

# 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

**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, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**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

---

**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



---

**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  
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO, SE



Nº: 071307/2019

## 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: Fabio 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

Complemento: PROXIMO AO ALTO BONITO

CEP: 49.810-000

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

#### Endereço

Município: Poço Redondo - SE

Logradouro: RUA CANDIDO LUIS DE SA

Nº: 108

Complemento: PROXIMO 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: Antonio Florencio 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

INVESTPREV

23 AGO 2019



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 071307/2019

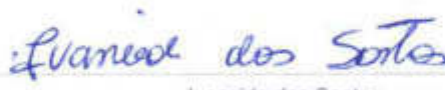
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Nome Envolvido	Envolvimentos
Antonio Clayton de Santana	Possuidor

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

  
Roberto de Melo Santos  
Ag. Pol. Jud. 1 Classe  
Ag. Pol. Estado 30671547  
Melo  
Agente de Polícia  
Matrícula 4717882  
Responsável pelo Atendimento

  
Ivaneide dos Santos  
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou sua única(s) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nas Artigos 339- Denúncia Caluniosa e 340- Comunicação Falsa de Crime 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: 005.225.455-05 Nome completo da vítima: Antonio Clayton de Santana

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

Nome completo: Antonio Clayton de Santana CPF: 005.225.455-05

Profissão: barbeiro Endereço: Rua Candido Luiz de Sa Número: 108 Complemento: Casa

Bairro: Centro Cidade: Poço Redondo Estado: SC CEP: 49810-000

E-mail: marcosdegloia@gmail.com Tel.(DDD): 79-99918-3202

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: 3893 ☐ CONTA: 12565 ☐ 9

(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) ☐ 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: \_\_\_\_\_ 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: Flórida - 02 de Agosto de 2019

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura de quem assina A ROGO: Antonio Clayton de Santana

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_ Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

(\*) 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.



Sto

76-797

UPA24h

Antonia Clayton de Santana

APELIDO: \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO: 03/06/76 SEXO: M

FILIAÇÃO: PAI: Antonio Ezequiel de Santana  
MÃE: Maria Inez de Santana

ENDEREÇO: Rua Condado L. 505 REFERÊNCIA:

PROFISSÃO Design Gráfico RESPONSÁVEL:

ALERGIA	<input checked="" type="checkbox"/>	HANSENIASE	<input type="checkbox"/>	PSICOPATIA	<input type="checkbox"/>
CARDIOPATIA	<input type="checkbox"/>	HEMORRAGIA	<input type="checkbox"/>	TUBERCULOSE	<input type="checkbox"/>
DIABETES	<input type="checkbox"/>	HEMOFILIA	<input type="checkbox"/>	TIPO DE SANGUE	<input type="checkbox"/>
EPILEPSIA	<input type="checkbox"/>	HIPERTENSÃO	<input type="checkbox"/>		

DATA	ANAMNESE - EXAME - DIAGNOSTICO - CONDUTAS	ASSINATURA
005/92A-	180 X 30mmHg	[Signature]

For each white space a mark is  
added to the MTD, which is a  
feature, realized in the same  
transformation as the original of the

W: Travel m. of In  
- control P. of U.  $\gamma_{10:21}$

DOI: 10.1002/for  
 0950-0804/05/05026-06

## INVESTPREV

23 AGO 2019

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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 José 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 Invalidez 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Dos Silves</u>		Número <u>217</u>	Complemento <u>Residencial</u>
Bairro <u>Brasília</u>	Cidade <u>Br. da Glória</u>	Estado <u>SE</u>	CEP <u>49.680-000</u>
Email <u>marcosdugloria@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>79.99189207</u>	Telefone celular (DDD) <u>79.99252568</u>

Glória, 02 de Agosto de 2019  
Local e Data

José Marcos de Glória Rosa  
Assinatura do Declarante



Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Jose Soares de Souza,

RG nº 1.008.443, 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 campo, nº 43,

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

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

Antonio Clayton De Santana, cujo o condutor era

Antonio Clayton De Santana.

Veículo: PAS/MOTOCICLETA Modelo: HONDA/POP 110I Ano: 2019

Placa: QMF 4891 Chassi: 9C2JB0100KR113114

Data do Acidente: 10/05/2019

Local e Data: Poco Redondo - SE, 04.07.2019.

Maria Jose Soares de Souza  
Assinatura do Declarante

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

Selo TJSE: 2019 29563 005246  
Acesse: [www.tjse.jus.br/X/796264](http://www.tjse.jus.br/X/796264)  
Reconheço como verdadeira (s) a (s) firma (s) de Maria Jose Soares de Souza  
em testemunho da verdade.  
1º - 04.07.2019  
Bel. Marco Aurélio Modesto Maron  
Notário Titular

INVESTPREV

23 AGO 2019



# HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

## Receituário

ANTONIO CLOYON-SANTANA

RECEITUÁRIO MÉDICO

O PACIENTE SUPRACITADO COM  
DIAGNÓSTICO DE TRAUMA  
DO MÍDULO FIBULAR DA  
PÉDULA DA ESQUERDA.  
ANALISANDO TRAUMA  
COMPLICADO E REABILITADO  
C/O. S. E. C.

20/08/19

Dr. Antonio E. Lara Arce  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 2806 - TEOT 6824

INVESTPREV

23 AGO 2019

Avenida 13 de junho, nº 776 - Centro - Itabaiana-SE - Fone (79) 3432-9200





## Nº DE INSC.

76.797

UPA24h

DATA:

Antonia Clayton de Santana

10/05/2019

DATA DE NASCIMENTO: 03/06/1976

SEXO:                     

PAI: Antonio Eberencio de Santana

MÃE: Maria Marques de Santana

Rua Condado de São

**REFERÊNCIA:**

PROFISSÃO

Agriculture

**RESPONSÁVEL:**

## ALERGIA

Vega
------

## CARDIOPATIA

## DIABETES

EPILEPSIA

\_\_\_\_\_

## HANSENIASE

## HEMORRAGIA

## HEMOFILIA

## HIPERTENSÃO

## PSICOPATIA

## TUBERCULOSE

TIPO DE SANGUE

DATA

ANAMNESE - EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTA

**ASSINATURA**

10.05.1921 - 180 x 90 mm + 19

Maths

Para obter o relatório sobre o estado do projeto e  
relatório do MTD, consulte o site do  
projeto, realizado no site do MTD  
e disponível no o Portal de Informação

(1) Traveling in  
- control of the  $\gamma$  10:21

STAN. 5926/ST

**DADOS DO PACIENTE**

NOME: Antonio Cleiton de Fátima

SEXO ☐ FEM. ☒ MASC. IDADE: 42 anos ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

DESTINO DO PACIENTE: Regresso de Itabém

**DESCRIMINAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:**

Relato made de início há 7 h, relato de  
história de convulsão no M.I.D. Relato sobre  
na internação.

HD: Fratura?

**MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:**

- Fenel 100 mg IM  
- Lorazepam 50 mg V.O

**MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:**

Fenel / Fratura

MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ: entregado

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO: Estêvão

**OBS.: ENCAMINHAR FOTOCÓPIA DOS EXAMES REALIZADOS**

UPA 24h Povo Redondo  
Unidade Hospitalar

10/05/19  
Local e Data

ESTEVAO DE CARVALHO  
CRM. 5826/S

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: \_\_/\_\_/\_\_

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

lesão ligamentar lateral

CID:

S06.00

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: 16:35

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

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# 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 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

709203173005242

Masc. ☐Fem. ☐

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

Maria Marques de Santana

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

Antonio Florencio de Santana

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Candido Luz de Sá

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

Poco Redondo

65

44810-000

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

FRATURA DO TÓRAX ABERTO.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TATAMENTO CIRÚRGICO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

ADQ/O GRAFIA

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

FRATURA DE MÚLEO

S82.6

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

FRATURA DO MÚLEO DO COTOVELO

0409050578

29 - CLÍNICA

30 - CARATER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

CIRURGIA URGÊNCIA

( ) CNS

(X) CPF

139568085-68

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Dr. Leonardo Passos Silva

Dr. Leonardo Passos Silva

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

40 - ENDEREÇO DA EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## 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)



# Prescrição Médica e Procedimento de Enfermagem

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Nome: Antônio Clayton de Santana		Idade: 43a		Enfermaria: A		Leito: 2			
DATA		1º TURNO 07:00 AS 13:00 Ass.		2º TURNO 13:00 AS 19:00 Ass.		3º TURNO 19:00 AS 07:00 Ass.			
25/05		<p>1- DADA VIVER</p> <p>2- FARMACOLOGIA COM RUM P/ VIV</p> <p>3- FARMACOLOGIA ALTA ENFERMIA</p> <p>4- GEMIDINHA 240 MG + 1000 MG 750</p> <p>5- EV. LA MIA</p> <p>6- DILUINDO O/SN EN 9/10 H.</p> <p>7- CORDONANDO 100 MG. EV. 12/12 H.</p> <p>8- DADA 100 MG EV. 9/6 M SOS</p> <p>9- CULMADA 900 MG.</p> <p>10.</p> <p>11.</p> <p>12.</p> <p>13.</p> <p>14.</p> <p>15.</p> <p>16.</p>		<p>SND</p> <p>500</p> <p>120</p> <p>120</p> <p>500</p> <p>ROUMA</p>		<p>18</p> <p>168</p> <p>24</p> <p>22</p> <p>120</p>		<p>24</p> <p>22</p> <p>120</p>	
26/05		<p>17- DADA VIVER</p> <p>18- CURARNO</p> <p>19- ALTA RESPIRATORIA</p> <p>20.</p> <p>21.</p> <p>22.</p> <p>23.</p> <p>24.</p> <p>25.</p> <p>26.</p> <p>27.</p> <p>28.</p> <p>29.</p> <p>30.</p>		<p>SND</p> <p>Atoraca</p> <p>curado</p>		<p>24</p> <p>22</p> <p>120</p>		<p>24</p> <p>22</p> <p>120</p>	

Dr. Antônio E. Lima Aze  
Otorrinolaringologista  
CRM 2808 - TEOT 6874

Dr. Antônio E. Lima Aze  
Otorrinolaringologista  
CRM 2808 - TEOT 6874

# EVOLUÇÃO MÉDICA

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO



UNIDADE HOSPITALAR:

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR:

LEITO:

PACIENTE:

ANDRÉ CASSIO DA SILVA

IDADE:

SEXO:

REG:

DATA

HISTÓRICO

25/05

P.O. INJUNTO TRAT. GULIELMO  
FRANCO LUKASCH TORNADO DA

Dr. Antonio E. Lora Arce  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 2808 - TEOT 6624

26/05

1º DPO INJUNTO TRAT. LUKASCH TORNADO DA  
HOSPITALAR ALTA

Dr. Antonio E. Lora Arce  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 2808 - TEOT 6624