

Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **AMBROSIO JUNIOR SANTOS RODRIGUES**

Nº Sinistro: **3180004297**

Vitima: **AMBROSIO JUNIOR SANTOS RODRIGUES**

Data do Acidente: **18/07/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180004297**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12179342



Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **AMBROSIO JUNIOR SANTOS RODRIGUES**

Nº Sinistro: **3180004297**

Vítima: **AMBROSIO JUNIOR SANTOS RODRIGUES**

Data do Acidente: **18/07/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180004297**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **18/07/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 entre 16 e 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

054.733.085-54

Ambrosio Junior Santos Rodrigues

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

CPF titular da conta

Profissão

Endereço

Número

Complemento

Bairro

Cidade

Estado

CEP

Email

Telefone (DDD)

Ambrosio Junior Santos Rodrigues
Rua Jose Dias Filho
Centro
Juazeiro

054.733.085-54
123
Sergipe

Sem Profissão
49220-000

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)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

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

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

DV

0059

(Informar dígito se existir)

00076570

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

DV

(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.

Juazeiro SE 22 de Dezembro de 2017
Local e Data

SHISLEY
CORRETORA

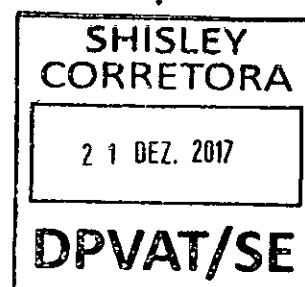
21 DEZ. 2017

DPVAT/SE

Ambrosio Junior Santos Rodrigues

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

Boletim de ocorrência



DELEGACIA ESP. DE DELITOS DE TRÂNSITO

AVENIDA AUGUSTO MAYNARD 552, SAO JOSE FONE: (79) 3211-7552

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2017/06515.0-001807 - Alterado

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA ESP. DE DELITOS DE TRÂNSITO

Endereço: AVENIDA AUGUSTO MAYNARD 552, SAO JOSE FONE: (79) 3211-7552

FATO

Data e Hora do Fato: 18/07/2017 - 21:30 até 18/07/2017 - 22:00

Endereço: RUA B6, COM AV. VASCO DA GAMA Número: Complemento: CEP: 49000-000

Bairro: SANTA MARIA Cidade: ARACAJU - SE Circunscrição: DELEGACIA ESP. DE DELITOS DE TRÂNSITO

Tipo de local: VIA PUBLICA Meio Empregado: OUTRO

VÍTIMA-NO1: CIANTE

Nome: AMBROSIO JUNIOR SANTOS RODRIGUES

Nome do pai: JOSÉ JOALDO RODRIGUES Nome da mãe: JANICE DOS SANTOS

Pessoa: Física CPF/CGC: 054.733.085-54 RG: 34410902 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: BOQUIM Data de nascimento: 04/02/1995 Sexo: Masculino Cor da cútis: Negra

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

Endereço: Rua Danilo Menezes Número: 141 Complemento:

CEP: 49.044-090 Bairro: SANTA MARIA Cidade: ARACAJU UF: SE

Proximidades: Telefone: 79 9-9907-2636

PERÍCIAS E ATENDIMENTO HOSPITALAR

Perícia: IML Guia de Exame

Descrição: LESÃO CORPORAL - AMBROSIO JUNIOR SANTOS RODRIGUES

HISTÓRICO

Relata a vítima que conduzia a motocicleta HONDA/POP 110i, COR PRETA, ANO/MODELO 2016/2017, PLACA QKY 2483/SE, CHASSI 9C2JB0100HR224388, licenciada em nome de AMÉROSIO J. SANTOS RODRIGUES, pelo local, dia e horário acima mencionados, quando ao sair da Rua B6 colidiu com o veículo GM/CORSA HATCH MAXX, COR VERDE, PLACA NVI 7412/SE, licenciado em nome de JOSEVAN F. JESUS JUNIOR, que vinha pela Av. Vasco da Gama; Que com o impacto a vítima caiu ficou desacordado e sofreu uma forte pancada no braço esquerdo; Que a motocicleta ficou totalmente danificada e que os reais danos serão conferidos em orçamento.

Acrescentado por Roberval Rodrigues Bernadino - 25/07/2017 às 13:04

A PANCADA FOI NO BRAÇO DIREITO; QUE FOI ATENDIDO E LEVADO PARA O HUSE POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU.

Data e hora da comunicação: 25/07/2017 às 12:58

Responsável pela Alteração: Roberval Rodrigues Bernadino

Última Alteração: 25/07/2017 às 13:04.

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.

25/07/2017

Departamento da Polícia Civil - Boletim de Ocorrência

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.

Ambrosio Junior Santos Rodrigues
AMBROSIO JUNIOR SANTOS RODRIGUES
Responsável pela comunicação

Roberval Rodrigues Bemadino
Roberval Rodrigues Bemadino
Responsável pelo preenchimento

5ª Serviço Notarial e Registral AMINTHAS GARCEZ
Rua Laranjeiras, 47 - Centro - CEP 49.010-000 - Aracaju/SE
Certifico que esta cópia confere com o original apresentado. Data: 30/07/2017
Aracaju/SE, 31 de outubro de 2017
José Luiz Costa dos Santos
Selo TISE: 201729509203174
Acesse: www.tjse.jus.br/x/DQKUBK



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, Ambrosio Junior Santos Rodrigues, portador da carteira de identidade nº 34410902 e inscrito no CPF/MF sob o nº 054.733.085-54, residente e domiciliado na Rua Jose Dias Filho 123, Centro, Cidade Aracua, Estado Sergipe, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

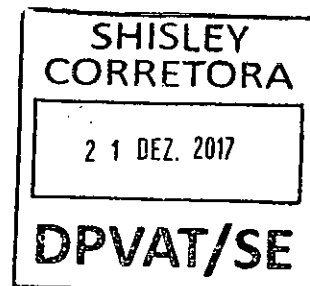
☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Ambrosio Junior Santos Rodrigues

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



22.12.2017, Aracua-SE

Local e data

Rx / Neuro / USG - 3500

Comprovação de ato declaratório



MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

Atividade Clínica

No. DO BE: 1565258

DATA: 18/07/2017

HORA: 13:02

USUARIO: [assinatura]

CNS:

SETOR: 06-SUTURA

Faturado
PS - Adulto

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ANBROSIO JUNIOR SANTOS RODRIGUES
IDADE.....: 22 ANOS NASC: 04/02/1995
ENDEREÇO.....: RUA DANILIO MENEZES
COMPLEMENTO....: SUS LENTO BAIRRO: SANTA MARIA
MUNICIPIO.....: ARACAJU UF: SE
NOME PAI/MAE...: JOSE JOALDO JANEIRO DOS SANTOS
RESPONSÁVEL...: TRAZIDO PELO SAMU/IRMA/JOELICE
PROCEDENCIA...: SAMU - SOCORRIDO PELO SAMU
ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO
ACTD. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

DOC....:
SEXO...: MASCULINO
NUMERO:
CEP....:
TEL....: 79-99901236
TRAUMA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

Motociclista vítima de colisão moto x carro, houve perda temporária de consciência. Queixa de dor cervical e dor em coluna torácica e lombar.

(A) (B) (C) (D) (E) dor em ombro (D); dor em abdome à guilhotina

NOTAÇÕES DA ENFERMAGEM: profunda em flanco (D), sem sinais de irritação peritoneal; não há sinais de fraturas ou costelas.

DIAGNOSTICO: 1- Rx torção AP; base AP; cervical P.

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MEDICACAO

Rx coluna torácica AP x P, coluna lombar AP x P

Rx ombro (D) 2 posições

(D) USG abdome total

(D) Rx NC R

DATA DA SAIDA:

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA UNIDADE DE SAUDE:

OBITO: [] ATE 48HS [] APÓS 48HS

[] FAMILIA [] IMI [] ANAT. PAT

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

REALIZADO EM

HORAS

AS

23:40

SHISLEY
CORRETORA

21 DEZ. 2017

DPVAT/SE



Companhia Sul Sergipana de Eletricidade
Rua Capitão Salomão, 314 - Centro Estância/SE
CEP: 49200-000 CNPJ: 13.255.658/0001-96

www.enegepe.com.br

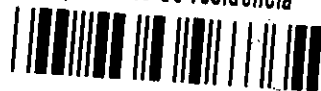
0800-284-9909

FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA

UC/DV

10846 / 4

Comprovante de residência



JOSE IVANILDO DOS SANTOS

R. JOSE DIAS FILHO, 123, CASA
CENTRO - Arua/SE - 49220-000

Medidor: 4765894 - M

Mês de Referência	Consumo kWh	Vencimento	Valor R\$
08/2017	120	28/08/2017	67,36

DADOS CADASTRAIS

CNPJ/CPF: 033.334.935-04
Grupo: Elaboração Monofásica
Classe: RESIDENCIAL - BAIXA RENDA - RBS 16134850889
TSEE criada pela Lei nº 10.438 de 26/04/2002
Tensão de Fornecimento (V): 220
Limites adequados de Tensão (V): 202 a 231
LIMITES DAS TENSÕES DE FORNECIMENTO CONFORME
ANEXO I DO MÓDULO 3 DO PRODIST
CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 010846

DADOS DE FATURAMENTO

Apresentação: 03/08/2017
Mês/Ano Faturamento: 08/2017
Leitura atual: (03/08/2017) 3155
Leitura anterior: (05/07/2017) 3035
Próxima leitura: 08/09/2017
Consumo Medido (kWh): 120
Consumo Diário (kWh): 4,13
Dias de Consumo: 29
Ocorrência do Mês: Lido
Média kWh últimos 12 meses: 129

HISTÓRICO DE CONSUMO - kWh

Mês/Ano	Consumo	Obs	Pagamento	Valor R\$
07/2017	118	Lido	Em aberto	68,11
06/2017	116	Lido	05/07/17	
05/2017	134	Lido	21/06/17	
04/2017	150	Lido	23/05/17	
03/2017	136	Lido	31/03/17	
02/2017	140	Lido	31/03/17	
01/2017	127	Lido	02/03/17	
12/2016	138	Lido	30/01/17	
11/2016	120	Lido	04/01/17	
10/2016	128	Lido	05/12/16	
09/2016	130	Lido	24/10/16	
08/2016	116	Lido	19/09/16	

IDENTIFICAÇÃO

Nota Fiscal / Série: 00.025.220/B
01.054.2201.004.035.87
Local de Entrega: 1

COMPOSIÇÃO DA FATURA - R\$

Art. 31, Resolução 186/2005 - ANEEL
Energia: 37,10% 24,48
Distribuição: 29,90% 19,06
Transmissão: 5,90% 3,85
Encargos Setoriais: 5,30% 3,46
Tributos: 22,70% 15,04
Outros: 1,42
TOTAL: 67,36

ITENS FATURADOS

Descrição	Qtde.	Tarifa	Valor(R\$)
CONSUMO	30 x 0,18733 =		5,61
CONSUMO	70 x 0,32114 =		22,47
CONSUMO	20 x 0,48172 =		9,63
ADIC. BANDA AMARELA	120 x 0,00783 =		0,94
ADIC. BANDA VERMELHA	120 x 0,00167 =		0,20
ICMS			23,75
PIS			0,57
COFINS			2,77

Outras cobranças

JUROS E CORREÇÃO	05/2017	0,16
MULTA POR ATRASO PAGTO	06/2017	1,26

REAVISO DE FATURA VENCIDA

Informamos que até o momento não registramos o pagamento do(s) débito(s) relacionado(s) abaixo:

MÊS/ANO	VALOR
07/2017	R\$ 53,11

VENCIMENTO DESTA REAVISO

18/08/2017
O não pagamento dos débitos em aberto no prazo de vencimento desta reaviso sujeita esta unidade consumidora a suspensão do fornecimento de energia elétrica conforme art. 172 da resolução Normativa n. 414/2010 da Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

TOTAL A PAGAR R\$ 67,36

TRIBUTOS	Base de Cálculo(R\$)	Alíquota(%)	Valor(R\$)
ICMS	95,01	25	23,75
PIS/PASEP	65,94	0,91	0,57
COFINS	65,94	4,20	2,77

DADOS TÉCNICOS

Inst. transformadora: 1010010
Número do medidor: 4765894
Fator de multiplicação: 1,000
Tipo de ligação: Monofásica

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conj. AFUA	Referência: 08/2017	MENSAL	TRIMESTRAL	ANUAL
ELUCO 3/13		META DIC 5,91	11,82	23,84
O consumidor tem o direito de solicitar a distribuidora a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICI e a qualquer tempo.		APUR. DIC 0,73	0,73	0,00
O consumidor tem direito de receber uma compensação, caso sejam atingidos os limites de continuidade individuais relativos a unidade consumidora para apuração mensal, tri e anual.		META FIC 3,42	6,85	13,76
		APUR. FIC 1,00	1,00	0,00
		META DMIC 3,46		
		APUR. DMIC 0,73		

RESERVADO AO FISCO: AF4A C34B 3771 ER3E 7E76 378E 64F5 3F9A

Res Anel 22/02/2017, vigência 22/05/2017

MENSAGEM

A conta normal de consumo seria R\$ 66,42, porém tem um desconto da Tarifa Social de R\$ 27,57, restando a ser pago R\$ 38,85, que com os demais valores acima discriminados totaliza R\$ 67,36



RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Leandro Junior Santos Rodrigues
DATA DA ENTRADA: 18/07/2017
DATA DA SAÍDA: 19/07/2017

INTERNAMENTO: PS () ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Reciente vômito colíco, náusea x cansa; relato de perda temporária de consciência, queixa de dor em cervical, torácica e lombar, dor em ombros direito e abdome. V.S. de abdome negativo. TC de crânio normal. Rx sem sinais de fratura. Atte hospitalar

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

SHISLEY
CORRETORA

21 DEZ. 2017

DPVAT/SE

EXAMES COMPLEMENTARES:

- Radios fletos
- TC de crânio
- V.S. de abdome -

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Luccas M. Chaves; Dr. Eivaldo Lins; Dr. Ricardo Motta; Dr. José Torres Neto; Dr. Bruno Barbosa Martins Oliveira

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

ARACATU de Agosto de 2017

Salete Spontam de Carvalho
Analise de Prontuário SAMBA
JRM

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário. sem ter contato profissional com o paciente, isto é, a responsabilidade do atendimento cabe aos médicos que o assistiram.

RX / Neuq / USC

Notificação Epidemiológica 0000

MS/DATASUS HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO HUSE
No. DO BE: 1565258 DATA: 18/07/2017 HORA: 23:02 UTILIZADO: ~~ambulatorio~~
CNS: SETOR: 06-SUTURA

Faturado
PS - Adulto

IDENTIFICACAO DO PACIENTE
NOME : ANBROSIO JUNIOR SANTOS RODRIGUES DOC...:
IDADE.....: 22 ANOS NASC: 04/02/1995 SEXO...: MASCULINO
ENDEREÇO.....: RUA DANILIO MENEZES NUMERO:
COMPLEMENTO...: SUS LENTO BAIRRO: SANTA MARIA
MUNICIPIO.....: ARACAJU UF: SE CEP...:
NOME PAI/MAE...: JOSE JOALDO JANICE DOS SANTOS
RESPONSAVEL...: TRAZIDO PELO SAMU/IRMA/JOELICE TEL....: 79-999072-36
PROCEDENCIA...: SAMU - SOCORRIDO PELO SAMU
ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

Motociclista vítima de colisão moto x carro, houve perda temporária de consciência. Ansiedade de ansiedade e dor em coluna torácica e lombar.

(4) (A) (C) (D) (E) Dor em ombro (D); dor e abdome à guisa

ANOTACOES DA ENFERMAGEM: *profunda em flanco (D), sem sinais de irritação peritoneal; não há sinais de fraturas ou costelas.*

DIAGNOSTICO: *1- Rx tórax AP; tórax AP; cervical P;* CID:

PRESCRICAO: HOFARIC DA MEDICACAO

Rx coluna torácica AP e P, coluna lombar AP e P

Rx ombro (D) 02 posições;

(1) UEG abdome total

(3) Ao NC R

DATA DA SAIDA: / /

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

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA UNIDADE DE SAUDE:

OBITO: [] ATÉ 48HS [] APÓS 48HS [] FAMILIA [] IMI [] PNAT. PATI

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

REALIZADO EM 18/07/2017 HORA: 23:40

AS 23:40

SHISLEY
CORRETORA
21 DEZ. 2017
DPVAT/SE

ULTIMOS 100 dias 2017 (F057)

CONCLUSÃO Exame Normal (Ausência de Lesão Intracran).

P08.10.10.12).

2

Dr. Ertivaldo Lira
Clínico Geral - Médico do Trabalho
Ultrassonografista
CREMESE 21447 CREMESE 1016

18/07/17 01:25 # Neurologia.

- >> Acidente Isquêmico
- por queda das 21h
- perda de consciência

>> Análise: ECG 615, sem sinais de fraqueza de
leão de crânio, EM 5/5

- >> TCC = ausência de lesão, presença
de alteração intracranial - axial
- >> CO = observação de 20 gh

Ortopedia

Paciente c/ queda de braço em
ambiente doméstico.

Ex: normal, movimento completo

Rx = sem alterações
100% continuação

do 1º e 2º de artroscopia

③ lesões articulares de grau 1
sem lesão de grau 2

Dr. Altes

19/09/17
09h

Paciente c/

torção ocular
Ab = musculatura
cervical Ab
sem lesões.

Dr. Altes

Dr. Ricardo Motta
Neurocirurgia
Cirurgia de Coluna
CRM/SE 3657

Dr. Barbara Martins Oliveira
Neurologia
CRM/SE 4593
CPF: 995.264.905-71

Análise: 01:45h

Paciente refer persistência de dor em membros direitos; Encontra-
mentos pelo RCR. Nível dos ombros (USG: Normal, segundo ultrassom)

As BF: Abdom: Plano, plano de dor;
AR: normal

Ed: - Análise do ortopedico. Profundidade 100g, 5M.

- Alto do Cirurgião Geral - Dr. José Torres Neto
Medicina
CRM 4809



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1296995756

PROIBIDO PLASTIFICAR
1296995756

NOME
AMBROSIO JUNIOR SANTOS RODRIGUES

DOC IDENTIDADE / ÓRGÃO EMISSOR / UF
34410902 SSP SE

CPF
054.733.085-54

DATA NASCIMENTO
04/02/1995

FAMÍLIA
JOSE JOALDO RODRIGUES
JANICE DOS SANTOS

PERMISSÃO
ACC
CAT HAB
AB

Nº REGISTRO
06475564408

VALIDADE
21/01/2020

Nº HABILITAÇÃO
03/10/2015

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO.

Ambrosio Junior Santos Rodrigues
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
ARACAJU, SE

DATA DE EMISSÃO
10/10/2016

Luz
LUZ DE AZEVEDO COSTA NETO
DIRETOR - PRESIDENTE

66292043612
SE018586490

ASSINATURA DO EMISSOR

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

SHISLEY
CORRETORA

21 DEZ. 2017

DPVAT/SE

SHISLEY
CORRETORA

21 DEZ. 2017

DPVAT/SE

CONTRAN		DENATRAN	
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES			
CS DETRAN - SE 00000000000000000000 Nº 013426824476			
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO			
1	VIA	2	EXERCICIO
1	01102250037	000000000000	2017
NOME			
AMERSONIO J SANTOS RODRIGUES			
CPF/CNPJ			
054.733.005-54			
PLACA			
OKY2403			
CHASSI			
9CEJ00100HRE24300			
COMBUSTIVEL			
GASOLINA			
MARCA/MODELO			
HONDA/POP 1101			
CATEGORIA			
PARTIC			
COR PREDOMINANTE			
PRETO			
COTA UNICA			
VENC. COTA UNICA			
1º			
VENC. COTAS			
2º			
VENC. COTAS			
3º			
VENC. COTAS			
PREMIO TARIFARIO (R\$)			
10,00			
PREMIO TOTAL (R\$)			
10,00			
DATA DE PAGAMENTO			
22/02/2017			
OBSERVAÇÕES			
AL. FIDUC. ADM. DE C.A. MAC. HONDA LTD			
LOGO			
30/00/2017			
DETER. PRESIDENTE			

SEGURO		SE	
SE Nº 013426824476		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204			
VIA		EXERCICIO	
054.733.005-54		2017	
PLACA		OKY2403	
RENAVAM		HONDA/POP 1101	
ANO FAB		2016	
QNT. INSC.		9	
Nº CHASSI		9CEJ00100HRE24300	
PREMIO TARIFARIO		CUSTO DO SEGURO (R\$)	
0,15		9,85	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		10,00	
4,15		10,00	
PAGAMENTO		DATA DE OUTUBRAÇÃO	
COTA UNICA		22/02/2017	
PARCELADO			
RIS (R\$)		DENATRAN (R\$)	
0,15		9,85	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		10,00	
4,15		10,00	
PAGAMENTO		DATA DE OUTUBRAÇÃO	
COTA UNICA		22/02/2017	
PARCELADO			



DUT

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

ABR / 2017

RECIBO SE Nº 013426824476



ASSINATURA

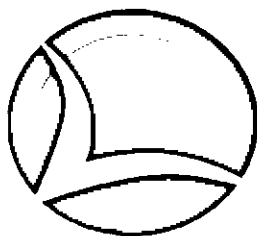
Outros



SHISLEY
CORRETORA

21 DEZ. 2017

DPVAT/SE



Lacrise
consultas e exames

Relatório Médico.

O SR. Ambrásio Júnior Souto
Rodrigues, 22 anos de idade,
piloteava uma motocicleta, quan-
do colidiu com um carro e caiu
no solo, em 18/07/2017.

Em consequência do acidente,
o SR. AMBROSIO CONDUZIU O CARRO PARA
ONDE FOI CONSTATADO LUXAÇÃO INTER-
NO OMBILHO D. CID S43.2.

Imobilizado em tala, para
recuar assim por 30 dias.
Apesar do bom tratamento, ficaram

Dr. Masayuki Ishi
Médico Ortopedista
CRM 1276

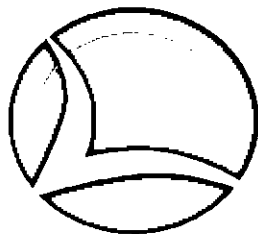
Obs. Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.

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 PRÓXIMO ATENDIMENTO, TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.



Laclise
consultas e exames

- Sequelas abaixo relacionadas:
- (a) Limitação da abdução do braço D.
 - (b) Dor e aumento de volume no articularo esterno clavicular que está luxado.
 - (c) Perda de força no braço D.

Perda funcional do MTD 60%

Aracaju 31/10/2017

Dr. Masayuki Ishi
Médico Ortopedista
CRM: 1276

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

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

www.laclise.com.br

Fone: (79) 3253-7200

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

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

2

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180004297 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AMBROSIO JUNIOR SANTOS RODRIGUES **Data do acidente:** 18/07/2017 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Trauma em ombro direito

Resultados terapêuticos: Resolução completa, sem evidência de limitação insusceptível a terapêutica ou mecanismo de trauma que acarrete prejuízo funcional parcial/total a vítima.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Segundo a documentação médica disponível não há lesões e/ou sequelas indenizáveis nos moldes previstos pela legislação vigente.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

