12	12	12	12
Dipirona 02 ml + AD 08 ml IV 6/6 h	12	12	12	12
Cetoprofeno 100 mg + 100 mL SF 0,9% EV 12/12h (D2/3)	12	12	12	12
Tramal 100 mg + 100 mL SF 0,9% EV 8/8h se dor intensa	12	12	12	12
Omeprazol 40 mg IV, 1X ao dia	12	12	12	12
Plavix 02 ml + AD 18 ml EV 8/8 h	12	12	12	12
Glicemia Capilar 6/6 h	12	12	12	12
Insulina Regular, SC, conforme glicemia capilar (mg/dl): < 180: 0 181-250: 02 UI 251-300: 04 UI 301-350: 06 UI > 400: 10UI	12	12	12	12
10 Glicose 50% 50 ml IV in bolus se glicemia < 70 mg/dl	12	12	12	12
11 Oxigenio em MV a 50%, 10l/min se necessário	12	12	12	12
12 Cabeceira elevada 30°	12	12	12	12
13 Monitorização multiparâmetros	12	12	12	12
14 Sinais vitais 3/3 h	12	12	12	12
15 Acomp. NCR	12	12	12	12
16 Solicito TC de crânio e cervical	12	12	12	12
17 Alta para Verde Trauma	12	12	12	12
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

COREN/SE 115252

ASL-0363412/18
rodrigo.oliveira.pd.209
6
08/04/2019 14:15:01

ASL-0363412/18
rodrigo.oliveira.pd.209
6
08/04/2019 14:15:01



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE
PRONTO SOCORRO ADULTO

Fundação
Hospital
de Saúde

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Nome do Paciente:

Corrêa Santa Oliveira

Idade: 39

Sexo: F

U.P.: Variação

Matrícula:

DATA HORA

ANOTAÇÕES

12:50 Paciente admitido neste setor procedente do
Socorro simples, desprovido de, aférril, funcionado
censo periférico, uso de prancha, color
Bexarol sobre os cuidados, realizados os sinais
vitalis segues cuidados de enfermagem

14h Paciente continua em prancha esperando a
liberação da médica para realização de exames
em uma porção dessa unidade esta quebra
de que aos 15h do dia 08/04/2019

16h Paciente atendida por enfermeira
17h foi admitido no setor de emergência
do Dto Renato de Almeida
Nomenclatura:

Paciente admitida, leve, lúcido,
infância, locomoção, voz, obediente,
comendo bem, sem dor, sem febre.

Recebeu a cirurgia no fêmur
um pedacinho de osso por que apunha com
artifícios de osso. Mas não apunha
na mesma tipo de mal
condição: após exames hosp

fez.

Assinatura (ECC 15)

Alto PINÇA

Jr. Franklin R. P. Borges Jr.
Neurocirurgião e Neurofisiologista
Cirurgião de Coluna
CRM - SE 437

Dr. Antônio Fernando de Aguiar
Neurocirurgião
CRM - SE 414 675 135-94

ASL-0363412/18
 rodrigo.oliveira.pd.209
 08/04/2019 14:15:01

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DATA HORA ANOTAÇÕES

18h Paciente apresenta vomito em grande quantidade

Paciente foi suturada na cabeça e ocau-
 Co bebido pela medica do Centro Cirurgico
 Dra Jessica

16h Paciente no leito, com sinais vitais: PA: 120/70, FC: 77, FR: 18, SaO2: 96%.
 + mambucos no pescoço e membros superiores.
 Paciente em repouso + suportes para exames
 laboratoriais. (SVOs sem SVD) + exames
 de urina

15h Paciente em repouso. PA: 96/60, FC: 125, FR: 77, SaO2: 96%.
 Paciente em repouso. PA: 96/60, FC: 125, FR: 77, SaO2: 96%.
 Paciente em repouso. PA: 96/60, FC: 125, FR: 77, SaO2: 96%.

14h Paciente em repouso. PA: 96/60, FC: 125, FR: 77, SaO2: 96%.
 Paciente em repouso. PA: 96/60, FC: 125, FR: 77, SaO2: 96%.
 Paciente em repouso. PA: 96/60, FC: 125, FR: 77, SaO2: 96%.

13h Paciente em repouso. PA: 96/60, FC: 125, FR: 77, SaO2: 96%.
 Paciente em repouso. PA: 96/60, FC: 125, FR: 77, SaO2: 96%.
 Paciente em repouso. PA: 96/60, FC: 125, FR: 77, SaO2: 96%.

12h Paciente em repouso. PA: 96/60, FC: 125, FR: 77, SaO2: 96%.
 Paciente em repouso. PA: 96/60, FC: 125, FR: 77, SaO2: 96%.
 Paciente em repouso. PA: 96/60, FC: 125, FR: 77, SaO2: 96%.

11h Paciente em repouso. PA: 96/60, FC: 125, FR: 77, SaO2: 96%.
 Paciente em repouso. PA: 96/60, FC: 125, FR: 77, SaO2: 96%.
 Paciente em repouso. PA: 96/60, FC: 125, FR: 77, SaO2: 96%.

10h Paciente em repouso. PA: 96/60, FC: 125, FR: 77, SaO2: 96%.
 Paciente em repouso. PA: 96/60, FC: 125, FR: 77, SaO2: 96%.
 Paciente em repouso. PA: 96/60, FC: 125, FR: 77, SaO2: 96%.

Sandra Cristina Santos
 Téc. Enfermagem
 CORENSE 521879

Sandra Santos

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DATA HORA

ANOTAÇÕES

18h Paciente a apresentar venuto em grande quantidade

Paciente foi suturada no local de ocorrência. Colada pela médica do Centro Cirúrgico Dra. Jessica

19h Paciente em estado de choque hipovolêmico, com sinais de desidratação, membranas mucosas secas e frias, pele + mucosas pálidas, pulso fraco, TA 90/60, FC 120, FR 20, SpO2 95% em O2 4L. Sinais vitais: 96/60, 120, 20, 95%.

20h Paciente em estado de choque hipovolêmico, com sinais de desidratação, membranas mucosas secas e frias, pele + mucosas pálidas, pulso fraco, TA 90/60, FC 120, FR 20, SpO2 95% em O2 4L. Sinais vitais: 96/60, 120, 20, 95%.

21h Paciente em estado de choque hipovolêmico, com sinais de desidratação, membranas mucosas secas e frias, pele + mucosas pálidas, pulso fraco, TA 90/60, FC 120, FR 20, SpO2 95% em O2 4L. Sinais vitais: 96/60, 120, 20, 95%.

22h Paciente em estado de choque hipovolêmico, com sinais de desidratação, membranas mucosas secas e frias, pele + mucosas pálidas, pulso fraco, TA 90/60, FC 120, FR 20, SpO2 95% em O2 4L. Sinais vitais: 96/60, 120, 20, 95%.

23h Paciente em estado de choque hipovolêmico, com sinais de desidratação, membranas mucosas secas e frias, pele + mucosas pálidas, pulso fraco, TA 90/60, FC 120, FR 20, SpO2 95% em O2 4L. Sinais vitais: 96/60, 120, 20, 95%.

24h Paciente em estado de choque hipovolêmico, com sinais de desidratação, membranas mucosas secas e frias, pele + mucosas pálidas, pulso fraco, TA 90/60, FC 120, FR 20, SpO2 95% em O2 4L. Sinais vitais: 96/60, 120, 20, 95%.

25h Paciente em estado de choque hipovolêmico, com sinais de desidratação, membranas mucosas secas e frias, pele + mucosas pálidas, pulso fraco, TA 90/60, FC 120, FR 20, SpO2 95% em O2 4L. Sinais vitais: 96/60, 120, 20, 95%.

26h Paciente em estado de choque hipovolêmico, com sinais de desidratação, membranas mucosas secas e frias, pele + mucosas pálidas, pulso fraco, TA 90/60, FC 120, FR 20, SpO2 95% em O2 4L. Sinais vitais: 96/60, 120, 20, 95%.

Sandra Cristina Santos
Téc. Enfermagem
CORENSE 521879

Sandra Cristina Santos
Téc. Enfermagem
CORENSE 521879

4

Nome do Paciente:	Fuami, Sábulo Oliveira	Idade:	39	Sexo:	M
Unidade de Produção:	Unidade 11	Leito:	04	Nº do Prontuário:	

[illegible]

02/10/2016 Cerezo Garcil 30/4/2016

1979 74-75

Não - Extensão de Curso coberto em

Cd: Requerido - lim. para de desao + Sutura

hemostatic co. can: anesthesia local + curative.

Atto de consegna Seg. al.

October 8, 1990

[illegible]

12/27/56
M.R. CHANDLER
CHANDLER

[Faint handwritten notes and markings]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible][illegible]

Handwritten text: *Handwritten text, possibly a signature or date, partially obscured by a horizontal line.*

to have a good understanding of the situation

23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																						
101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200

10/10/1950

[illegible]

10 1/2

JA 128 17-46

DR: ME M RA 0

BCU: R. K. 25. 25. 25.

Monday: 100 Miles, 100 Miles, 100 Miles

Ext part: ...
ad: ...

Provens

Dra. Jéssica Santos
Médica Residente

Curitiba Geral
09/08/2009

30/11/2019

09/22/20 Visterna de guarda de motor y TCE ha sido

Q10	What is the cause of amnesia post-traumatica & epileptic
-----	--

Figure 10

PROVE $\rightarrow$

© 2006 The Authors
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd

UNICA MULTIDISCIPLINAR

Página

29: TC de página

C2M - 3051

BCPuro + TC Love

Private Remuneration: total, less of exp. less O.V.A

o do deficit são maiores que os benefícios

[illegible]

PCF, 2 P: 0.5 A: 1.5 56.25

146 52 1 1000

4/10/1917

1940

SL-0363412/12

09/03/2018 12/18
oliveira.pd.2009

08/04/2019 14:15.01

POLITRAUMA GRAVE / TCE GRAVE

Idade: 39 anos

Data: 09/09/2015

Prescrição

Horário

Dieta ZERO até 2ª ordem

SGF 1:1 2500 ml IV, para 24 horas

Dipirona 02 ml + AD 08 ml IV 6/6 h

Entopropeno 100 mg + 100 mL SF 0,9% EV 12/12h (D1/3)

Tramadol 100 mg + 100 mL SF 0,9% EV 8/8h se dor intensa

Omeprazol 40 mg IV, 1X ao dia

Plasil 02 ml + AD 18 ml EV 8/8 h

Glicemia Capilar 6/6 h

Insulina Regular, SC, conforme glicemia capilar (mg/dl):

 $< 180: \text{C}$

251-300: 04 UI

351-400: 08 UI

Glicose 50% 50 ml IV *in bolus*

Oxigênio em MV a 50%, 10l/min se necessário

Cabeceira elevada 30°

Monitorização multiparâmetros

Sinais vitais 3/3 h

Avaliação da NCR

Solicito TC de crânio e cervical

7

2

1

1

1

1

2

3

4

5

4

45

5

25

27

28

70

30

5



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE SAÚDE

RELATÓRIO MÉDICO



NOME DO PACIENTE: _____

DATA DA ENTRADA: _____

DATA DA SAÍDA: _____

INTERNAÇÃO: _____

PS ()

ENFERMARIA ()

UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

MÉDICOS ASSISTENTES:

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

ARACAJU, ____ de ____ de ____

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário.



Esclarecimento

Eu, Evoni Santos Oliveira, venho por meio desta informar que meu processo na esta prescrito, pois os autos foram em anexo nas ~~(data)~~ datas 20/11/2017; 11/08/2017, 05/08/2017 27/10/2016/; 10/10/2016 queuliram a pruseriação do processo. Pego orelamento do meu processo e esta disponível para uma perícia médica caso seja necessário pois quero que fique com regulars permanentes. Desde já obrigado.

Aracaju/ Se 09.04.2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0120329/19

Vítima: EVANI SANTOS OLIVEIRA

CPF: 018.304.545-95

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/09/2015

Titular do CPF: EVANI SANTOS OLIVEIRA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

EVANI SANTOS OLIVEIRA : 018.304.545-95

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/04/2019
Nome: EVANI SANTOS OLIVEIRA
CPF: 018.304.545-95

EVANI SANTOS OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/04/2019
Nome: RODRIGO SILVEIRA DE OLIVEIRA
CPF: 011.995.625-05

RODRIGO SILVEIRA DE OLIVEIRA