

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: 30/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO CLAYTON DE SANTANA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03893

CONTA: 000000012565-9

Nr. da Autenticação A0768B071FE18D4D

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190493383 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO CLAYTON DE SANTANA **Data do acidente:** 10/05/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS)
ALTA.(P1/3/5/9/10FC/11)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--|--|--|---------------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um tornozelo | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| | | Total | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |

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, 06 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190493383

Vítima: ANTONIO CLAYTON DE SANTANA

Data do Acidente: 10/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO CLAYTON DE SANTANA

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 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: ANTONIO CLAYTON DE SANTANA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003893

Conta: 0000012565-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:
www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 23 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190493383

Vítima: ANTONIO CLAYTON DE SANTANA

Data do Acidente: 10/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO CLAYTON 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.**

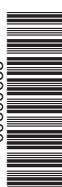
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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



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, 06 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190493383

Vítima: ANTONIO CLAYTON DE SANTANA

Data do Acidente: 10/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO CLAYTON DE SANTANA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 06/03/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Carta nº 15585066



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, 30 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190493383

Vítima: ANTONIO CLAYTON DE SANTANA

Data do Acidente: 10/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO CLAYTON DE SANTANA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 27/03/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 09/07/2019 09:03 Data/Hora Fim: 09/07/2019 09:24
Delegado de Polícia: Fábio Santos Santana

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Poço Redondo
Data/Hora do Fato: 10/05/2019 07:30

Local do Fato

Município: Poço Redondo (SE) Bairro: Assentamento
Logradouro: RODOVIA ROTA DO SERTÃO CEP: 49.810-000
Complemento: PRÓXIMO AO ALTO BONITO

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: IVANEIDE DOS SANTOS (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Poço Redondo Sexo: Não Nasc: 29/07/1986
Profissão: Agricultor
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Maria Jose Soares de Souza Nome do Pai: Nivaldo dos Santos

INVESTPREV

23 AGO 2019

Endereço

Município: Poço Redondo - SE N°: 108
Logradouro: RUA CANDIDO LUIS DE SA
Complemento: PRÓXIMO AO GINASIO DE ESPORTES CEP: 49.810-000
Telefone: (79) 99966-1079 (Celular)

Nome Civil: ANTONIO CLAYTON DE SANTANA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AL - Pão de Açúcar Sexo: Masculino Nasc: 03/06/1976
Profissão: Agricultor
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome do Pai: Antônio Fiorencio de Santana

Endereço

Município: Poço Redondo - SE

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

| | |
|---|------------------------------------|
| Grupo Veículo | Subgrupo Motocicleta/Motoneta |
| CPF/CNPJ do Proprietário 930.577.505-59 | Placa QMF4891 |
| Renavam 1183351302 | Número do Chassi 9C2JB0100KR113114 |
| Ano/Modelo Fabricação 2019/2019 | Cor VERMELHA |
| UF Veículo Sergipe | Município Veículo Poço Redondo |
| Marca/Modelo HONDA/POP 100 | Veículo Adulterado? Não |



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 071307/2019

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Envolvido

Nome Envolvido

Envolvimentos

Antonio Clayton de Santana

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

NARRA a noticiante que o seu companheiro ANTONIO CLAYTON DE SANTANA, na data supra citada guiava uma motocicleta de propriedade da Srª MARIA JOSE SOARES DE SOUZA, pela Rodovia Estadual Rota do Sertão, quando nas imediações das agrovilas do Alto Bonito, neste município de Poço Redondo perdeu o equilíbrio vindo a cair sobre a pista de rolamento; QUE devido a queda sofreu fraturas na perna direita, sendo socorrido por populares e conduzido a UPA DONA ZULMIRA SOARES e posteriormente transferido em uma ambulância do próprio hospital para a cidade de Itabaiana/SE aonde foi submetido a intervenção cirúrgica. É o relato.

ASSINATURAS

José Roberto de Melo Santos
José Roberto de Melo Santos
Delegado Jud 1 Classe
Cleber Martins da Silva
Agente de Polícia
Matrícula 4712882
Responsável pelo Atendimento

Ivaneide dos Santos

Ivaneide dos Santos
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou eu (a) responsável pelas informações acima apresentadas e que fui informado (a) que poderei responder judicial e criminalmente pela presente declaração caso seja devidamente intitulado, conforme previsto nos Artigos 129-Denunciação Caluniosa e 346-Comunicação Falsa ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

INVESTPREV

23 AGO 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:

Nome completo da vítima:

005.225.455-05 Antonio Clayton de Santana

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

Nome completo:

Antonio Clayton de Santana

Profissão:

barbeiro

Endereço:

Rua Cândido Briz de Sa

Bairro:

Centro

Cidade:

Poço Redondo

Estado:

SC

CPF:

005.225.455-05

Número:

108

Complemento:

Casa

CEP:

49810-000

Tel.(DDD):

79-99918-9202

E-mail:

marcosdeglorenzo@gmail.com

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO 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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO 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:

3893

CONTA: **12565**

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 atende 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 Lider 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) Divorciado 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:
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou
nascer (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou
pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.



Local e Data: **Glória, 02 de Agosto de 2019**

Nome: _____

CPF: _____

Antonio Clayton de Santana
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

INVESTPREV

1º | Nome: _____

CPF: _____

23 AGO 2019

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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.

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 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 Jose Marcos D.O. Rosa inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.003.675.00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Clayton de Santana inscrito (a) no CPF sob o Nº 005.225.455 / 05, do sinistro de DPVAT cobertura Inválidez da Vítima Antonio Clayton de Santana, inscrito (a) no CPF sob o Nº 005.225.455 / 05, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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 100 Silveira</u> | Número | <u>217</u> | Complemento | <u>Residencial</u> |
| Bairro | <u>Brasilia</u> | Cidade | <u>Jr. Cór Da Glória</u> | Estado | <u>SE</u> |
| Email | <u>moncordufaria@gmail.com</u> | Telefone comercial(DDD) | <u>59.99189207</u> | Telefone celular (DDD) | <u>59.99252568</u> |

Blána, 02 de Agosto de 2019
Local e Data

Jose Marcos de Oliveira Rosa
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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, Maria José Soares de Souza,

RG nº 1.088.443, data de expedição 08/05/2019

Órgão SSP/SE, portador do CPF nº 930.577.505-59,

com domicílio na cidade de Poco Redondo, no Estado de Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua do compo, nº 43,

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

mençãoado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Antônio Clayton De Santana, cujo o condutor era
Antônio Clayton De Santana.

Veículo: PAS / MOTOCICLETA Modelo: HONDA / POP 1.10 I Ano: 2019

Placa: QMF 4891 Chassi: 9C2JB0J00KR1J3154

Data do Acidente: 10/05/2019

Local e Data:

Poco Redondo - SE, 04.07.2019.

Maria José Soares de Souza

Assinatura do Declarante

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

| |
|--|
| Selo TJSE: 201 <u>9</u> 29563 <u>005248</u> |
| Acesse: www.tjse.jus.br/X/996624 |
| Reconheço como verdadeira (s) a (s) firma (s) de <u>"Yana"</u> |
| Ofício da Comarca de Poco Redondo/SE <u>04/07/2019</u> |
| Bel. Marco Aurélio Modesto Maron Notário Titular |



HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Receituário

ANAMNOSIS - SINTOMAS

RECORRIDO MEDICO

O PETE SUSPEITO CON
DIAGNOSTICO DE FRACURA
DO MOLDE FIBROSA DA
PÓLVORA DA PUNHAL.
ANALISES FRAZAS
CONSIDERADAS E POSSIBILIDAD
CIV. 5-800

Assinatura: 20/08/19

Dr. Antonio E. Lara Arce
Ortopedia - Traumatologo
CRM 2806 - TEOT 6624

INVESTPREV

23 AGO 2019

**PREFEITURA MUNICIPAL
DE POÇO REDONDO**

Ficha de Assistência a Saúde

Nº DE
INSC.

76-799

UNIDADE DE SAÚDE:

UPA24h

**UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
DONA ZULMIRA SOARES**

NAME:

DATA:

APPENDIX

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO

FILIAÇÃO:

PAI: Antonio Echenocia de Santana

M&E: *crassia marginata* de SantAna

ENDERECO

PROFISSÃO

REFERÊNCIA:

CUADRO AUXILIAR ANAMNESE

**ALERGIA
CARDIOPATIA
DIABETES
ERU. FERIA**

**HANSENIASE
HEMORRAGIA
HEMOFILIA
HIPERTENSÃO**

**PSICOPATIA
TUBERCULOSE
TIPO DE SANGUE**

DADOS DO PACIENTE

NOME: Antônio Clayton de Souza

SEXO FEM. MASC. IDADE: 42 anos ESTADO CIVIL:

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

RESPONSÁVEL: _____

DESTINO DO PACIENTE: Ribeirão da Ilha

DESCRIMINAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

Relevo onde de jato baixa 1h, relevo dos sintomas de rompeço no m T1. Relevo anteror na escala.

HD: Fratura?

MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- Isoniazida 100 mg IM

- Controfend 50 mg U.O

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Franse / Fratura

MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ: Intendente

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO: Exame

OBS.: ENCAMINHAR FOTOCÓPIA DOS EXAMES REALIZAD

U.P.A 24h Poco Redondo

Unidade Hospitalar

10/05/19

Local e Data

ESTEVÃO DE JESUS
CRM 5826/SI

Ass.

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 658678
CNS:DATA: 10/05/2019 HORA: 15:33 USUARIO: ACARAGAO
SETOR: 04-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ANTONIO CLAYTON DE SANTANA DOC...: 1525717
 IDADE....: 42 ANOS NASC: 03/06/1976 SEXO..: MASCULINO
 ENDERECO....: RUA CANDIDO LUIZ DE SA NUMERO: 108
 COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: CENTRO
 MUNICIPIO....: POCO REDONDO UF: SE CEP...: 49810-000
 NOME PAI/MAE.: ANTONIO FLORENCIO DE SANTANA /MARIA MARQUES DE SANTANA
 RESPONSAVEL....: A ESPOSA TEL...: 079 885995
 PROCEDENCIA....: POCO REDONDO - SE 85
 ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: *lesao tissular articular* CID: *trauma*
 PRESCRICAO | HORARIO DA MEDICACAO

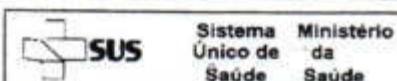
M + enz nro 60/0
16-3839
felix antônio lopo trevis
ortopedico
carreiro de traumas
639

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: / /
 ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
 INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): *383*

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
 OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS | [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

J. Ivanise dos Santos
 ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

639
 ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

ANTÔNIO CLAYTON DE SANTANA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RACA/COR

11 - ETNIA

408203173005242

Masc.

Fem.

3

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

Maria Marques de Santana

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

Antônio Florêncio de Santana

15 - ENDERECO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - UF

19 - CEP

A. Lourdes Juz de São

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Poco Redondo

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

66 44810-000

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Fratura do TO Ano teto Afeito.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TB TAMENTO CIRÚRGICO

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

ADAO GRAN FIR

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDARIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura de maxilo

582.6

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fratura do maxilo (0) CIRÚRGICA

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

040 P050578

29 - CLÍNICA

30 - CARATER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CPF

X:CPF 129569085-68

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Leonardo Passos Silva

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO - 35-ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Leonardo

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

Ortopedista / Traumatologista

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () CNPJ DA SEGURADORA

40 - () DEPARTAMENTO / SETOR

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

41 - () DEPARTAMENTO / SETOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

43 - CNAE DA EMPRESA

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

**EVOLUÇÃO
MÉDICA**

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO



UNIDADE HOSPITALAR:
Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR:

LEITO:

PACIENTE:

Maria das Graças Bonfim

SEXO:

REG.:

DATA

HISTÓRICO

25/05

*DO. INHAUMO TANT GUINHEU
FRANCIS LUKAS M. D. M. D. DA*

LL
Dr. Antonio E. Laro Arce
Oncologista - Traumatologo
CRM 2608 - TEC 6624

26/05

*100PO NATI MAR. 200 - DAKOZCO
AVOIDAR HASTA DORSAL ALTA
HOSPITALIZAR*

LL
Dr. Antonio E. Laro Arce
Oncologista - Traumatologo
CRM 2608 - TEC 6624