

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376950/18

Vítima: NILTON BARBOSA DOS SANTOS

CPF: 040.925.015-52

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 19/10/2015

Titular do CPF: NILTON BARBOSA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de óbito
Comprovação de ato declaratório
Documentos de identificação
Laudo do IML - Necropsia
Outros

PEDRO VITOR SANTOS DE MELO : 106.257.655-16

Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

RAYANE BARBARA BARBOSA DOS SANTOS : 067.105.295-09

Comprovante de residência
Documentos de identificação
Tutela

ATENÇÃO

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

- A indenização de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/10/2018
Nome: RAYANE BARBARA BARBOSA DOS SANTOS
CPF: 067.105.295-09

RAYANE BARBARA BARBOSA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2018
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

Nathalia Beatriz Braga Costa

Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: RAYANE BARBARA BARBOSA DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180486222

Vitima: NILTON BARBOSA DOS SANTOS

Data do Acidente: 19/10/2015

Cobertura: MORTE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180486222**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Morte é de R\$ 13.500,00 e será pago aos legítimos beneficiários, 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 13529878



Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: RAYANE BARBARA BARBOSA DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180486222

Vitima: NILTON BARBOSA DOS SANTOS

Data do Acidente: 19/10/2015

Cobertura: MORTE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180486222**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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, 15 de Janeiro de 2019

Carta nº: 13821800

A/C: RAYANE BARBARA BARBOSA DOS SANTOS

Sinistro: 3180486222 ASL-0376950/18
NILTON BARBOSA DOS SANTOS
Data Acidente: 19/10/2015
Natureza: MORTE
Procurador:

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM COBERTURA TÉCNICA

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **14/01/2019** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **19/10/2015** e, de acordo com a análise realizada, esclarecemos que o dano reclamado não é decorrente de evento sujeito à cobertura técnica pelo Seguro DPVAT.

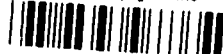
Diante do exposto, consideramos a presente reclamação de indenização como encerrada em nossos arquivos.

Em caso de dúvida, entre em contato com a SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado, ou conosco por meio do 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: **318.0486222** CPF da vítima: Nome completo da vítima: **NILTON BARBOSA DOS SANTOS**

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

Nome completo: **RAYANE BARBARA BARBOSA DOS SANTOS** CPF: **067.105.295-09**

Profissão: **AUTÔNOMA** Endereço: **RUA CRUZEIRO** Número: **220** Complemento: **CASA**

Bairro: **LACHEZ** Cidade: **MARUIM** Estado: **SE** CEP: **49.770-000**

E-mail: Tel. (DDD): **(79) 98142-4945**

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

REDA 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: **BNB**

AGÊNCIA: CONTA:

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

AGÊNCIA: **161** CONTA: **3496** **9**

(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: **22.10.2015**

Grau de Parentesco com a vítima: **IRMA** 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: **01** Falecidos: 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **MARUIM/SE 21/12/2018**

Nome: **RAYANE BARBARA BARBOSA DOS SANTOS**

CPF: **067.105.295-09**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x RAYANE BARBARA BARBOSA DOS SANTOS

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

x RAYANE BARBARA BARBOSA DOS SANTOS

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: **LUZIA LUIZA DOS SANTOS**

CPF: **040.317.885-17**

x Luzia Luiza dos Santos

Assinatura

2ª Nome: **RAQUEL LUIZA DOS SANTOS**

CPF: **040.318.805-96**

x Raquel Luiza dos Santos

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.

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser **representados pelos pais**, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.



CrediAmigo
Banco do Nordeste

Electronic Use Only

4258 2500 2571 6970

4258

VAL
09/20

VISA

RAYANE BARBARA BARBOSA DOS
00161 000003496-9

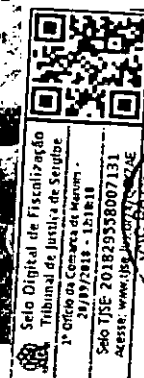
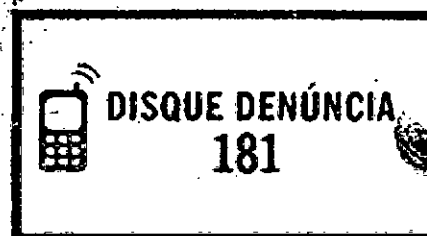
Valid Only in Brazil

Empresarial Electron



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

MORTE
POLÍCIA OR-LIXE



COPCI-COORDENADORIA DE POLÍCIA DO INTERIOR

RUA DUQUE DE CAXIAS, 537, CENTRO FONE: (79)3214-0590

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2015/06564.0-000692

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE MARUM

Endereço: PRAÇA JOÃO RODRIGUES CEP 49770000, CENTRO FONE: (79) 3275-1370

FATO

Data e Hora do Fato: 19/10/2015 - 03:30 até 19/10/2015 - 03:30

Endereço: RUA DO OSSO Número: Complemento: ZONA RURAL/ ESTRADA DE CHÃO CEP: 49770-000

Bairro: POVOADO SÃO VICENTE Cidade: MARUM-SE Circunscrição: COPCI-COORDENADORIA DE POLÍCIA DO INTERIOR

Tipo de local: OUTROS Meio Empregado: OUTRO

Boletim de ocorrência



NOTICIANTE

Nome: RAYANE BARBARA BARBOSA DOS SANTOS

Nome do pai: MILTON BARBOSA DOS SANTOS FILHO Nome da mãe: MARIA LÚCIENE DOS SANTOS

Pessoa: Física CPF/CGC: 000.000.000-00 RG: 22832033 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: ARACAJU Data de nascimento: 13/11/1992 Sexo: Feminino Cor da cutis: Parda

Profissão: DO LAR Estado civil: Convivente Grau de instrução: 2º Grau Completo

Endereço: RUA : RUA DO CRUZEIRO Número: 30 Complemento:

CEP: 49.770-000 Bairro: LAXEIS Cidade: MARUM UF: SE

Proximidades: PRÓXIMO AO CEMITÉRIO Telefone: 79-81037301

VÍTIMA

Nome: NILTON BARBOSA DOS SANTOS

Nome do pai: MILTON BARBOSA DOS SANTOS FILHO Nome da mãe: MARIA LUCIENE DOS SANTOS

Pessoa: CPF/CGC: RG: 22369104 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: ARACAJU Data de nascimento: 25/02/1988 Sexo: Masculino Cor da cutis: Parda

Profissão: MONTADOR Estado civil: Solteiro Grau de instrução: 1º Grau Incompleto

Endereço: RUA MARECHAL FLORIANO PEIXOTO 09 Número: 09 Complemento: A

CEP: 49.770-000 Bairro: COELHO Cidade: MARUM UF: SE

Proximidades: Telefone:

PERÍCIAS E ATENDIMENTO HOSPITALAR

Perícia: IML Guia de Exame

Descrição: GUIA DE EXAME NO MORTO - NILTON BARBOSA DOS SANTOS

HISTÓRICO

Que no dia e horário acima indicado o irmão desta comunicante NILTON BARBOSA DOS SANTOS de 27 anos de idade, voltava para casa ao chegar na Rua do Osso no Povoado São Vicente, foi atropelado por um veículo "Julietta" que faz o transporte de canas

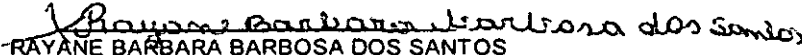
1/2

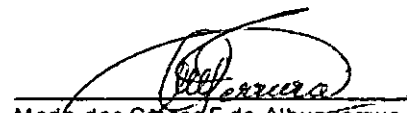
de açúcar e este veículo é de propriedade da Usina São José do Pinheiro; que o motorista do veículo atropelou a vítima, evadiu-se do local sem prestar socorro; que os familiares souberam do acidente através de conhecidos que souberam e foram levar as informações até os familiares da vítima; que estes familiares ao chegarem no local do acidente, já estava lá uma unidade do SAMU e a vítima apesar de muito ferido, estava lucido e pedia para ir para casa; que os socorristas aguardavam outra unidade do SAMU melhor equipada, para transportarem a vítima até o HUSE onde foi submetido a cirurgia e onde ficou internado até a noite do dia 22/10/2015, quando foi a óbito; Pelo exposto pede as devidas providências.

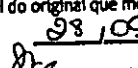
Data e hora da comunicação: 23/10/2015 às 09:26

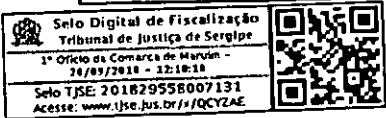
Última Alteração: 23/10/2015 às 09:34.

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


RAYANE BARBARA BARBOSA DOS SANTOS
Responsável pela comunicação


Maria das Graças F de Albuquerque
Responsável pelo preenchimento

1º OFÍCIO DE MARUIM/SE
ANNE CAROLINE BATISTA QUEIROZ BADARÓ-TABELA INTERINA
extra.1maruim@tjse.jus.br
AUTENTICAÇÃO.
Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática é a
reprodução fiel do original que me foi exibido.
Maruim/SE. 23/09/13 Dou
fé, 
Em, R\$ 6,65 + selo R\$ 0,00 = Total R\$ 6,65.
Gessica Macedo Braz - Escrevente Substituta.





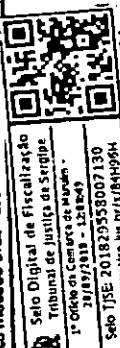
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME
NILTON BARBOSA DOS SANTOS

MATRÍCULA
109884 01 55 2015 4 00043 080 0012532 - 81

1º OFÍCIO DE MARUIM/SE
ANNE CAROLINE BATISTA QUEIROZ BADAHO-TABELA INTERNA
Extra: amaculim@tribe Jus.br
AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática é a reprodução fiel do original que me foi enviado.
Maruim/SE, 28/10/18
Fé.
Em R\$ 65,00 + selo R\$ 0,00 = Total R\$ 65,00
Gessica Macedo Braz - Escrevente Substituta.



SEXO **MASCULINO** COR **PRETA** ESTADO CIVIL E IDADE **SOLTEIRO, 27 ANOS**

NATURALIDADE **ARACAJU-SE** DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO **C.I./R.G Nº 2236910-4 SSP-SE** ELEITOR **SIM**

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA
PAI: MILTON BARBOSA DOS SANTOS FILHO
MÃE: MARIA LUCIENE DOS SANTOS
RESIDÊNCIA: RUA MARECHAL FLORIANO PEIXOTO, Nº 09, COELHO, MARUIM-SE

DATA E HORA DE FALECIMENTO **VINTE E DOIS DO MÊS DE OUTUBRO DO ANO DE DOIS MIL E QUINZE ÀS 22:50** DIA **22** MÊS **10** ANO **2015**

LOCAL DE FALECIMENTO
HUSE - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE, ARACAJU-SE

CAUSA DA MORTE
SEPTCEMIA, POLITRAUMATISMO

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (MUNICÍPIO E CEMITÉRIO, SE CONHECIDO)
CEMITÉRIO CRUZEIRO DO NOVO SÉCULO, MARUIM/SE

DECLARANTE
RAYANE BARBARA BARBOSA DOS SANTOS

NOME E NÚMERO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO
770 - JOSE RAIMUNDO DE MELO

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES
Certidao de obito



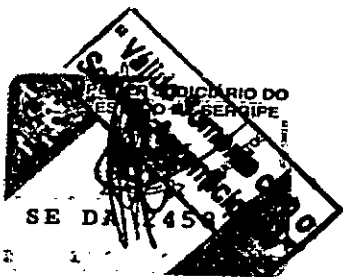
NOME DO OFÍCIO: 2º OFÍCIO DA COMARCA DE ARACAJU
ESCREVENTE: PEDRO FONSECA MENDES
MUNICÍPIO: ARACAJU-SE
ENDEREÇO: TRAV. BEMJAMIM CONSTANTIN 68 - CENTRO

ISENTO DE EMOLUMENTOS.

O conteúdo da certidão é verdadeiro: Dou fé.
Data e local: ARACAJU, SE, 29 de Outubro de 2015.

Assinatura do Oficial

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
Pedro Fonseca Mendes
Escrevente



ARPENBRASIL AA 001034160 BRP

Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de Sergipe
1º Ofício da Comarca de Marum -
28/09/2018 - 12:00:49
Selo TJSE: 201829538007130
Acesse: www.tjse.jus.br/s/841196H



DETALHAMENTO DA MATRÍCULA

Matrícula	001883045519871000305000053331	cc (55) Tipo de Serviço Prestado, sendo: 55: Serviço de Registro Civil das Pessoas Naturais	fff (0003)	Número do livro
Padão	aaaaabccc dddd e ffff ggg hhhhhh ll	ddd (1987) Ano do Registro	ggg (050)	Número da folha
aaaaa (00188-3) Código Nacional de Serventia		e (f) Tipo do livro, sendo: 1: Livro A (Nascimento) 2: Livro B (Casamento) 3: Livro B Auxiliar (Registro de casamento religioso para fins civis) 4: Livro C (Óbito) 5: Livro C Auxiliar (Registro de Maternidade) 6: Livro D (Registro de Parto) 7: Livro E (Óbito não relacionado ao Registro Civil)	hhhhhh (0000533)	Número do Termo
bb (01) Código do Aervo, sendo: 01 - Aervo Próprio Outros - Aervos Incorporados			ll (31)	Dígito Verificador

Uso exclusivo para emissão de certidões de registro civil das pessoas naturais

Comprovação de alo declaratório



RELATÓRIO 0473 / 2016 REFERENTE À OCORRÊNCIA

NÚMERO: 1510190061 / SR - SAMU

ATO

O SAMU 192 SERGIPE foi acionado às 05h11min do dia 19 de Outubro de 2015, para atendimento de vítima identificada como **Nilton Barbosa dos Santos**, com relato de **atropelamento por caminhão**, município de Maruim.

A equipe da **Unidade de Suporte Avançado – Socorro**, removeu a vítima para **Hospital de Urgência de Sergipe - HUSE** no município de Aracaju, onde deixou o paciente aos cuidados da equipe.

Aracaju, 07 de Abril de 2016

Maria Roberta S. Barreto
Médica
CREMESP - 3699

Maria Roberta Santana Barreto

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE



SEDE: Rua Campo do Brito, 331, 13 de Julho, Aracaju-SE, 49029-369
CNPJ 13.018.171/0001-60 - INSC. EST. 27.051.636-2

FATURA MENSAL

Matrícula
252498.8

Nome do Cliente		CPF	
RAYANE BARBARA BARBOSA DOS S		***.***.***-**	
Endereço			
RUA CRUZEIRO, 220. MARUIM, 49770-000			
Grupo/Seção/Produto/Atividade	Data de Leitura	Medidor	Classificação / Economia
119003/00336	20/09/2018	A16A005499	RES: 1
Leit. Anterior 107 Leit. Atual 111 Consumo Faturado (m3) 10 Média de consumo (m3) 4 Ocorrência de Leitura Data da Leit. Anterior 20/08/18 Dia de Consumo 31 Média diária (m3) 0.12 Previsão para Prox. Leit. 20/10/18 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES			

Serviços	Valor
AGUA	35.64
ESGOTO	0.00
080 MULTA P/IMPONTUALIDADE	0101 0.72
091 JUROS DE MORA	0101 0.24
094 ATUALIZACAO MONETARIA	0101 0.08

Bate Referência:	09/2018	VENCIMENTO: 27/09/2018	TOTAL A PAGAR R\$	36.68		
"VIOLENCIA CONTRA A MULHER E CRIME, DENUNCIE - LIGUE 180 OU PROCURE O (A) PROMOTOR (A) DE JUSTICA".						
A falta de pagamento dessa fatura 30 (trinta) dias após seu vencimento implicará na interrupção do fornecimento de serviços - art 91, Decreto Lei nº 27.585/2010.						
CANAIS DE ATENDIMENTO: 0800 079 0195 - SAC: 4020-0195 AGÊNCIA VIRTUAL: www.deso-se.com.br/agenciavirtual						
Qualidade da Água Distribuída (Decreto Federal nº 5.440/2005 - Art.5º Inciso I)						
Parâmetro	Turbidez	Cor	Cloro	Fúor	Coliformes Totais	Safranina Dos
Nº Mínimo de Amostras Exigidas	27	10	27	27	27	
Nº de Amostras Análises	41	41	41	41	41	41
Nº Análises de Análises em Conformidade com Portaria 2.974/2011	41	41	37	41	41	41



COMPROVANTE DA DESO

Matrícula	252498.8	Vencimento	27/09/2018
Mês/Ano	09/2018 7	TOTAL A PAGAR R\$	36.68

826600000007 366R00041R209 252498809208 181252498819



SEDE: Rua Campo do Brito, 331, 13 de Julho, Aracaju-SE, 49020-360
CNPJ: 13.018.171/0001-90 - INSC. EST. 27.051.036-2

FATURA MENSAL

252498.8

*** ANEXO AVISO DE CORTE ***

Nome do Cliente		CPF:	
RAYANE BARBARA BARBOSA DOS S		***.***.***-**	
Endereço			
RUA CRUZEIRO, 220, MARUIM, 49770-000			
Grupo/Setor/Roteiro/Leiturista	Data da Leitura	Hidômetro	Classificação / Economias
119003/00217	21/11/2018	A16A005499	RES: 1
Leit. Anterior 116 Leit. Atual 123 Consumo Faturado (m3) 10 Média de consumo (m3) 4 Ocorrência da Leitura Data da Leit. Anterior 22/10/18 Dias de Consumo 30 Média diária (m3) 0.13 Previsão para Próx. Leit. 21/12/18 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES			

12 VIA

 LOT. 22, VILA MARUIM
 LOCALIDADE: MARUIM
 CEP: 49770-000

355-37549826-7

Serviços	Valor
ÁGUA	
ESGOTO	
080 MULTA P/IMPONTUALIDADE	0101
091 JUROS DE MORA	0101
094 ATUALIZAÇÃO MONETARIA	0101

Mês Referência: 11/2018 VENCIMENTO: 28/11/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 36.82

NOVEMBRO AZUL: JUNTOS NA LUTA CONTRA O CANCER DE PRÓSTATA. O DIAGNOSTICO PRECOCE, PRESERVA O SEU FUTURO.

A falta de pagamento dessa fatura 30 (trinta) dias após seu vencimento implicará na interrupção do fornecimento de serviços - art 91, Decreto Lei nº 27.565/2010

CANAL DE ATENDIMENTO: 0800 079 0195 - SAC: 4020-0195
AGÊNCIA VIRTUAL: www.deso-se.com.br/agenciavirtual

Qualidade da Água Distribuída (Decreto Federal nº 5.440/2005 - Art.5º inciso I)

Parâmetro	Turbidez	Cor	Cloro	Fluor	Coliformos Totais	Escherichia Coli
Nº Mínimo de Amostras Exigidas	27	10	27		27	
Nº de Amostras Analisadas	34	34	34		34	34
Nº Mínimo de Amostras em Conformidade com Portaria 12.914/2011	34	34	34		34	34

(assinaturas das Funções de Controle - Visto Verso)

Favor: Autenticar no Verso

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS DO SEGURO DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br
ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)
Antes do preenchimento da Declaração, recomendamos a leitura das orientações e informações
sobre os tipos de beneficiários nos termos da lei disponíveis site da Seguradora Líder.

Declaração de únicos herdeiros



INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários com idade entre 16 e 17 anos receberão assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada pelo beneficiário e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Caso os espaços sejam insuficientes para o preenchimento dos dados de todos os beneficiários, utilizar outro impresso numerando as folhas.

DADOS DA VÍTIMA:

Nome completo: **NILTON BARBOSA DOS SANTOS** CPF: **040.925.015-52** Data do óbito: **22.10.2015**

Estado Civil: ☒ Solteiro ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Casado ☐ Viúvo Teve filhos? ☒ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar: N° vivos: **01** N° falecidos: ☐ Sim ☒ Não

Deixou companheiro(a)? ☐ Sim ☒ Não Se deixou companheiro (a), informar nome completo:

DECLARAÇÃO

Declaramos que as pessoas abaixo identificadas são as únicas beneficiárias do Seguro DPVAT em razão do falecimento da vítima em decorrência do acidente de trânsito.
Estamos cientes de que, caso esta declaração não traduza a verdade, teremos que ressarcir a indenização paga pela seguradora, além de responder criminalmente por infração do artigo 299 do Código Penal. Por ser a expressão da verdade, assinamos a presente declaração.

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS:

Se a vítima faleceu casada, o cônjuge deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo: CPF:

Local/data: Assinatura do cônjuge:

Se a vítima vivia em união estável até a data do óbito, o (a) companheiro(a) deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo: CPF:

Local/data: Assinatura do (a) companheiro (a):

Campos para preenchimento dos Herdeiros Legais

Nome completo: **PEDRO VITOR SANTOS DE MELO** Grau de parentesco com a vítima: **FILHO** CPF: **106.257.655-16**

Local/data: Assinatura do Herdeiro Legal:

Local/data: **01/10/2018** Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver): **X Rayane Barbara Barbosa dos Santos**

Nome completo: Grau de parentesco com a vítima: CPF:

Local/data: Assinatura do Herdeiro Legal:

Local/data: Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):

Nome completo: Grau de parentesco com a vítima: CPF:

Local/data: Assinatura do Herdeiro Legal:

Local/data: Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):

Nome completo: Grau de parentesco com a vítima: CPF:

Local/data: Assinatura do Herdeiro Legal:

Local/data: Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):

TESTEMUNHAS, PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO:

1 - Nome completo: **LUZIA LUIZA DOS SANTOS** 2 - Nome completo: **RAQUEL LUIZA DOS SANTOS**

CPF: **040.317.885-17** Local/data: **MARUIM, 01/10/18** CPF: **040.318.805-96** Local/data: **MARUIM/SE, 01.10.18**

Assinatura: **X Luzia Luiza dos Santos** Assinatura: **X Raquel Luiza dos Santos**

REGISTRO GERAL		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
NOME 2236910-4		DATA DE EXPIRAÇÃO 01/11/2003	
FILIAÇÃO MELTON BARBOSA DOS SANTOS FILHO			
NATURALIDADE MARIA LUCIENE DOS SANTOS			
ABRACAU SE		DATA DE NASCIMENTO 25/02/1988	
DOC ORGEM CERTIDÃO DE NASCIMENTO Nº 2025 LV 12 FL 300			
CPF 012.345.678-9			
ASSINATURA DIGITAL			
LEI Nº 7.116 DE 20/06/83			

		TO VACINADO 
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL ESTADO DE SERGIPE SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA COORDENADORIA GERAL DE PESSOAS INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "DR. CARLOS MENDES" 		
CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO Melton Barbosa dos Santos		

Documentos de identificação



MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO



Número

040.925.015-52

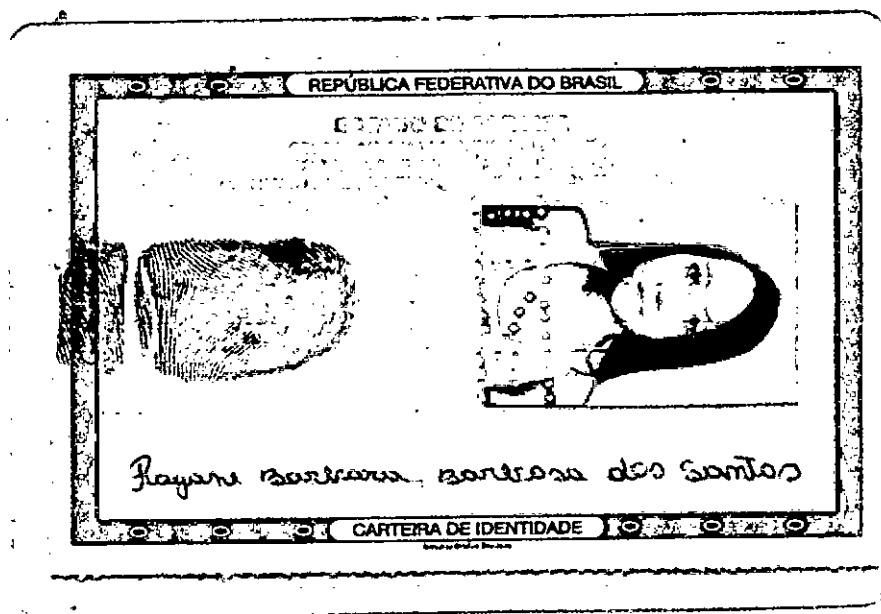
Nome

NILTON BARBOSA DOS SANTOS

Nascimento

25/02/1988

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2.283.203-3 2.VIA
DATA DE EXPEDIÇÃO	30/11/2017
NOME	RAYANE BARBOSA BARBOSA DOS SANTOS
FILIAÇÃO	MARIA LUCIENE DOS SANTOS MILTON BARBOSA DOS SANTOS FILHO
NATURALIDADE	ARACATU-SE
DATA DE NASCIMENTO	13/11/1992
DOC ORIGEM	CT. NASCIM. 11030401551993100015106001082424
ART 2 OFICIO DIST COM DE MARUM/SE	067.105.295-09
DIRETOR DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO	

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.283.203-3 2.VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 30/11/2017

NOME RAYANE BARBOSA BARBOSA DOS SANTOS

FILIAÇÃO MARIA LUCIELE DOS SANTOS

NATURALIDADE MILITON BARBOSA DOS SANTOS FILHO

ANACARDI-SE

DOC ORIGEM 1103040153193100015106001062424

CT. NASCIM. 067.103.295-09

DATA DE NASCIMENTO 13/11/1992

CEP 2 OFÍCIO DIST COM DE MARILIN/SE

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DIRETOR DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COPIA COM ASSINATURA MANUSCRITA

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

13/11/1992

067.103.295-09

1103040153193100015106001062424

067.103.295-09

13/11/1992

CEP 2 OFÍCIO DIST COM DE MARILIN/SE

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DIRETOR DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

BENEFICIÁRIO

**Laudo Perícia.
Digitalizado**

Laudo do IML - Necropsia



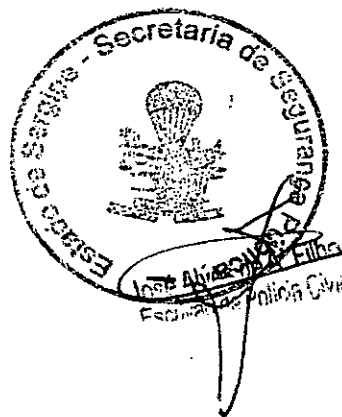
**INSTITUTO MÉDICO LEGAL
LAUDO PERICIAL
CADAVERÍCO**

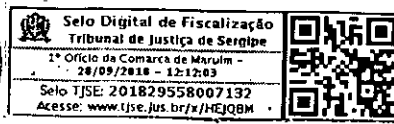
NILTON BARBOSA DOS SANTOS

LAUDO Nº 7849/2015

1º OFÍCIO DE MARUIM/SE
ANNE CAROLINE BATISTA QUEIROZ BADARÓ-TABEULÁ INTERINA
extra.jur@tjse.jus.br
AUTENTICAÇÃO.
Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática é a
reprodução fiel do original que me foi exibido.
Maruim/SE, 28/09/13 Dou
fé, 1330
Em, R\$ 13,30 + selo R\$ 0,00 = Total R\$ 13,30
Gessica Macedo Braz - Escrevente Substituta.

Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de Sergipe
1º Ofício da Comarca de Maruim -
28/09/2013 - 12:12:03
Selo TJSE: 201829558007132
Acesse: www.tjse.jus.br/x/HEJQ8M





Laudos Periciais
Digitalizados

GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIAS
INSTITUTO MÉDICO LEGAL "DR. AUGUSTO LEITE"

LAUDO DO EXAME CADAVERICO

terça-feira, 27 de outubro de 2015
Nº Laudo
7849/2015

Dados Da Vítima		Nascimento	Idade	Naturalidade
Nome da Vítima		25/02/1988	27	ARACAJU
NILTON BARBOSA DOS SANTOS				
Estado Civil	Sexo	Cor	Profissão	UF
SOLTEIRO	MASCULINO	NEGRA	MONTADOR	SE
Instrução	Nome da Mãe	Nome do Pai		
FUNDAMENTAL INCOMPLETO	MARIA LUCIENE DOS SANTOS	MILTON BARBOSA DOS SANTOS FILHO		
Endereço	Bairro	Município		
RUA MARECHAL FLORIANO PEIXOTO Nº 09	IGNORADO	MARUIM		
Nome da Autoridade	Função	Unidade		
BELº. JOEL DOS SANTOS	BELº. JOEL DOS SANTOS	COPCI - COORDENADORIA DE POLICIA CIVIL DO INTERIOR		
1º Perito Relator		Cremese/Crose	2º Perito Relator	
DR. JOSÉ RICARDO FARIAS MONTEIRO 1245			Cremese/Crose	
Local da Perícia		Tipo	Causa	
Sala de Necrópsias do IML			AMDO-LAUDO Nº 7849/2015	

Historico/Descrição
Historico

O corpo deu entrada neste Instituto às 01h50 do dia 23 de outubro do corrente ano. Das informações obtidas consta ter sido vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 19/10/2015, no Povoado São Vicente, município de Maruim/SE, sendo conduzido ao HUSE, onde veio a óbito às 22h50 do dia de ontem.

Exame Externo

a) Vestes: (tipo, estado, manchas, perfurações, etc)

Despido.

b) Característica de identificação (sexo, cabelo, estatura, complexão física, condições dentária, sinais particulares, idade aparente)

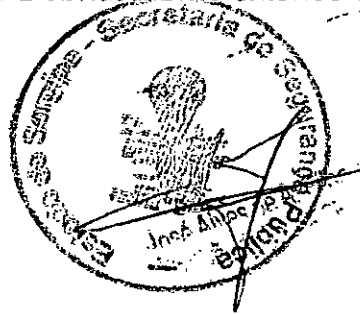
Cadáver do sexo masculino, cor parda-médio, cabelos pretos e crespos, olhos castanhos, dentes em regular estado de conservação, normolíneo, 170, 0 cm de comprimento.

c) Dados Tanatológicos (Livores hipostáticos, manchas verde, turgescência, etc)

Sinais abióticos característicos.

d) Lesões (descrição minuciosa das lesões externas encontradas utilizando-se esquema)

Feridas contusas reparadas por pontos cirúrgicos de 15,0 cm em região inguinal esquerda, de 10,0 cm em coxa esquerda, de 11,0 cm em região rotuliana esquerda, de 20,0 cm compreendendo tornozelo e pé esquerdo. Amputação da perna direita à nível de seu terço superior. Debridamento extenso da face externa da coxa direita.



Dr. José Ricardo F. M. da Costa
Perito Médico Legista 1º Classe
Cremese - 1245

23/10/2015

PROT. 7.849

GOVERNO DO
SECRETARIA
DEPARTAMENTO

DADOS DA GUIA DE EXAME

Nº Referente ao BO:

2015/06564.0-000692

Encaminhar laudo para:

COPCI-COORDENADORIA DE
INTERIOR

Responsável pela solicitação:

Maria das Graças F de Albuquerque

Data do fato:

19/10/2015 - 03:30 até 19/10
03:30

Descrição do fato:

Que no dia e horário acima indicada, voltava para casa ao chamar "Julietta" que faz o transporte de que o motorista do veículo atropelou, acidente através de conhecimento estes familiares ao chegarem no ferido, estava lucido e pedia para ser equipada, para transportarem no dia 22/10/2015, quando foi

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Nome completo:

NILTON BARBOSA DOS SANTOS

Filiação:

MILTON BARBOSA DOS SANTOS

Registro Geral:

22369104

Naturalidade:

ARACAJU

Descrição física:

Endereço completo:

RUA MARECHAL FLORIANO PEIXE

Registro de porta:

Ao
escrevente:

Livro:

Em:

Entrou às:

Dia:

Arquive-se

Em:

Exame Interno/Complementares

a) Cavidade craniana

Nada digno de nota.

b) Pescoço

Nada digno de nota.

c) Membros

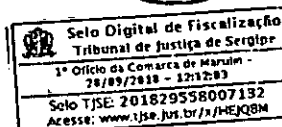
Nada digno de nota.

d) Cavidade torácica

Nada digno de nota.

e) Cavidade Abdominal

Nada digno de nota.

Laudo Pericial
Digitalizado

a) Anátomo - Patológico

XXXXX

b) Quais revelaram

XXXXX

c) Toxicológico

XXXXX

d) Deu como resultado

XXXXX

e) Outros

XXXXX

Comentário Médico/Conclusão/Questões Respostas

Comentário Médico - Forense

Por ação de meio contundente, veio a vítima a sofrer politraumatismo com fratura da bacia, evoluiu com necrose da perna direita, foi submetido posteriormente a amputação da mesma e debridamento da coxa, vindo a falecer por choque séptico.

Conclusão

A vítima teve como causa mortis a septicemia.

Questões/respostas:

1º) Houve morte?

Sim.

2º) Qual a causa?

Septicemia; politraumatismo.

3º) Qual instrumento ou meio que produziu?

Meio contundente.

4º) Foi produzida por meio de veneno, fogo, foco explosivo, asfixia ou meio insidioso ou cruel?

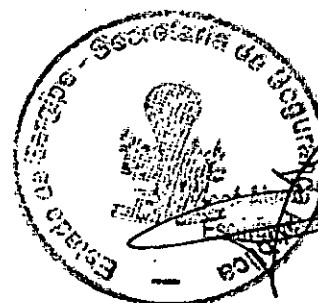
Prejudicado.

Este documento foi expedido via eletrônica (expresso), nos termos da legislação vigente. Confere com o original em arquivo digital, disponível no banco de dados do Instituto Médico Legal. Deverá conter o carimbo da unidade policial responsável pela impressão.

DR. JOSÉ RICARDO FARIAS MONTEIRO DA COSTA

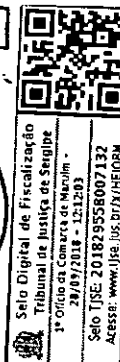
Dr. José Ricardo F. M. da Costa
Perito Médico Legista 1º Classe
CREMELE - 1245

AMDO-LAUDO Nº 7849/2015





**GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DA POLÍCIA CIVIL**

**DADOS DA GUIA DE EXAME****Nº Referente ao BO:**

2015/06564.0-000692

Natureza:**Encaminhar laudo para:**

COPCI-COORDENADORIA DE POLÍCIA DO INTERIOR

Tipo de laudo**Responsável pela solicitação:**

Maria das Graças F de Albuquerque - COPCI-COORDENADORIA DE POLÍCIA DO INTERIOR

Data do fato:

19/10/2015 - 03:30 até 19/10/2015 - 03:30

Local do fato:

RUA DO OSSO,, ZONA RURAL/ ESTRADA DE CHÃO, POVOADO SÃO VICENTE, MARUIM - SE

Descrição do fato:

Que no dia e horário acima indicado o irmão desta comunicante NILTON BARBOSA DOS SANTOS de 27 anos de idade, voltava para casa ao chegar na Rua do Osso no Povoado São Vicente, foi atropelado por um veículo "Julietta" que faz o transporte de canas de açúcar e este veículo é de propriedade da Usina São José do Pinheiro; que o motorista do veículo atropelou a vítima, evadiu-se do local sem prestar socorro; que os familiares souberam do acidente através de conhecidos que souberam e foram levar as informações até os familiares da vítima; que estes familiares ao chegarem no local do acidente, já estava lá uma unidade do SAMU e a vítima apesar de muito ferido, estava lucido e pedia para ir para casa; que os socorristas aguardavam outra unidade do SAMU melhor equipada, para transportarem a vítima até o HUSE onde foi submetido a cirurgia e onde ficou internado até a noite do dia 22/10/2015, quando foi a óbito; Pelo exposto pede as devidas providências.

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA**Nome completo:**

NILTON BARBOSA DOS SANTOS

Filiação:

MILTON BARBOSA DOS SANTOS FILHO / MARIA LUCIENE DOS SANTOS

Registro Geral:

22369104

Estado Civil:

Solteiro

Data de Nascimento:

25/02/1988

Naturalidade:

ARACAJU

Profissão:

MONTADOR

Sexo:

Masculino

Descrição física:**Endereço completo:**

RUA MARECHAL FLORIANO PEIXOTO 09, 09, A, COELHO, MARUIM

Registro de porta:Ao
escrevente: _____

Livro: _____

fis. _____

Em: _____

Nº: _____

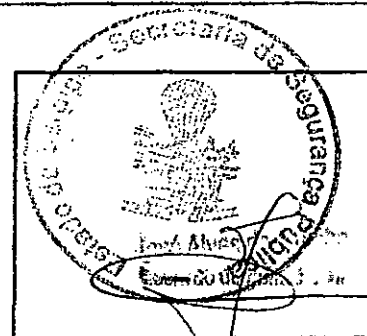
Entrou às: _____

horas de _____

Dia: _____

Arquive-se

Em: _____



carimbo

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376950/18

Vítima: NILTON BARBOSA DOS SANTOS

CPF: 040.925.015-52

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/10/2015

Titular do CPF: NILTON BARBOSA DOS SANTOS

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de óbito
Comprovação de ato declaratório
Documentos de identificação
Laudo do IML - Necropsia
Outros

PEDRO VITOR SANTOS DE MELO : 106.257.655-16

Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

RAYANE BARBARA BARBOSA DOS SANTOS : 067.105.295-09

Comprovante de residência
Documentos de identificação
Tutela

Outros



ATENÇÃO

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

- A indenização de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/10/2018
Nome: RAYANE BARBARA BARBOSA DOS SANTOS
CPF: 067.105.295-09

RAYANE BARBARA BARBOSA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2018
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

Nathalia Beatriz Braga Costa

SEGURO DPVAT – PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ MORTE ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA NILTON BARBOSA DOS SANTOS

DATA DO ACIDENTE 23.10.15 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 040.925.015-52

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☒ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☒ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidiz do IML – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☒ Sim ☐ Não
- ☒ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☒ Sim ☐ Não
- ☒ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☒ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- ☒ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☒ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
- ☒ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
 - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
 - ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) RAYANE BARBOSA DOS SANTOS

Quem é o portador? ☐ Vítima ☒ Beneficiário ☒ Representante Legal - CPF do portador 06710529504

E-mail: --- Tel.: 98142-4995

Data 01.10.18 Assinatura X RAYANE BARBOSA DOS SANTOS

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AC - MARUM/SE

Atendente WENDEL DOS SANTOS MOTA Matrícula 8727520-1

Data: 01.10.18 Assinatura: W. Mota

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: NILTON BRUNO DOS SANTOS
DATA DA ENTRADA: 19/10/15
DATA DA SAÍDA: 22/10/15

INTERNAMENTO: PSI ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

PACIENTE EM UNIDADE NO 4050
VISTO DE 10/10/15 AO 19/10/15, EM 15/10/15
EM 15/10/15, APRESENTANDO, PRINCIPALMENTE,
DORES NA REGIÃO DE LOMBAR E GEMEBRAS.
APÓS 10 DIAS DE TRATAMENTO, OUVINDO A
EVOLUÇÃO DAS DORES RESOLVU PASSAR O
DIÁRIO.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

19/10/15: Fixação externa da pelve
+ ELASTOSTOMIA E JEVIA DO BOLSO
ESQUERDO.
22/10/15: AMPUTADA TRANSVERSAL DA PERNAS

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rio X
URINÁRIAS

MÉDICOS ASSISTENTES:

MARCELO SILVA
MARCOS VILVA DOS SANTOS
MARCOS DOS SANTOS

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

ARACAJU, 29 de 02 de 2016

Assinatura do Médico do Setor de Análise de Prontuário

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

(E) monitorizar + Tráquea bronqu. + AB. + VSG Vld. +
 (G) Análisis de Ortopedia, Urología, Cirugía plástica
 (F) SVO (após Análisis de Urología)

Précis: Raix de adena cervical
Raix de Toux
Raix de l'elvé l'omroner
Raix de coxe D/E
Raix de Peune D/E
Raix de fi D/E
USG: Abd (FAST)

STAN-200000
CROSS-200000
STAN-200000



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIAS
INSTITUTO MÉDICO LEGAL

19/10/15
15:00

3

FICHA HOSPITALAR DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

§ Hospital de referência de Sergipe Entrada às 6.30 hs de 19/10/15
Cadáver de Nilton Barbosa do Santos Sexo: masculino Cor: negro Idade: 27 anos.
Est. Civil: — Profissão: — Residência: —
§ Removido ao hospital por: ☒ Ambulância () Polícia () Particulares () Outros
§ Local de origem da remoção com endereço completo: () residência () via pública ??? não identificado no prontuário Bairro: —
() rodovia — km —
() ferrovia — km —
() local onde trabalhava —
Empresa —
Com comunicação de A.T.? () Sim () Não
() outro hospital —
Com relatório médico? () Sim (anexar cópia) () Não

§ Vítima de: ☒ Ac. De trânsito tipo: ☒ atropelamento
() colisão () outro —
veículo(s) envolvido(s): () auto () moto () ônibus () caminhão
() outros —
a vítima era: () condutor () passageiro () pedestre
() Agressão física: () arma de fogo () arma branca () outra —
() Queda: () de mesmo nível () de outro nível —
() Outros: —

§ Médico(s) responsável(is): Dr(s) Dr. Alexandre Rocha Andrade
§ Diagnóstico(s) fratura maxilar com fratura 12 por 2 de pelve
§ Histórico paciente chegou o posto submetido a cirurgia de
fratura de pelve, fratura de maxila. Exatidão
um necrose de maxila e submaxila com fratura
de maxila envolvendo maxila e maxila com PCR e dentes
§ Paciente recebido: ☒ consciente () inconsciente () coma grau —
() choque tipo — () óbito —
§ Tratamentos instituídos (inclusive cirurgias): bandagem, cirurgia de fratura
de pelve, amputação de maxila

§ () Realizados Exames de Diagnóstico de Morte Cerebral, conforme modelo instituído pelo CRM -

(Anexação obrigatória nos casos de retirada de órgãos para transplantes)

§ Quantidade de projéteis encontrados no Raio X: — Localizações: —

Quantidade de projéteis retirados: — Localizações: —

Destino dos projéteis retirados: —

§ Óbito às 22.50 horas do dia 22/10/15

§ Causa provável do óbito: trauma misto septico e hemodinamico

§ Responsável pelas informações: Dr. Alexandre Rocha Andrade (Medico)

(nome e cargo/função legíveis)

Assinatura e carimbo:

Alexandre Rocha Andrade
Plantonista Terapia Intensiva
CRM: 3093

Rayone (errado) | 98103-7301

Maria Luiza (avó) | 99878-8858

4

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

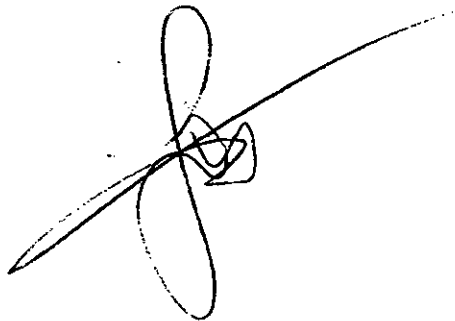
Pag. Definitivo....: 122365/
Número do CNS.....: 0000000000000000
Nome.....: NILTON BARBOSA DOS SANTOS
Documento.....: 22369104 Tipo :
Data de Nascimento: 25/02/1988 / Idade: 27 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: MILTON BARBOSA DO SANTOS FILHO
Nome da Mae.....: MARIA LUCIENE DOS SANTOS
Endereço.....: RUA MARECHAL FLORIANO PEIXOTO 9 70500103 1948959
Bairro.....: COELHO Cep.: 00000-000
Telefone.....: 79-81037301
Município.....: 2804003 - - SE
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 1251288
Clínica.....: 918 - CENTRO CIRURGICO SRPA
Leito.....: 999.0135
Data de Internacao: 19/10/2015 /
Hora da Internacao: 10:07
Médico Solicitante: 004.230.565-90 - MARTHA REBECA BARRETO SILVA
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: JOSEANESANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

Proc. Realizado:
Dt. Hr. Saida:
Especialidade:
Tipo de Saida:
Méd. Principal:
Méd. Secundario:
Principal:
Secundario:
Atro:



Nome do Paciente

M. I. Tross. Bonifácio

Idade:

Sexo:

Unidade de Produção

Setor

Nº do Prontuário:

DATA	HORA	HISTÓRICO
13/10/17		Unidade de Produção Ortopedia para mobilização em sala operatória. Trauma penitente grave com manobra lesão de punho e tornozelo esquerdo Dr. Carlos Vieira Santos Médico CRM 438
14/10/17		# Plantão Quirúrgico # Ref. sugere, sob insucesso, a. a. a. # pericardio + 1/4 + e consolidado + 1/4 + L. O. T. E. Ref. rnf Ref. rnf 2r BNF Ref. fúria, 2440, incisor Ref. grande avaliação do litopédio Ref. fúria sanguínea Ref. Hemograma e coagulograma Dr. Sérgio Pedrosa Jr. CRM 3991 Cirurgia Geral e Trauma Endoscopia Digestiva

EVOLUÇÃO CLÍNICA E DISCIPLINAR

Página nº 2

DATA	HORA	EXAME
22/10/15	URC	
Paciente submetido a cateterismo uretral para ver se observava alguma urina e paciente refere forte dor ao urinar. Tentado fazer sup. 22Fr, observada forte obstrução (presumivelmente sendo a substância.) Realizado na cateterização por punção com a troca de 20Fr de uma linha fina, podendo a hora ser feita de SE até observando a diurese. Ido segue com medidas de ortopedica.		
Dr. Lucas Aragão Urologista CRM/SP 4130		

Nome do Paciente: Milton Barbosa dos Santos

Idade: 22a Sexo: M

Unidade de Produção: SRSA

Leito: 02 Nº do Prontuário: 122335

DATA: 21/10/2015 HORA: 11:00 HISTÓRICO

21/10/2015 - História clínica

- * Politraumático - atropelamento
- * no (19/10) de deslocamento da anca
- * no (19/10) de fratura esternal da grade 3

Paciente grave, porém estável de ponto de vista hemodinâmico.

- consciente e orientado, e reações cerebrais
- FC: 110 bpm, PA: 26/12 mmHg, RA: 110/60 mmHg, e SA
- breve taquipneia, sem chiado
- abdômen flácido.

Ed: 1) cateterização arterial

CPA: 93, pO₂: 78 (NF: 300), pCO₂: 24, HCO₃: 13, BE: -12.

2) diurese urinária

3) apneia espontânea em UTI.

4) medicação:

1) NaCl 300 ml de soro fisiológico (NF: 4,2)

2) NaCl 100 ml de soro fisiológico

22/10/15

14:00h

Recebe pontos em per-operatório de amputação bilateral
dos membros inferiores (1) e desbridamento de região perineal
devido a lesão extensa grave, choque séptico com desfecho
de óbito.

No momento: Noradrenalina 0,5 mcg/kg/min +
adrenalina 1 mcg/kg/min. pH: 7,29, pO₂: 71, pCO₂: 55, HCO₃:
12, BE: -13, Ca^{2+} : 0,9.

Pela condição como exposta CONTRA-INDICADO a
continuação do ato cirúrgico e sedação vago de UTI
e hemodinâmica de urgência.

Dr. Guilherme L. S. Pereira
Assistente Social / Assistente Social
CRM - 521.410

DATA | HORA

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

106

X

ADMISSÃO À UTI 2º ANDAR

NOME MILTON BARBOSA DOS SANTOS
IDADE 27 SEXO M LEITO 15
PRONTUÁRIO 122365 UP VII 2
DATA 22/10/15 HORA 21:20

ESCORE	0	1	2	
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA	AUSENTE	MODERADA	GRAVE	2
CHOQUE	AUSENTE		PRESENTE	2
GLASGOW	11 A 15	07 A 10	03 A 06	2
INFECÇÃO	AUSENTE	N CONFIRMADA	PRESENTE	2
GRAVIDADE DA DOENÇA DE BASE	LEVE	MODERADA	GRAVE	2
DOENÇA DESCOMPENSADA	AUSENTE	MODERADA	GRAVE	2
ACOMETIMENTO DE ÓRGÃO	1	2	>2	2
TRATAMENTO CIRÚRGICO	PEQUENO	MEDIO	GRANDE	2
TRAUMA EXTERNO	PEQUENO	MEDIO	GRANDE	2
IDADE	< 40	40 - 59	> 59	0
CLASSIFICAÇÃO QUANTO AO RISCO PRÉVIO				10
< 3 = BAIXO RISCO 3-7 = RISCO MODERADO 8-10 = ALTO RISCO >10 = DIFÍCIL REVERSÃO				

ADMISSÃO À ÁREA AMARELA

ORIGEM DO PACIENTE, HISTÓRIA CLÍNICA, EXAME FÍSICO E PROGRAMAÇÃO TERAPÊUTICA

Paciente transferido do Centro Cirúrgico. Chegou no hospital dia 19/10/15 vítima de trauma por acidente com ferimento no membro superior direito com diagnóstico de fratura exposta de ulna e rádio com lesão de pele e perda de bolsa escrotal sendo submetido a fixação de ulna e rádio com placa e parafusos. Evoluindo no enfermario de STAA com necessidade de punção sendo hoje levado ao Centro Cirúrgico com amputação irreversível de MIE e PER sem relato de dor e refúso (por medo pelo anestesiologista) sendo impossibilidade de realização de amputação do MIE sendo planejado para 2º tempo. Recebe paciente grave no

As exames MCO, impediado aférril, mictúria acantúrio

NEURO Glasgow 3E, pupilas isocóricas, reagentes, 5º sedado

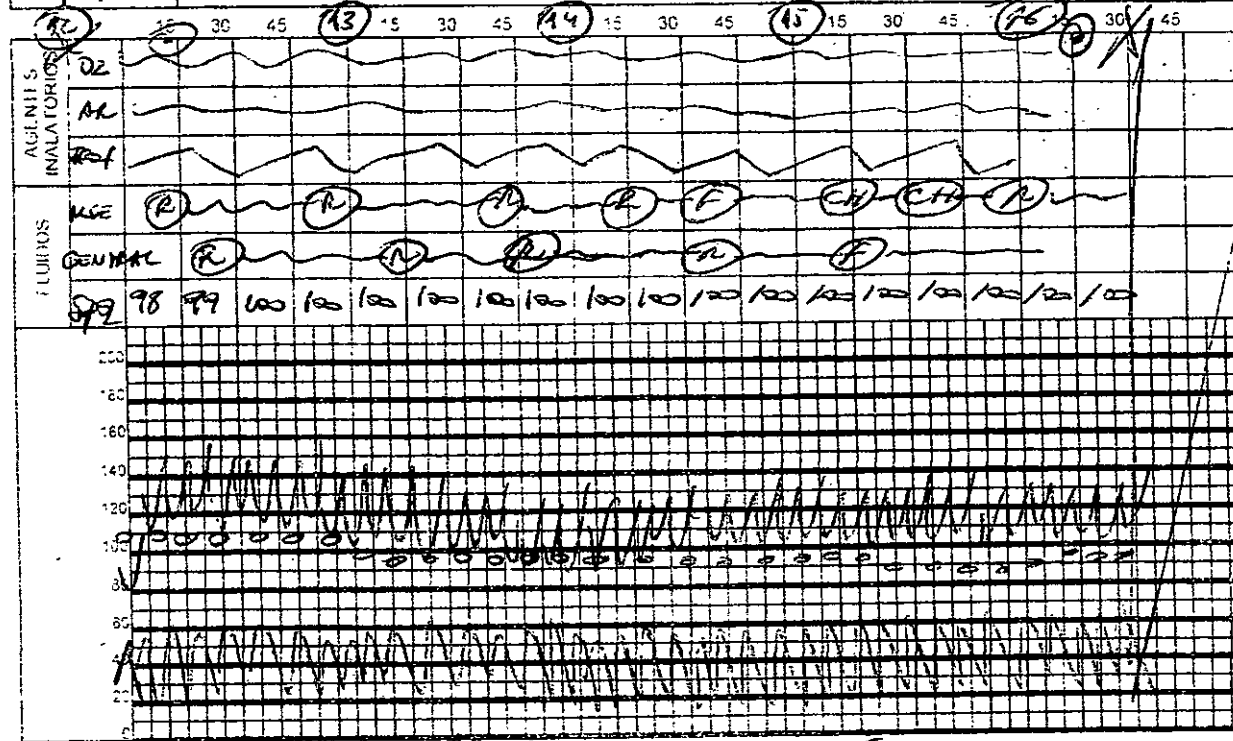
Contínuo no UTI

HUSE

BOLETIM DE ANESTESIA



PACIENTE NILTON BARBOSA - 40S SPS		REGISTRO 12.2365
UNIDADE	MÉDICO	LEITO
CIRURGIA PROGRAMADA Fissura Externa da Pelve + Craniotomia		DATA 19/10/15
ANESTESIOLOGISTA GERAL	TECNICA ANESTESICA GERAL	MEDICAÇÃO PRE-ANESTESICA
CIRURGIÃO PAULO LACOSTE + MARTINA BARROS + CARLOS VIEIRA		ASA I E
HORA DE INICIO 12h	HORA DE TERMINO	ACESSO VENOSO
		POSICÃO ASL



CEC	OUTROS	MONITORIZAÇÃO	CONDIÇÃO DE ALTA PARA CRPA
		PA NÃO INVASIVA	to tempo: Entubado 1/2 ml. Etal FC-110/131x87 SpO2-100% Aprimado de UTI
		PA INVASIVA	
		ELETROCARDIOGRAFIA	
		OXIMETRIA	
		CAPNOGRAFIA	

AGENTES ANESTESICOS	DOSE	ANTIBIOTICO PROFILAXIA
1) Ketarol 150mg 2) Propofol 50mg 3) Etomidato 10mg 4) Sch 70mg 5) Cisatracurium 10mg 6) Rocuronil 02g 7) Flaxyl 500mg	1) Bexa 100mg 2) Glic. Calo 02g 3) MORFINA 05mg 4) ZIFRAN 08mg 5) MIDOPINA 1,0mg 6) NEOTIGLINA 02,0mg	NOME 1ª Dose as horas 2ª Dose as horas 3ª Dose as horas
OBSERVAÇÕES		
Fez-se: 1) Desfibrilação 2) Vasos - MFC e MFC 3) Fome + IV e Sep. Rápido + Lb + 100ml 4) VC V/VC - 100 5) 12/PEEP 5) 12/PEEP de MFC - VC 6) Salina 7) 12/PEEP 5) 12/PEEP de MFC - VC 6) Salina 8) 12/PEEP 5) 12/PEEP de MFC - VC 6) Salina		
ENCAMINHADO PARA () UTI () UNIDADE		

M 13.30h - fôlego 03CH + 03HC a 12h e 12h
 A 13h - fôlego 1h 11 paraf de PAUT - NAS TEM NO HOSPITAL!!!

1007 Paulo Oliveira
 Anestesiologista
 CRMISE 3743



Fratura exposta da pelve.
Poleteanum

Fundação Hospitalar de Saúde
Cirurgia
20/10/15
Cirurgia Enviado

HOSPITAL DE URGENCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: Wilton Barbosa dos Santos
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO: Fratura exposta pelve +
CIRURGIA REALIZADA: Fixação externa da pelve.
CIRURGIÃO: Martha e Paulo Solotti
AUXILIARES:
ANESTESIA: ANESTESIA
DIAGNÓSTICO PÓS- OPERATORIO:

☐ CIRURGIA LIMPA ☐ CIRURGIA INICIALMENTE CONTAMINADA
☒ CIRURGIA CONTAMINADA ☐ CIRURGIA INFECTADA
INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? ☐ SIM ☒ NÃO
TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:
☐ VIAS AÉREAS SUP. ☐ PULMONAR ☐ URINÁRIA ☐ SIST. DIGESTIVO
☐ CUTÂNEO ☐ AP. CARDIO-VASCULAR ☐ PLEURA ☐ OUTROS

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1) Paciente entubado em decúbito dorsal.
2) Fraturas expostas da pelve e membros inferiores, bastante sujos de terra, grama.
3) Lesões visualizadas: desenhamentos dos calcâneos, exposição de partes moles de dorso dos pés; desenhamentos de 1/3 proximal da coxa direita, exposição da sínfise púbica, com cisalhamento e excisão da hemipelve direita, desenhamento do pênis; não visualizados os testículos.
4) Colocação fixador externo na pelve, pós redução da disrupção da sínfise púbica e da hemipelve direita.

DATA: / /

5) Serão procedimentos (mo e plástico) a serem descritos pelas respectivas especialidades.

Dr. Martha Barreto
CRM-SE 3174
Ortopedia e Traumatologia

19/10/15



QUIRÚRGICO
ACORDO ENVIADO
20/10/13
Hospital de Referência do PS Adulto / HUSE

Fundação
Hospitalar
de Saúde

HOSPITAL DE REFERÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: NILTON BARBOSA DOS SANTOS
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO: ROTURA DE UTERO POR FISTULA
 CIRURGIA REALIZADA: CISTOSTOMIA + + LIGAÇÃO DE BOLSAS BOLSA
 CIRURGIÃO: SETHO V BOLSAS COM ANÁLISE E TESTES
 AUXILIARES: CARLOS VIEIRA SANTOS
 ANESTESIA: IGOR PEREIRA ANESTESIA
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATORIO: Uterino / Fístula / BOLA
☐ CIRURGIA LIMPA ☒ CIRURGIA INICIALMENTE CONTAMINADA
☐ CIRURGIA CONTAMINADA ☐ CIRURGIA INFECTADA
 INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? ☐ SIM ☒ NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

☐ VIAS AÉREAS SUP. ☐ PULMONAR ☐ URINÁRIA ☐ SNC ☐ FGI
☒ CUTÂNEO ☐ AP. CARDIO-VASCULAR ☐ PLEURA ☐ OUTROS

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

- ① Realização de SF de peritonite e drenagem (peris)
de fístula
- ② Identificação de origem de fístula por
lesão traumática
- ③ Cistostomia utilizando a abordagem vesical
para lavagem
- ④ Sutura
- ⑤ Uterus

DATA: 19/10/13

Carlos Vieira Santos
 Médico
 CRM - 436
 Associação de Cirurgiões



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: Nilton Barreto dos Santos

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO: Politrauma e perda de substância *

CIRURGIA REALIZADA:

CIRURGIÃO: Dr. Paulo Viana

AUXILIARES: Dr. Djalma Pina (R1)

ANESTESIA: Arterial ANESTESISTA: Dr. Igor Rodo

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATORIO:

☐ CIRURGIA LIMPA

☐ CIRURGIA CONTAMINADA

☐ CIRURGIA INCRIMINAMENTE CONTAMINADA

☒ CIRURGIA INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? ☐ SIM ☒ NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

☐ VIAS AÉREAS SUP. ☐ PULMONAR ☐ URINÁRIA ☐ SNC ☐ TGI

☐ CUTÂNEO ☐ AP. CARDIO-VASCULAR ☐ PLEURA ☐ OUTROS

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Suturaprio

Campo estéril

Suturaprio

Suturaprio do Garto e penis.

e região pubiana, quando se pelo simulador de do tecido

Perda de todo a pele do area Direito / Suturaprio da face muscular

Dilatação do pé D. (dorso e região lateral) + Suturaprio dos tendões

Suturaprio do dorso do pé Esquerdo. de Xodo dreno.

Suturaprio da Coxa Esquerda.

* foce lateral de Coxa D

* dorso do pé D.

* Peini

* Escoto

DATA: 19/10/15.

Dr. Paulo Viana
Cirurgião Plástico
CRM - 2050

Assinatura do Cirurgião

RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS
CONSUMO DO HJAF/HUSE

12

PACIENTE: Nilton Barbosa dos Santos RG 122365 DATA: 19/10/15
CIRURGIÃO: Marta / Paulo Sabetti / Carlos Viera / Paulo Viana / Paulo
CIRURGIA: Ht. cirurgica prot. exposta bilateral + Cistotomia + Sutura
Bolsa escrotal + Sutura HPTL
ANESTESIOLOGISTA: Dr. Lucas De Lencastre ANESTESIA: geral CIRCULANTE: Marcelo

ANTAK	AMP	POMADA SULFA	TB	
ADRENALINA	AMP	POMADA COLAGENASE	TB	
ATROPINA	AMP	POMADA OFTÁLMICA	TB	
ÁGUA DESTILADA	AMP	PLASIL	AMP	
AMINOFILINA	AMP	REVIVAN	AMP	
BICARBONATO DE SÓDIO	AMP	ROCEFIM	FR	
CLORETO DE POTÁSSIO	AMP	SORO RINGER LACTATO	UND	
CLORETO DE SÓDIO	AMP	SORO FISIOLÓGICO	UND	
COLÍRIO	GTS	SORO GLICOFISIOLÓGICO	UND	
CEDILANIDE	AMP	SORO GLICOSADO	UND	
CLINDAMICINA	AMP	TRASAMIN	AMP	
CIPROFLOXACINO	UND	TRAMAL	AMP	
DECADRON	AMP	PROFENID	AMP	
DIPIRONA	AMP			
DIAZEPAN	AMP			
DIMORF	AMP			
DOLANTINA	AMP	ANESTESICOS		
DORMONID	AMP	ESMERON	FR	
EFORTIL	AMP	ETOMIDATO	AMP	
EFEDRINA	AMP	FENTANIL	FR	1
FERNEGAN	AMP	ISOFLURANO	ML	
FLAGYL	UND	PROPOFOL	AMP	1
GARAMICINA	AMP	PAVULON	AMP	
GLICOSE	AMP	QUELICIN	FR	1
GLUCONATO DE CÁLCIO	AMP	KETALAR	FR	
HEPARINA	UND	TRACRIUM	AMP	
HIDROCORTIZONA	FR	MARCAÍNA 0,5% C/V	FR	
HIPOGLÓS	TB	MARCAÍNA 0,5% S/V	FR	
HISOCEL	UND	NEOCAÍNA PESADA	FR	
KEFLIN	FR	XILOCAÍNA 1% S/V	FR	
LASIX	AMP	XILOCAÍNA 1% C/V	FR	
MANITOL 20%	UND	XILOCAÍNA 2% S/V	FR	
NARCAN	AMP	XILOCAÍNA 2% C/V	FR	
NILPERIDOL	AMP	XILOCAÍNA GELÉIA	TB	
ÁGUA OXIGENADA	ML	XILOCAÍNA SPRAY	DOS	
AGULHA DE RAQUE Nº	UND	SERINGAS ML	UND	
AGULHA DESCARTÁVEL Nº	UND	SERRA DE GIGLE	UND	
		SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº	UND	

ÁGUA OXIGENADA	ML		SERINGAS ML	UND	15
ÁLCOOL 70%	ML	100	SONDA DE ALÍVIO Nº	UND	
ALGODÃO ORTOPÉDICO	UND		SONDA NASOGÁSTRICA Nº	UND	
ATAD. CREPOM	UND	14	SONDA NELATON Nº	UND	01
ATAD. GESSADA	UND		SONDA DE FOLLEY Nº	UND	
BARRA DE ERICK	UND		TRAQUEÓSTOMO Nº	UND	
BOLSA DE COLOSTOMIA	UND		TORNEIRINHA 3 VIAS	UND	
CAPA P MICROSCÓPIO	UND		TUBO ARAMADO Nº	UND	
CATETER FORGATY Nº	UND		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	UND	01
CATETER DE OXIGENIO Nº	UND		FILTRO DE BARREIRA	UND	01
CERA P OSO	UND		FIOS		
CIMENTO ORTOPÉDICO	UND		ACIFLEX Nº	UND	
CLOREXIDINA	ML	200	ALGODÃO C/AG Nº	UND	03
COLETOR DE URINA	UND		ALGODÃO S/AG Nº	UND	04
COMPRESSAS GR 5+5+5+5+5	UND		CAT GUT CROMADO S/AG Nº	UND	
COMPRESSAS PQ 10+10+10+10	UND	10+10	CAT GUT SIMPLES C/AG Nº	UND	
COTONETE	UND		CAT. GUT CROMADO C/AG Nº	UND	09
DRENO DE KHER Nº	UND		CAT. GUT SIMPLES S/AG Nº	UND	
DRENO DE PENROSE Nº 3, 2	UND	02	FITA CARDÍACA Nº	UND	
DRENO DE SUÇÃO Nº	UND		MONONYLON Nº	UND	18
DRENO DE TORAX Nº	UND		MONONYLON Nº	UND	06
ELETRÓDOS	UND	05	PROLENE Nº	UND	
EQUIPO	UND	04	VICRYL Nº	UND	07
EQUIPO DE SANGUE	UND		VICRYL 1-0	UND	06
ESCALPE Nº	UND		EQUIPAMENTOS	USO	
ESCOVA DESCART.	UND	10	BISTURI ELETRICO	USO	8
ESPARADRAPO	CM	100	CAPINÓGRAFO	USO	8
ESTENSOR	UND	02	CARRO DE ANESTESIA	USO	8
ÉTER	ML		DESFIBILADOR	USO	
FORMOL 10%	ML		FURADEIRA	USO	8
GASE ALGODOADA	UND	12	FOCO CIRÚRGICO	USO	8
GASE SIMPLES	UND		INTENSIFICADOR ()	USO	
GASE VASELINADA	UND		MONITOR CARDÍACO	USO	8
GELCO Nº	UND		MICROSCÓPIO	USO	
GEOFON	UND		NEGATOSCÓPIO	USO	8
INTRA CATH Nº	UND		OXIMETRO DE PULSO	USO	8
LÂMINA DE BISTURI Nº 23	UND	06			
LATÉX	UND	04	GASOTERAPIA		
LUVAS ESTER Nº 7 7,5 8 8,5	UND	18	AR COMPRIMIDO	USO	8
LUVAS PROCED	UND	20	NITROGÊNIO	USO	8
MICROPORE	CM		OXIGÊNIO	USO	8
PVPI DEGERMANTE	ML	100	PROTOXITO DE AZONIO	USO	
PVPI TÓPICO	ML	100	VÁCUO	USO	8



1º

Ato único ortopédico



Fundação Hospitalar de Saúde

13

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

3º DTH

PACIENTE: Milton Barbosa da Brito

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO: Lesão de perna (D) + choque repto

CIRURGIA REALIZADA: Amputação trans-tibial da perna (D) +

CIRURGIÃO: Michael Hilobrand

AUXILIARES:

ANESTESIA: local

ANESTESISTA:

DIAGNÓSTICO PÓS- OPERATORIO: o mesmo do pré-operatório

() CIRURGIA LIMPA

() CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA

() CIRURGIA CONTAMINADA

(X) CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? () SIM (X) NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

() VIAS AÉREAS SUP. () PULMONAR () URINÁRIA () SNC () TGI

() CUTANEO () AP. CARDIO-VASCULAR () PLEURA (X) OUTROS

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

- 1) Perna em decúbito dorsal sob anestesia
- 2) Antépis + Anti-repis + Gesso de curativo externo
- 3) Amputação trans-tibial com esmável do terço proximal da perna (D) + Alça b em V + Abertura na planta + ligamento varus (artrose e urina) + ligamento varus + ligamento exatubo com S.F.P. 3.1. + Gesso de encaixe (tubo e fibra) com gesso murmurante
- 4) Lutas de pele com nylon 2.0/0.0
- 5) Curativo + desbridamento exatubo da gaxa (D) de sangramento leve + curativo com hidratação de pele
- 6) Curativo compressivo
- 7) ~~Amputação~~ Procedimento ortopédico inicial e continuado com o procedimento cirúrgico (desbridamento de pele necrótica da perna)

DATA: 22/10/15

Dr. Michael Silveira Santiago
Ortopedia Geral / Traumatologia
CRM-SE 2558 / TEOT 10367

Assinatura do Cirurgião

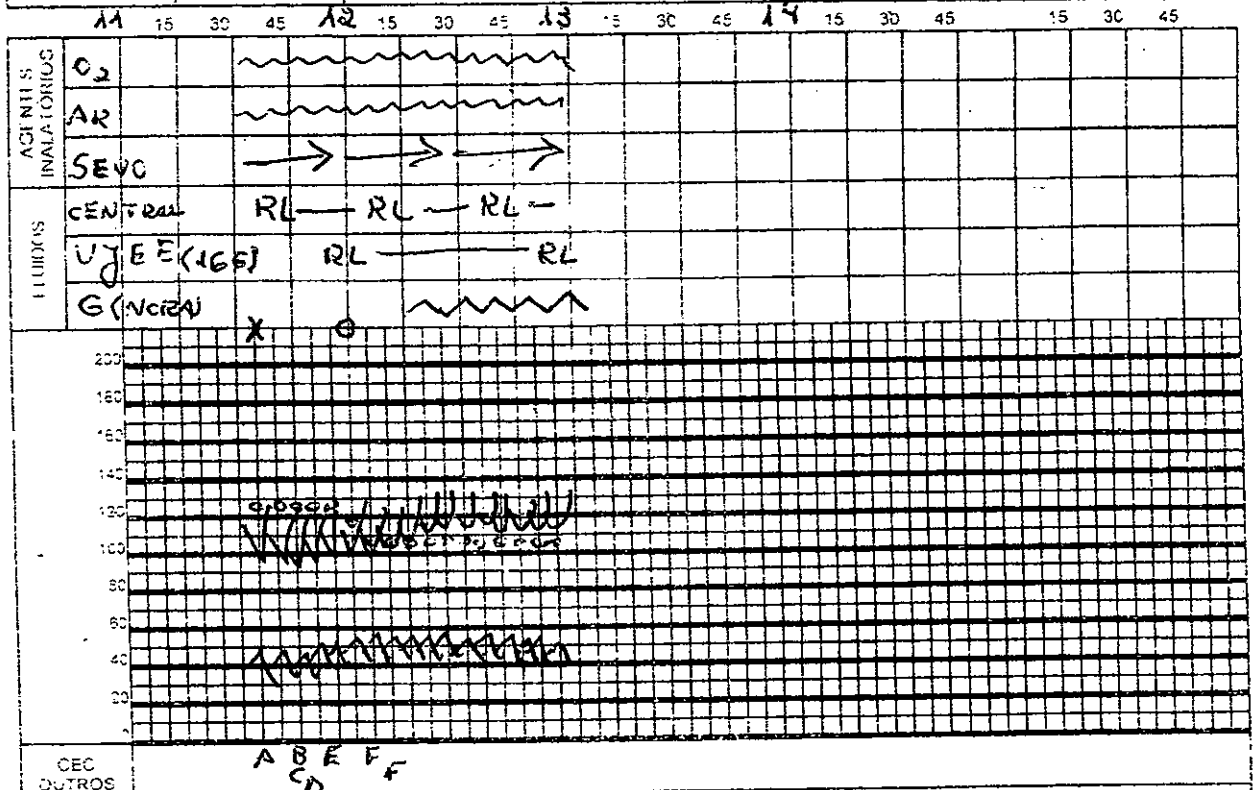
P/Ortopedia

2) Realiza desbridamento tecido devitalizado e pontos de sutura

3) Curativo e sulfadiazina pasta

Dr. Lucas Vieira
SBUS
CRM-SE 23213

HUSE		BOLETIM DE ANESTESIA		 	
PACIENTE <u>Nilton Barbaresco dos Santos</u>			REGISTRO <u>1251288</u>		
UNIDADE		MÉDICO		LEITO	
CIRURGIA PROGRAMADA <u>Amputação MII + Desbridamento</u>			CIRURGIA REALIZADA <u>MIE + Desbrida</u>		DATA <u>22/10/15</u>
ANESTESIOLOGISTA <u>Dr. Carlos Eduardo Buiç</u>			ANESTESIA <u>mento de anestesia</u>		MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA <u>Genal Belarucos Não houve</u>
CIRURGIÃO <u>Dr. Hilobranco / Dr. Buiç</u>			ANESTESIA <u>General</u>		ASA <u>IE</u>
HORA DE INÍCIO <u>11:30h</u>		HORA DE TÉRMINO		ACESSO VENCIDO	
			POSICÃO <u>Decúbito dorsal</u>		



CEC OUTROS		A B E F F	
MONITORIZAÇÃO		CONDIÇÃO DE ALTA PARA CRPA	
MONITORIZAÇÃO	PA NÃO INVASIVA	/	PA
	PA INVASIVA	/	TEMPERATURA
	ELETRCARDIOGRAFIA	/	DIURESE
	OXIMETRIA	/	VENTILAÇÃO
	CAPNOGRAFIA	/	PAI
AGENTES ANESTÉSICOS		DOSE	ANTIBIÓTICO PROFILAXIA
A. Fentanyl 250 mcg IV			NOVE
B. Fentanyl 20 mcg IV			
C. Laudal 2% 5/1 40 mg IV			1ª Dose as notas
D. Succinilcolina 80mg IV			2ª Dose as notas
E. Propofol 50mg IV			3ª Dose as notas
F. Etilefrina 2 mg + 2 mg IV			
G. Lidocaína 2 mg/kg 1318 ACA			
OBSERVAÇÕES - Genal Belarucos			
POSM: IV, alquimia rápida			
com Slick; TOT, sob LP			
(Cormack II) com TOT n°			
B.O com Cuff; Ventilação mecânica			
ENCAMINHADO PARA UTI UNIDADE			
nua controlada; Proteção ocular			

- Politrauma - Atropelamento
- PO Tardus: fratura externa do quadril
- Sepsis - Choque séptico - Gangrena MMTI

Buiç

RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS
CONSUMO DO HJAF/HUSE

PACIENTE: Nilton Barbosa dos Santos RG 122365 DATA: 22/10/15

CIRURGIÃO: Hidibrando Imatucci M.H. Estrela

CIRURGIA: amputação braço D + DIO M.E

ANESTESIOLOGISTA: Carlo

ANESTESIA: geral

CIRCULANTE: ferreira

ANTAK	AMP		POMADA SULFA	TB	
ADRENALINA	AMP		POMADA COLAGENASE	TB	
ATROPINA	AMP	<u>1</u>	POMADA OFTÁLMICA	TB	
ÁGUA DESTILADA	AMP		PLASIL	AMP	
AMINOFILINA	AMP		REVIVAN	AMP	
BICARBONATO DE SÓDIO	AMP		ROCEFIM	FR	
CLORETO DE POTÁSSIO	AMP		SORO RINGER LACTATO	UND	<u>1111</u>
CLORETO DE SÓDIO	AMP		SORO FISIOLÓGICO	UND	<u>15</u>
COLÍRIO	GTS		SORO GLICOFISIOLÓGICO	UND	
CEDILANIDE	AMP		SORO GLICOSADO	UND	
CLINDAMICINA	AMP		TRASAMIN	AMP	
CIPROFLOXACINO	UND		TRAMAL	AMP	
DECADRON	AMP		PROFENID	AMP	
DIPIRONA	AMP				
DIAZEPAN	AMP				
DIMORF	AMP		ANESTESICOS		
DOLANTINA	AMP		ESMERON <u>KEIKUNETUC</u>	FR	<u>1</u>
DORMONID	AMP		ETOMIDATO	AMP	<u>1</u>
EFORTIL	AMP	<u>1</u>	FENTANIL	FR	<u>1</u>
EFEDRINA	AMP		ISOFLURANO <u>servo</u>	ML	<u>1</u>
FERNEGAN	AMP		PROPOFOL	AMP	
FLAGYL	UND		PAVULON	AMP	
GARAMICINA	AMP		QUELICIN	FR	<u>1</u>
GLICOSE	AMP		KETALAR	FR	
GLUCONATO DE CÁLCIO	AMP		TRACERUM <u>NSAIDUINALINA</u>	AMP	<u>11</u>
HEPARINA	UND	<u>1</u>	MARCAÍNA 0,5% C/V	FR	
HIDROCORTIZONA	FR		MARCAÍNA 0,5% S/V	FR	
HIPOGLÓS	TB		NEOCAÍNA PESADA	FR	
HISOCEL	UND		XILOCAÍNA 1% S/V	FR	
KEFLIN	FR		XILOCAÍNA 1% C/V	FR	
LASIX	AMP		XILOCAÍNA 2% S/V	FR	<u>1</u>
MANITOL 20%	UND		XILOCAÍNA 2% C/V	FR	
NARCAN	AMP		XILOCAÍNA GELEIA	TB	
NILPERIDOL	AMP		XILOCAÍNA SPRAY	DOS	<u>11X</u>

MATERIAIS	QUANT	MATERIAIS	QUANT
ÁGUA OXIGENADA	ML	SERINGAS ML	UND 10
AGULHA DE RAQUE Nº	UND	SERRA DE GIGLE	UND 1
AGULHA DESCARTÁVEL Nº	UND 8	SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº 14	UND 1
ÁLCOOL 70%	ML 200	SONDA DE ALÍVIO Nº	UND
ALGODÃO ORTOPÉDICO	UND	SONDA NASOGÁSTRICA Nº	UND
ATAD. CREPOM	UND 6	SONDA NELATON Nº	UND
ATAD. GESSADA	UND	SONDA DE FOLLEY Nº	UND
BARRA DE ERICK	UND	TRAQUEÓSTOMO Nº	UND
BOLSA DE COLOSTOMIA	UND	TORNEIRINHA 3 VIAS	UND
CAPA PI MICROSCÓPIO	UND	TUBO ARAMADO Nº	UND
CATETER FERGATY Nº	UND	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 4.5	UND 1
CATETER. DE OXIGENIO Nº	UND	FILTRO DE BARREIRA	UND 1
CERA PI OSSO	UND	FIOS	
CIMENTO ORTOPÉDICO	UND	ACIFLEX Nº	UND
CLOREXIDINA	ML 200	ALGODÃO C/AG Nº	UND
COLETOR DE URINA	UND	ALGODÃO S/AG Nº 0	UND 11
COMPRESSAS GR	UND 200	CAT GUT CROMADO S/AG Nº	UND
COMPRESSAS PQ	UND	CAT GUT SIMPLES C/AG Nº	UND
COTONETE	UND	CAT. GUT CROMADO C/AG Nº	UND
DRENO DE KHER Nº	UND	CAT. GLT SIMPLES S/AG Nº	UND
DRENO DE PENROSE Nº	UND	FITA CARDÍACA Nº	UND
DRENO DE SUCCÃO Nº	UND	MONONYLON Nº	UND
DRENO DE TORAX Nº	UND	MONONYLON Nº 0	UND 11
ELETRODOS	UND 5	PROLENE Nº	UND
EQUIPO	UND 2	VICRYL Nº	UND
EQUIPO DE SANGUE	UND		
ESCALPE Nº	UND	EQUIPAMENTOS	USO
ESCOVA DESCART.	UND 1111	BISTURI ELÉTRICO	USO 1
ESPARADRAPO	CM 40	CAPINÓGRAFO	USO 1
ESTENSOR	UND	CARRO DE ANESTESIA	USO 1
ÉTER	ML	DESFIBILADOR	USO
FORMOL 10%	ML	FURADEIRA	USO
GASE ALGODOADA	UND	FOCO CIRÚRGICO	USO 2
GASE SIMPLES	UND 80	INTENSIFICADOR ()	USO RX ()
GASE VASELINADA	UND	MONITOR CARDÍACO	USO 1
GELCO Nº 16	UND 4	MICROSCÓPIO	USO
GEOFOAN	UND	NEGATOSCÓPIO	USO
INTRA-CATH Nº	UND	OXÍMETRO DE PULSO	USO 1
LÂMINA DE BISTURI Nº 25, 22, 15	UND 1111		
LATÉX	UND 11	GASOTERAPIA	
LUVAS ESTER Nº 7.5, 8, 8.5	UND 1111	AR COMPRIMIDO	USO 1
LUVAS PROCED	UND 1111	NITROGÉNIO	USO
MICROPORE	CM	OXIGÉNIO	USO 1
PVPI DEGERMANTE	ML	PROTOXITO DE AZONIO	USO 1
PVPI TÓPICO	ML	VÁCUO	USO 1



Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018.

Aos Cuidados de: **RAYANE BARBARA BARBOSA DOS SANTOS**
Nº Sinistro: **3180486222**
Vitima: **NILTON BARBOSA DOS SANTOS**
Data do Acidente: **19/10/2015**
Cobertura: **MORTE**



Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180486222**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo.

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site

0800 033 13 04. Para



Seguradora

LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT

DPVAT- Como Requerer

Solicitar a indenização do Seguro DPVAT é simples: basta juntar os documentos necessários e entregá-los em uma seguradora consorciada, que, após constatar a sua regularidade, os encaminhará à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.

Antes de tudo, lembre-se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar o andamento do processo, não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado na indenização, cuide dela você mesmo.

Saiba + www.seguradoralider.com.br

BI3441 36685BR

RAYANE BARBARA BARBOSA DOS SANTOS
CENTRO
RUA CRUZEIRO, 220
CEP 49770-000 - MARUM - SE

Administradora do Seguro DPVAT

LÍDER
Seguradora



ENERGISA
ENERGISA SERGIPE DISTRIBUI ENERGIA S/A
Rua Min Apolônio Sales, 51 - Inácio Barbosa
Arecójuu EE - CEP 49040-150
INPU 13.017 462/004-163 - Insc. Est. 270.767.439
Ficci! Conta de Energia Elétrica 1402 154 348
Cód. para Déb. Automático: 00010578272

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAN
Dez / 2018	07/12/2018	09/01/2019	040.317.885-17

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
25/11/98	1100	01/12/98	1177			72		12	
Demonstrativo									
0000	Integridade	Quantidade	Tarifa/	Valor Base	Costo	Preço (R\$)	Base	Custo	Preço (R\$)
			Tributor	Total (R\$)	ICMS (R\$)	%	Preço	Custo	Preço (R\$)
							(1,0455%)		(1,0455%)
0001	Consumo de 20 KWH-ER	20,000	0,184500	3,690	0,00	0	0,00	5,53	0,08
0001	Consumo de 100 KWH-ER	40,000	0,184500	7,380	0,00	0	0,00	13,28	0,14
0001	Exp. S. Amarelo			0,00	0,00	0	0,00	0,28	0,00
0010	Soma do			11,070	0,00	0	0,00	20,91	0,23
CONTRIBUIÇÕES E SERVIÇOS									
0007	CONTRIBUIÇÃO ELEICA			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0008	JUROS DE MORAÇÃO			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA DE DIA			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0009	ATUALIZAÇÃO MONETARIA DE DIA			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0016	Devolução de S. de D. S.			-19,80	0,00	0	0,00	-19,80	0,00

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
✓ 54	14/12/2018	R\$ 27,67
Histórico de Consumo (kWh)		

Histórico de Consumo (kWh)

2	1	76	77	85	81	81	54	80	52	64
Dec-17	Jan-18	Feb-18	Mar-18	Apr-18	May-18	Jun-18	Jul-18	Aug-18	Sep-18	Oct-18

9b41.1596.d3f0.b10a.02bf.5edb.152c.142f.

Produtores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminacao	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	5,55		Serviços de Manutenção Emergencial	0,57	23,62
DIC TRIMESTRAL	11,10		Serviços de Manutenção Preventiva	8,95	39,32
DIC ANUAL	22,21	NOMINAL	Serviços de Manutenção Corretiva	0,33	3,38
FIC MENSAL	3,35		Energia Setor 33	1,52	5,33
FIC TRIMESTRAL	8,72	CONTRATADA	Impostos, Taxas e Encargos	9,75	35,24
FIC ANUAL	13,45	LIMITE INFERIOR	Outros Setor 33	0,00	0,00
DIC M	8,20				
DIC T	12,22				
DIC A	0,00	LIMITE SUPERIOR			
			Total	27,67	100,00

Valor de EUSD (R\$) 10/2018) R\$ 5,23

ATENÇÃO

[illegible]

Faturas em atraso

Nov/18	22.71
Out/18	18.52

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

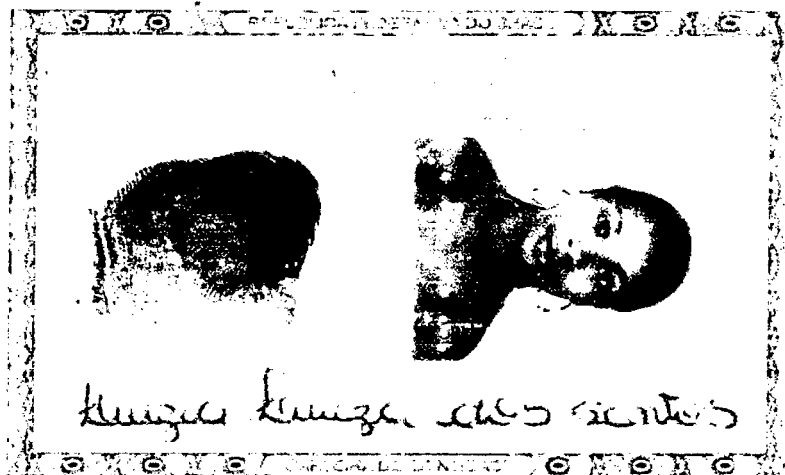
00190.00009 03087.893008 00095.179172 6 77380000002767

PAGADOR: LUZIA LUZA DOS SANTOS - CPF/CNPJ: 040.217.885-17
RUA SANTA LUZIA, 388 - CENTRO - MARUM/SE CEP: 49770000

Nosso Nr.	Nr. Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
30878930000095179	001067927201812	14/12/2018	R\$ 27,67	

BENEFICIARIO: ENERGISA SERGIPE-DISTRIB.ENERGIA SA CNPJ 13.017.462/0001-63
Rua Min Apolônio Sales, 81 - Inácio Barbosa - Aracaju / SE - CEP 43040-150

Agencia / Código do beneficiário: 3064-3/178003-4



2.281.524-4 2.VIA 02/07/2013

LUZIA LUIZA DOS SANTOS

ANTONIO LUIZ DOS SANTOS
MARCIA CRISTINA DOS SANTOS

GRACAU-SE 13/12/1992

CT. NASCIM. Nº 11093 LV A15 FL 173
CART. 30F. DIST. COM. MARUM/SE
040.317.885-17

 **Ministério da Fazenda**
Receita Federal

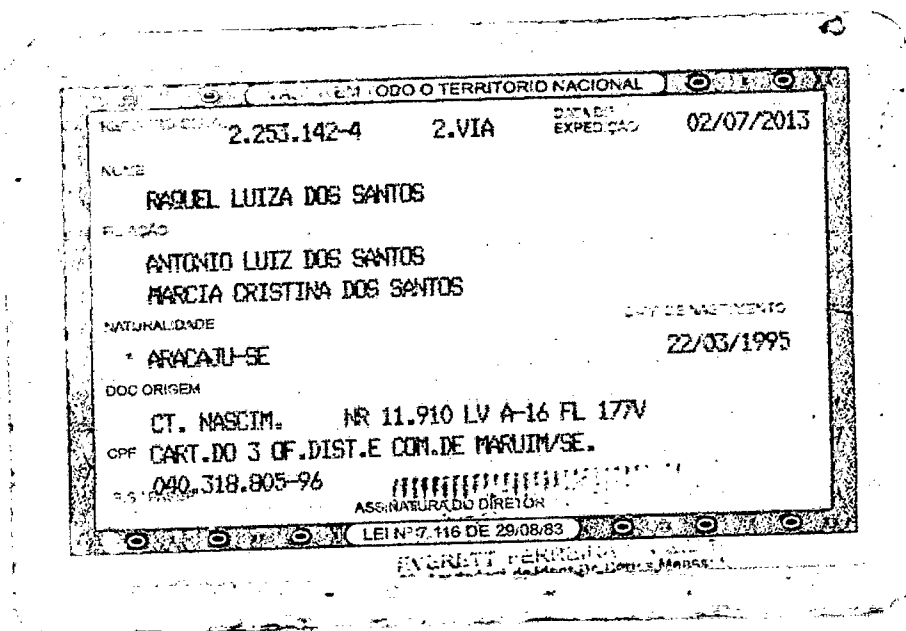
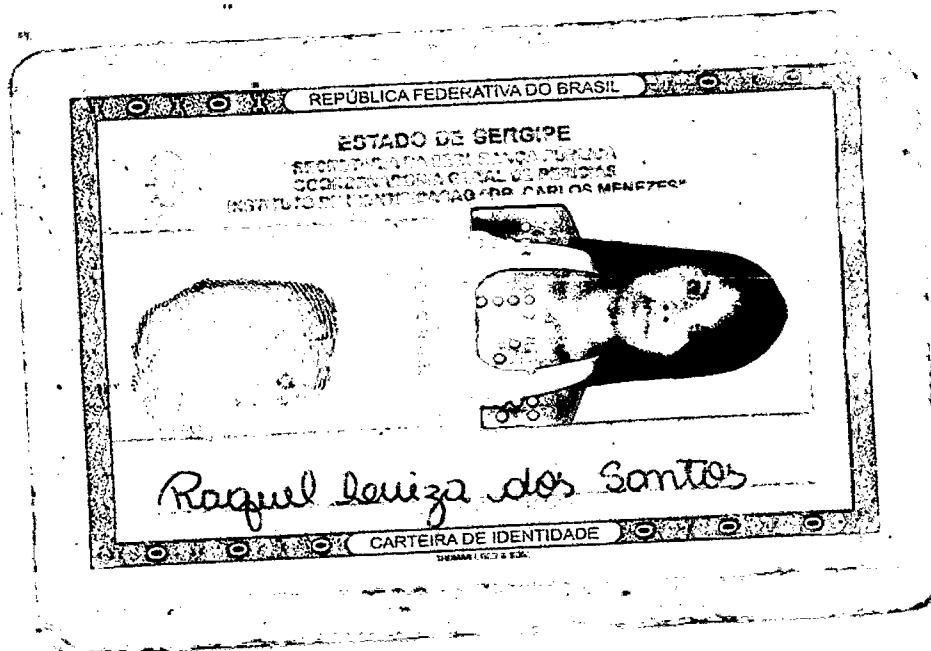
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF 

Número
040.317.885-17

Nome
LUZIA LUIZA DOS SANTOS

Nascimento
13/12/1992

TESTEMUNHA



TESTEMUNHA

ANTONIO LUIZ DOS SANTOS
 PUA SACBENEDITO 2018 - CENTRO
 MARUM/SE CEP. 4970000 (AG. 229)
 Emissão: 09/10/2018 Referência Out./2018
 Classe/Subcl: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICO
 Relat. d. 220-315-325 R# medidor: W5331207259

ENERGISA SERGIPE DISTRIB ENERGI SA
 Rua Maria Antonia Santos, 81 - Imo do Barbosa
 Aracaju/SE - CEP 49040-150
 CNPJ 13.517.452/0001-62 - INSC. Est. 070.767.436
 Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica 19007.456.756
 Cód. para Deb. Automático: 00001815562

Atendimento ao Cliente ENERGISA 08000 79 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI
 Out./2018 09/10/2018 08/11/2018 454.682.145-87

UC (Unidade Consumidora): 3/181556-2

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 10/09/18	Data 09/10/18		151	25
Leitura 5457	Leitura 5635			
Demonstrativo				
001 Despesa	Quantidade Tarifas	Valor Base Data Atual	Valor(R\$)	Base Data Anterior(R\$)
0501 Consumo em kWh	Tributos Totais(R\$) ICMS(R\$) ICMS	191.095 0721710	120.62	120.69 25
0901 Adc. S. Verbal		12.69	12.69 25	31.77
0907 CONTRIB. LUM. PLUJICA		12.45	0.00 0	5.20
0904 JUROS DE MOROSIDADE		0.65	0.00 0	0.00
0905 MULTA 30% ZIN		2.61	0.00 0	0.00
0904 COMPENSAÇÃO EMV. 09/2018		-0.43	0.00 0	0.00
0909 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2018		0.99	0.00 0	0.00
			0.00	0.00

CCl. Operação e Classificação de Item TOTAL 152.80 142.32 25.85 143.20 0.95 4.40

Média últimos meses (kWh) 203

VENCIMENTO
17/10/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 159,80

Histórico de Consumo (kWh)

195 | 238 | 220 | 226 | 212 | 250 | 251 | 222 | 243 | 190 | 173 | 179
 Out/17 | Nov/17 | Dez/17 | Jan/18 | Fev/18 | Mar/18 | Abr/18 | Mai/18 | Jun/18 | Jul/18 | Ago/18 | Set/18

c49b.9aa0.3b67.f496.700f.fafc.42d6.ec9c

Indicadores de Qualidade R 2018 - MAR/18

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
ENCENSAL	5.55	3.85	
DIS. TRIMESTRAL	11.10		NOMINAL 127
DIS. ANUAL	22.21		
ENCENSAL	3.38	1.00	CONTRATADA 117
DIS. TRIMESTRAL	6.72		127
DIS. ANUAL	13.45		
DIS. DIARI	9.25	3.45	
	12.22		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia	24.25	21.86
Compra de Energia	54.20	25.85
Serviço de Transmissão	4.08	3.11
Emprego Setorial	2.18	5.03
Impostos Diretos e Encargos	59.08	36.95
Serviço de Energia	0.00	0.00
Total	150.22	100.00

Valor de EUSD (R\$) 01/2018: R\$ 40.85

ATENÇÃO

Atenção: A responsabilidade pela distribuição pública e da prestação de serviço

Faturas em atraso

SERGIPE
 Potência 4-220-315-335
 Matrícula 181556-2018-10-1

VENCIMENTO
17/10/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 159,80

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376950/18

Número do Sinistro: 3180486222

Vítima: NILTON BARBOSA DOS SANTOS

CPF: 040.925.015-52

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/10/2015

Titular do CPF: NILTON BARBOSA DOS SANTOS

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

RAYANE BARBARA BARBOSA DOS SANTOS : 067.105.295-09

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

Documentos de identificação

ATENÇÃO

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

- A indenização de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/01/2019
Nome: RAYANE BARBARA BARBOSA DOS SANTOS
CPF: 067.105.295-09

RAYANE BARBARA BARBOSA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/01/2019
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376950/18

Número do Sinistro: 3180486222

Vítima: NILTON BARBOSA DOS SANTOS

CPF: 040.925.015-52

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 19/10/2015

CPF de: Próprio

Titular do CPF: NILTON BARBOSA DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

RAYANE BARBARA BARBOSA DOS SANTOS : 067.105.295-09

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

Documentos de identificação

ATENÇÃO

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

- A indenização de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/01/2019

Nome: RAYANE BARBARA BARBOSA DOS SANTOS

CPF: 067.105.295-09

RAYANE BARBARA BARBOSA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/01/2019

Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

CPF: 134.037.047-69

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO



PODER JUDICIÁRIO
DO ESTADO DE SERGIPE

JUIZO DE DIREITO DA COMARCA DE MARUIM
Rua Alvaro Garcez, nº 315, Boa Hora, Maruim/SE, C.E.P. 49770-000, Tel.: (79) 3275-1378

TERMO DE COMPROMISSO DE GUARDA PROVISÓRIA

PROCESSO: 201874000320

NATUREZA: GUARDA

REQUERENTE: Rayane Barbara Barbosa dos Santos

REQUERIDO: Maria Luzinete Santos de Melo

Tutela



Ao(s) 20 dias do mês de Agosto do ano de 2018, às 10:00 horas, nesta cidade e Comarca de Maruim/SE, na Sala de Audiências do(a) MM^{exa} Juiz Roberto Flávio Conrado de Almeida, onde se achava presente, comigo Diretor de Secretaria a seu cargo adiante nomeado, aí compareceu o(s) Senhor(res), abaixo identificados, e, por ele(s) me foi dito que vinha(m) prestar o Compromisso de Guarda Provisória do(a) menor igualmente identificado, tudo conforme decisão de cópia anexa, observado os seguintes preceitos da Lei nº 8.069 de 1990:

Art. 33. A guarda obriga a prestação de assistência material, moral e educacional à criança ou adolescente (...).

§ 3º A guarda confere à criança ou adolescente a condição de dependente, para todos os fins e efeitos de direito, inclusive previdenciários.

Art. 35. A guarda poderá ser revogada a qualquer tempo, mediante ato judicial fundamentado, ouvido o Ministério Público.

GUARDIÃO(Á): Rayane Barbara Barbosa dos Santos, brasileira, convivente, vendedora, portadora do RG: 2.283.203-3 SSP/SE e do CPF: 067.105.295-09, residente e domiciliada na Rua Cruzeiro, nº 30, Bairro Laches, Cidade de Maruim-SE, CEP: 49.770-000,

MENOR: Pedro Vitor Santos Melo, brasileiro, menor, nascido em 27/12/2009, filho de Nilton Barbosa dos santos e Maria Luzinete Santos de Melo, residente e domiciliado na Rua Cruzeiro, nº 30, Bairro Laches, Cidade de Maruim-SE, CEP: 49.770-000

DATA DA DECISÃO: 08/05/2018

PRAZO: não determinado.

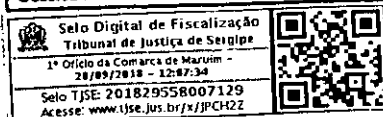
E, para constar, foi determinada a lavratura do presente termo. Eu, [assinatura], Kauê Biguelini Prates, Diretor de Secretaria, o conferi.

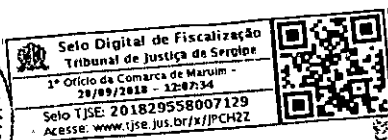
Maruim/SE, 10 de maio de 2018

[assinatura]
Roberto Flávio Conrado de Almeida
Juiz de Direito

[assinatura]
Rayane Barbara Barbosa dos Santos
Compromissada

1º OFÍCIO DE MARUIM/SE
ANNE CAROLINE BATISTA QUEIROZ BADARÓ-TABELIÁ INTERINA
extra.1maruim@tjse.jus.br
AUTENTICAÇÃO.
Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática é a reprodução fiel do original que me foi exibido.
Maruim/SE, 28/05/2018 Dou
fé, [assinatura]
Em, R\$ 99,97 + selo R\$ 00 = Total R\$ 99,97.
Gessica Macedo Braz - Escrevente Substituta.





**Poder Judiciário do Estado de Sergipe
Maruim**

Nº Processo 201874000320 - Número Único: 0000296-90.2018.8.25.0043

Autor: Rayane Bárbara Barbosa dos Santos

Réu: MARIA LUZINETE SANTOS MELO

Movimento: Decisão >> Concessão >> Liminar

Trata-se de **AÇÃO DE GUARDA COM PEDIDO DE TUTELA ANTECIPADA** ajuizada por **Rayane Barbara Barbosa dos Santos** em favor do menor **Pedro Vitor Santos Melo**, seu sobrinho, contra a genitora deste Maria Luzinete Santos de Melo, todos qualificados na inicial.

Em suma, esclarece que é tia paterna da criança, a qual atualmente conta com 08 anos de idade Informou que o pai do menor encontra-se falecido, sendo que a mãe do infante está segregada no Presídio Feminino de Nossa Senhora do Socorro/SE.

Afirmou que, estando seu sobrinho sem a presença dos pais, vem prestando-lhe toda a assistência material e afetiva necessária.

Assim, a fim de regularizar a situação fática, postulou, em caráter liminar, a concessão da guarda provisória de Pedro Vitor Santos Melo.

A inicial veio acompanhada dos documentos de pp.09/17.

É o breve relato.

DECIDO.

Inicialmente, defiro o benefício da gratuidade da justiça, com base no art. 98 do CPC/15, bem como nomeio a advogada subscritora da inicial como defensor dativo da requerente.

A concessão da tutela provisória de urgência na modalidade antecipada pressupõe a demonstração da probabilidade do direito, tradicionalmente conhecida como "fumus boni iuris", bem como a demonstração do perigo de dano ou de ilícito, ou ainda do comprometimento da utilidade do resultado final que a demora do processo representa (tradicionalmente conhecido como "periculum in mora") (art. 300, CPC).

Além disso, quando de natureza antecipada, a concessão da tutela de urgência demanda que a medida tenha caráter reversível (art. 300, 3º do CPC).

A probabilidade do direito a ser provisoriamente satisfeito/realizado e a plausibilidade de existência desse mesmo direito (fumus boni iuris).

Por outro lado, o instituto da guarda, após o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/90), passou a ser encarado, precipuamente, como medida preparatória à adoção ou à tutela, como resulta claro da leitura do § 1º do art. 33 da mencionada Lei. Entretanto, em situações excepcionais,

poderá ser deferida a guarda fora dessas situações, "*para atender a situações peculiares ou suprir a falta eventual dos pais ou responsável*" (§ 2º do mesmo artigo). E parece ser esse o caso dos autos.

Na hipótese vertente, o relatório elaborado pelo Conselho Tutelar Municipal (pp.15/16) e os demais documentos acostados à inicial, revelam com precisão a situação peculiar do infante, o qual, desde a ausência de seus pais, está em companhia da sua tia, pelo fato de sua genitora estar presa e o pai falecido (certidão de óbito de p. 17).

As circunstâncias do caso ensejam o deferimento da medida, visto que, do contrário, poderia acarretar danos de difícil ou incerta reparação, sendo certo que a regularização da guarda é providência necessária para atender o melhor interesse da criança.

Dessa forma, diante do juízo de cognição sumária e não exauriente que até então se permite fazer as provas colacionadas aos autos, presentes *ofumus boni iuris* e o *periculum in mora* exigidos pela legislação como condições *sine qua* para aplicação da medida postulada, é dever do magistrado concedê-la.

Posto isso, **DEFIRO** o pedido de tutela de urgência com o fim de conceder a guarda provisória da criança Pedro Vitor Santos Melo à parte autora, com fundamento no artigo 33, § 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA c/c art. 300 do CPC.

Lavre-se o competente termo de guarda, por meio do qual a guardiã prestará o compromisso de bem e fielmente desempenhar o encargo.

Ato contínuo, observando que a demanda possui condição de solução pela via de composição, nos termos do art. 334 do CPC/2015, designo audiência de conciliação para o dia 13/06/2018, às 10h40min, no Fórum local.

Intimem-se a partes, advertindo-as que deverão comparecer ao ato pessoalmente ou se fizerem representar por preposto devidamente habilitado para transigir, sob pena de reconhecimento de ausência.

O não comparecimento injustificado à audiência de conciliação é considerado ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa (§ 8º, art. 334, CPC/2015).

Fica a requerida advertida que, na eventualidade de não solução do conflito, na audiência de tentativa de conciliação, deverá a partir dessa data, apresentar contestação (art. 355 e ss, CPC/2015), no prazo de 15 (quinze) dias.

Destaco, por fim, que não basta o desinteresse do autor na marcação da sessão conciliatória, pois o artigo 334, §5º do CPC exige a manifestação expressa por **ambas** às partes, ou seja: pelo autor na petição inicial (art. 319, VII) e pelo réu através de petição a ser protocolada com 10 dias, contados da data da audiência designada.

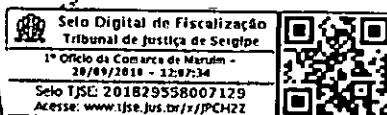
Por fim, na hipótese de restar inexistente a sessão conciliatória, determino, de logo, que seja expedido ofício ao Núcleo Psicossocial do TJ/SE, para que elabore estudo pormenorizado acerca da atual situação do menor e sobre as condições em que ele vive, devendo apresentar o respectivo laudo no prazo de 20 (vinte) dias.

Intimem-se.

CONSIDERANDO QUE A REQUERIDA ENCONTRA-SE PRESA NO PRESÍDIO FEMININO - PREFEM - PROVIDENCIE A SECRETARIA A SUA DEVIDA REQUISICÃO, A FIM DE PROPORCIONAR O SEU COMPARECIMENTO À SESSÃO DE CONCILIAÇÃO.

Ciência ao MP.

Cumpra-se.



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

040.925.015-52

Nome completo da vítima

NILTON BARBOSA DOS SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo KAYANE BARBARA BARBOSA DOS SANTOS		CPF titular da conta 067.105.295-03	Profissão Autônoma
Endereço RUA CRUZEIRO		Número 220	Complemento CASA
Bairro LACHEZ	Cidade MARUM	Estado SE	CEP 49770-000
Email -			Telefone (DDD) (79) 98142-4945

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

- ☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAU (341)
 ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

NRO

BANCO DO NORDESTE

004

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

161

3496

9

(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.

MARUM/SE, 01 de OUTUBRO de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Kayane Barbara Barbosa dos Santos

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CrediAmigo
Banco do Nordeste

4258 2500 2571 6970

4258

VAL

09/20

RAYANE BARBARA BARBOSA DOS

00161 000003496-9

VISA

Empresarial Electron