

---

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**



---

Rio de Janeiro, 08 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: 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**
**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:

Benedário 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").

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

Ambrósio Júnior Santos Rodrigues

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo

Ambrósio Júnior Santos Rodrigues

CPF titular da conta

Profissão

Endereço

Rua José Díos Filho

Número

Sem Profissão

Bairro

Centro

Cidade

Estado

CEP

123

Complemento

Email

Aracaju

49220-000

Telefone (DDD)

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS** 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

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341) CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO

DIV

CONTA

NRO

DIV

0059

100076570

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

NRO

DIV

CONTA

NRO

DIV

(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 Lider 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.

**SHISLEY CORRETORA**

21 DEZ. 2017

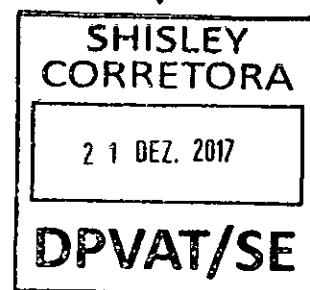
**DPVAT/SE**

*Aracaju-SE 22 de Dezembro de 2017*

Local e Data

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**

**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****O'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-NOCIONISTA**

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 pele: 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

**SHISLEY CORRETORA**  
 21 DEZ. 2017

**DPVAT/SE****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 AMBROSIO 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 desacordado e sofreu uma forte pancada no braço esquerdo; Que a motocicleta ficou totalmente danificada e que os reais danos serão conferidos em orçamento.

Acrecentado por Roberval Rodrigues Bemadino - 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

Última Alteração: 25/07/2017 às

Responsável pela Alteração: Roberval Rodrigues Bemadino 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.

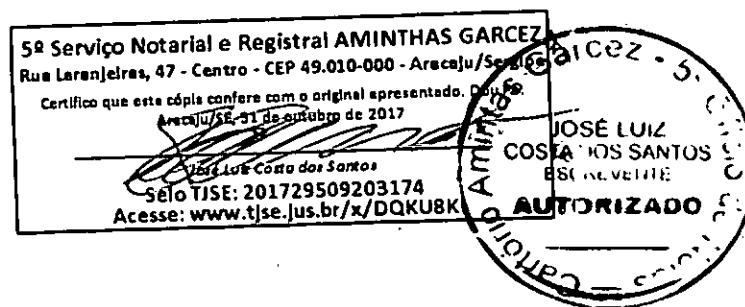
25/07/2017

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 Júnior Santos Rodrigues*  
AMBROSIO JUNIOR SANTOS RODRIGUES  
Responsável pela comunicação

*RBD*  
Roberval Rodrigues Bermadino  
Responsável pelo preenchimento



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML

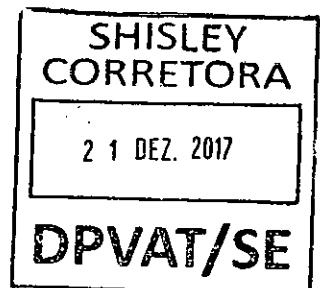


Eu, Ambroso Junior Santos Rodrigues, portador da carteira de identidade nº 34410902 e inscrito no CPF/MF sob o nº 054.733.085-54, residente e domiciliado na Rua José Díaz Filho 123, Centro, Cidade Anaiva, Estado Sergipe, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do 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.



Ambroso Junior Santos Rodrigues

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

22.12.2017, Anaiva-SE

Local e data



MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1565258  
CNS:

DATA: 18/07/2017 HORA: 13:02 SETOR: 06-SUTURA

**Faturado**  
**PS - Adulto**

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

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

DOC...: MASCULINO  
 SEXO.: MASCULINO  
 NUMERO:  
 CEP...:  
 TEL...: 79-9990/2-  
 36

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

EXAMES COMPLEMENTARES: [ ] RAIO X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TO  
 [ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASOMOGRAFIA

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

## DADOS CLINICOS:

Motociclista vítima de colisão moto + carro, leve perda temporária de  
 consciência. Anvisa-se de artralgia e dor em coluna toracica e lombos.

(A) (D) (D) (D) dor nas costas, (E) Dor em ombro(s); dor e abdome à palpitação.  
 ANOTACOES DA ENFERMAGEM: profunda em flanco(D), sem sinais de irritação  
 posterior; no lado sinistro do peito com dor no coração.

DIAGNOSTICO: 1- Retorno AP; dor AP; dor lombar AP;

PRESCRIÇAO

CID:

HOFARIC DA MEDICACAO

Rx coluna toracica AP x P, coluna lombar AP x P

Rx ombro(D) ex posicão

(D) DOR abdome total

Rx NC R

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO

CRM/CREME/CHAMADA SAUDE:

[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

CRM/CREME/SEC/ [ ] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA UNIDADE DE SAUDE:

OBITO: [ ] ATE 46HS 07/1 APÓS 46HS [ ] FAMILIA [ ] IMI [ ] ANAT. PAT.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

REALIZADO EM 18/07/17

HORAS 13:02:00 - 13:02:00

AS

23:40

**SHISLEY**  
**CORRETORA**

21 DEZ. 2017

**DPVAT/SE**

Comprovante de residência



Companhia Sul Sergipana de Eletricidade  
Rua Capitão Salomão, 314-Centro Estância/SE  
CEP: 49200-000 CNPJ: 13.255.658.0001-96

[www.sulgipe.com.br](http://www.sulgipe.com.br)

**0800-284-9909**

FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA

UC / DV

10846 / 4

JOSE IVANILDO DOS SANTOS

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

Medidor: 4765994 - M

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

DADOS CADASTRAIS

CNPJ/CPF: 693.384.835-04  
Endereço: Ligueção Monofásica  
Casa Residencial - BAIXA RENDA - NIS: 16134850889  
TSEE: Cadastral nº 10.438 de 26/04/2002  
Tensão de Fornecimento (V): 220  
Limites aceitáveis 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 09/2017  
Leitura atual (03/08/2017) 3155  
Leitura anterior (05/07/2017) 9035  
Próxima Leitura 06/09/2017  
Consumo Médio (kWh) 120  
Consumo Diário (kWh) 4,13  
Dias de Consumo 29  
Ocorrência do Mês Lido  
Média kWh ultimos 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	124	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 0C+035 87  
Local de Entrega 1  
**COMPOSIÇÃO DA FATURA - R\$**  
Art 31, resolução 186/2005 - ANEEL:  
Energia 37,10% 24,48  
Distribuição 29,80% 20,06  
Transmissão 5,90% 3,88  
Encargos Salariais 5,30% 3,49  
Tributos 22,70% 15,94  
Outros 1,42  
TOTAL 67,36

ITENS FATURADOS

Descrição	Qtde.	Tarifa	Valor(R\$)
CONSUMO	30 x 0,18733 =	5,81	
CONSUMO	70 x 0,32114 =	22,47	
CONSUMO	20 x 0,48172 =	9,63	
EDIC BAND AMARELA	120 x 0,00783 =	0,94	
EDIC BAND VERMELHA	120 x 0,00167 =	0,20	
ICMS		23,75	
PIS		0,57	
COFINS		2,77	

REAVISO DE FATURA VENCIDA

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

MÊS/ANO	VALOR
07/2017	R\$ 68,11

Outras cobranças

JUROS E CORRÉCAO	06/2017	0,16
MULTA P/ ATRASO PAGTO	06/2017	1,26

VENCIMENTO DESTE REAVISO  
18/08/2017

O não pagamento dos débitos em aberto  
no prazo de vencimento deste reaviso  
sujeta à incidência de consumidores 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**

TÍTULOS	Base de cálculo(R\$)	Ajustaria(%)	Valor(R\$)
(devidos até a data total)			
ICMS	95,01	25	23,84
PIS/PASEP	68,94	0,91	0,57
COFINS	68,94	4,20	2,77

DADOS TÉCNICOS

Inst. transformadora...	1010010
Número do medidor...	4765994
Fator de multiplicação:	1,000
Tipo de ligação.....	Monofásica

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjunto ARACUA	Referência 06/2017	MENSAL	TRIMESTRAL	ANUAL
EUSD 3/ 13				
O consumidor tem o direito de solicitar à distribuidora a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.				
O consumidor tem direito de receber uma compensação caso sejam aplicados os limites de continuidade individuais relativos a unidades consumidoras para apuração mensal, tri e anual.				
RESERVADO AO FISCO AF4A C34B 3771 EHAE 7E78 978E 84F5 3F9A				

Res Anel 124/2017, vigência 22/05/2017

SHISLEY  
CORRETORA

21 DEZ. 2017

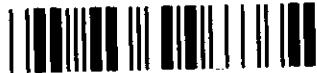
DPVAT/SE

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.



GOVERNO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Documentação médica - hospitalar



## RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

DATA DA ENTRADA:

DATA DA SAÍDA:

INTERNAMENTO:

PS ( )

ENFERMARIA ( )

UTI ( )

### HISTÓRICO CLÍNICO:

Recente ictus colicu recto x cano; relato de perda temporária de consciência, queixa de dor lombar e cósica, dor em dorso direito e abdome. VZ de abdome negro feto. TC de crânio normal, CX sem punção de sangue. Pte hospitalar

SHISLEY  
CORRETORA

21 DEZ. 2017

DPVAT/SE

### HISTÓRICO CIRÚRGICO:

### EXAMES COMPLEMENTARES:

- Rendes hepaticos
- TC de crânio
- US. do abdome.

### MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Luciano M. Ghezzi Dr. Crivaldo  
Lima Dr. Ricardo Motta Dr. José  
Tenes Neto Dr. Breno Bahia Mar  
tins Oliveira

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

ARACAJU

Saúde Spontânea de Aracaju  
Analise de Pronto/SAMER/SCM/505

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.

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

HUSE

NO. DO BE: 1565258

DATA: 18/07/2017 HORA: 03:02

CNS:

SETOR: 06-SUTURA

**Faturado**  
**PS - Adulto**

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ANBROSIO JUNIOR SANTOS RODRIGUES  
 IDADE.....: 22 ANOS NASC: 04/02/1995  
 ENDERECO....: RUA DANILIO MENEZES  
 COMPLEMENTO...: SUS LENTO BAIRRO: SANTA MARIA  
 MUNICIPIO....: ARACAJU UF: SE  
 NOME PAI/MAE.: JOSE JOALDO 'JANICK DOS SANTOS  
 RESPONSAVEL...: 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...: MASCULINO  
 SEXO...: MASCULINO  
 NUMERO:

 CEP...: 79-9990-7236  
 TEL...: 79-9990-7236

PA: [ ] mmHg PULSO: [ ] TEMPI.: [ ] FREQ: [ ]

 EXAMES COMPLEMENTARES: [ ] RAIO X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TO  
 [ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASOMOGRAFIA

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

## DADOS CLINICOS:

Motociclista vítima de colisão moto + carro, leve perda temporária de consciência. Querida-se de artralgia e dor em coluna toracica e lombos. (3) (3) (3) náuseas; (E) Dor em ombro(3); dor e abdome à palpitação.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM: profunda em flanco(3), sem sinais de irritação peritoneal; nenhuma lesão óssea ou fratura em costa.

## DIAGNOSTICO:

Rx torax AP; lombos AP; cervical P;

## PRESCRICAO:

CID: P

HOFARIC 100 MG/500ML

Rx coluna toracica AP e P, coluna lombar AP e P

R+ ombro(3) es posicões;

(3) DGS abdome total

3 lo NC R

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO

CHAMADA SAIDA:

[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

CR45563664 [ ] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA UNIDADE DE SAUDE:

DEBITO: [ ] ate 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IMI [ ] DPVAT/SE

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

REALIZADO EM 18/07/17

HORA:

AS 03:40

**SHISLEY CORRETORA**  
 21 DEZ. 2017

**DPVAT/SE**

UNIVERSIDAD DE MENDOZA (FQST)

CONCURSO Examen Normal (Anexo de la clínica IMTA).

PERSONAL).

2. J.

Dr. Eribaldo Lira  
Clínico General, Médico de Trabajo  
Ultrasonografista  
CREMSE 2447 CREMSE 1016

18/07/17 01:25 Neurologia.

- >> Anamnesis motorial  
→ por deseo dos dñs  
→ pensó de infarto

>> Anamnesis: EC 615, sin síntesis ni fractura de huesos de cráneo; Fm. ~~5/5~~

>> TCC = auscultación de pulmones, auscultación de abdomen intubación

>> CO = observación de los signos

\* hir. Gastro 01:45h

Paciente con persistentes dolores en órganos directos observados pelo NCR. Peso del abdomen, VSG: Normal, negativo reflejo anal. A.R.: Normal: Plano, suave, indolor;

Ed: - Auscultación de estomago. - Profundidad 10cm, TM.

- Alto del líquido gástrico. - Dr. José Torres Nieto

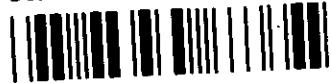
Médico CRM 2809

19/09/17  
06h

Paciente c/ dolor en abdomen, abd. e circulación cerebral,仙 decúbito.

Dr. Ricardo Motta  
Neurocirugía  
Cirugía de Coluna  
CRM/SE 3657

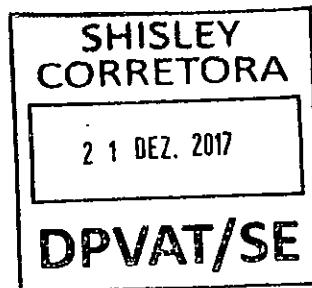
Breno Barbosa Martins Oliveira  
Neurocirujano  
CRM/SE 25693  
CPF: 935.256.905-71



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

NOME <b>AMBROSIO JUNIOR SANTOS RODRIGUES</b>	
DOC IDENTIDADE/ÓRGÃO EMISSOR/UF <b>34410902 SSP SE</b>	
CPF <b>054.733.085-54</b>	
DATA NASCIMENTO <b>04/02/1995</b>	
FAMÍLIA <b>JOSÉ JOALDO RODRIGUES</b>	
JANICE DOS SANTOS	
PERMISSÃO <b>PERMIS</b>	ACO <b>ACO</b>
CAT NAB <b>AR</b>	
Nº REGISTRO <b>06475564468</b>	VALIDADE <b>21/01/2020</b>
V HABILITAÇÃO <b>03/10/2015</b>	
OBSERVAÇÕES <b>SEM OBSERVAÇÃO:</b>	
<i>Ambrosio já não exerce mais a função</i>	
ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL <b>ARACAJU, SE</b>	DATA DE EMISSÃO <b>10/10/2016</b>
<i>Ledl</i> LUZ DE AZEVEDO COSTA NETO DIRETOR - PRESIDENTE	<b>56292043612</b> <b>SE018556490</b>
ASSINATURA DO EMISSOR	
<b>SECRETARIA MUNICIPAL DE TRANSPORTES E OBRAS PÚBLICAS</b>	

PROIBIDO PLASTIFICAR  
**1296995756**



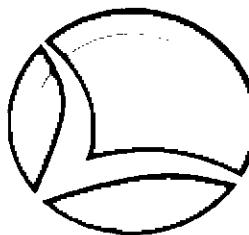




SHISLEY  
CORRETORA

21 DEZ. 2017

DPVAT/SE



**Laclise**  
consultas e exames

### Relatório Médico

O sr. Ambrósio Júnior Soárez Rodrigues, 22 anos de idade, pilotava uma motocicleta, quando colidiu com corrente caída no solo, em 18/07/2017.

Em consequência do acidente, o saiu condutor do IHSSE e foi constatado luxação sternoclavicular D. CID S43.2.

Sensibilizado na tipície, permanecendo assim por 30 dias. Apesar do bom tratamento, ficaram

Dr. Masayuki Ishi  
Medico Ortopedista  
CRM: 1276

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

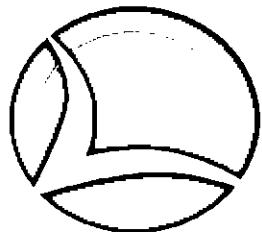
Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE

[www.laclise.com.br](http://www.laclise.com.br)

Fone: (79) 3253-7200

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

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



**Laclise**  
consultas e exames

Seguelos abaixo relacionados:

- (a) limitação da abdução do braço).
- (b) dor e aumento de volume no artelocôxo esterno clavicular que está luxado.
- (c) Perda de força no braço D.

Perda funcional da MSL 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](http://www.laclise.com.br)

Fone: (79) 3253-7200

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

MARQUE JÁ O 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      **Data do acidente:** 18/07/2017      **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA  
RODRIGUES

## 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:**