PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE SERGIPE

**Protocolo de Envio de Procuração**

Enviado para **MARUIM**

OAB: **2592##SE**

Advogado: **KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ**

Nº do Protocolo: **20190606114302101**
Nº do Processo: **201974000331**

Data de Envio: **06/06/2019 11:43 AM**

Tipo de documento: **Procuração** - Vinculação de advogado ao processo.

**PROTOCOLO PENDENTE!!!**

| Descrição | Anexo |
|---|---|
| Petição | 2598259_CONTESTACAO_01.pdf |
| Outros documentos | 2598259_CONTESTACAO_Anexo_01_compressed.pdf |

imprimir

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE MARUIM/SE**

**PROCESSO N.º 00003303120198250043**

**PROCESSO N.º 00003303120198250043**

**SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.,** com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da ***AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT,*** que lhe promove **RAYANE BARBARA BARBOSA DOS SANTOS** representado por **RAYANE BARBARA BARBOSA DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

**C O N T E S T A Ç Ã O**

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor:

**PRELIMINARMENTE**

**DA TEMPESTIVIDADE**

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015[1], prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

**DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO**

Informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação e visto não haver meios comprobatórios do alegado, devendo a demanda ser julgada improcedente, em consonância com o disposto no artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil.

[1][1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

## DA INTIMAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO

Cabe esclarecer que se tratando de interesse de incapaz, o artigo 178, inciso II do CPC, informa que o Ministério Público deverá ser intimado no prazo de 30 dias para intervir como fiscal da lei.

Diante disso, requer a intimação do Ministério Público para que se manifeste nos termos o artigo 279, do CPC, sob pena de nulidade.

## DA ILEGITIMIDADE *"AD CAUSAM"* DE PARTE NO PÓLO ATIVO DA PRESENTE DEMANDA

A ora contestante apenas por precaução, salienta quanto a imperiosa necessidade de se verificar a qualidade de única beneficiária do autor para direito ao recebimento da verba indenizatória do Seguro Obrigatório DPVAT.

Pedimos escusas para transcrever o disposto no artigo **art. 4º da Lei 6.194/74**, senão vejamos:

> *"Art. 4º - A indenização no caso de morte será paga, na constância do casamento, ao cônjuge sobrevivente; na sua falta, aos herdeiros legais. Nos demais casos, o pagamento será feito diretamente à vítima na forma que dispuser O Conselho Nacional de Seguros Privados*
>
> *§1º - Para fins deste artigo, a companheira será equiparada a esposa, nos casos admitidos pela Lei Previdenciária ...."*

Assim sendo, resta claramente comprovado a ordem de preferência para a percepção do benefício oriundo do Seguro DPVAT.

No caso *sub judice,* é de clareza cristalina que o autor deve comprovar cabalmente sua qualidade de ÚNICO beneficiário da verba indenizatória, para que no futuro a Ré ou qualquer outra Sociedade Seguradora participante do *"pool"* do Convênio DPVAT, não seja compelida a efetuar novamente o pagamento da verba indenizatória do seguro DPVAT, referente ao mesmo sinistro noticiado.

Exa., o Seguro DPVAT é alvo das mais ousadas fraudes no mercado securitário, **não que seja o caso dos autos,** mas as Leis pertinentes a matéria exigem comprovação do sinistro e obviamente exige também a documentação da vítima sinistrada, bem como da qualidade de beneficiário da verba indenizatória.

Neste sentido, urge a imperiosa necessidade de se verificar quanto a real qualidade de único beneficiário da AUTOR para a percepção da verba indenitária do Seguro DPVAT na integralidade.

## DA PLENA VIGENCIA DA LEI 11.482/07

## - ALTERAÇÃO DO ART. 4º DA LEI 6.194/74 -

Cumpre salientar que na data de 31 de Maio de 2007, entrou em vigor a Lei 11.482/07, que alterou a Lei 6.194/74 e a Lei 8.441/92. Em seu art. 8º, encontra-se especificado os novos valores a serem adotados, no que tange à indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT[2].

---

[2x] ***Art. 8º Os arts. 3º, 4º 5º e 11 da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, passam a vigorar com as seguintes alterações: "art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada: I - R$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos) - no caso de morte; II - até R$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e III - até R$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas. (...)."***

Destaque-se ainda, que a Lei 11.482/07 modifica a forma de pagamento a ser realizado aos beneficiários legais e o mesmo art. 8º da referida Lei, alterou o art. 4º da Lei 6.194/74, no sentido de que a indenização no caso de morte será paga de acordo com o disposto no art. 792 do Código Civil [3].

Desta forma, resta indiscutivelmente comprovado que a verba indenitária deve ser rateada entre todos os beneficiários da vítima.

Reiterando que o valor indenizável para a cobertura de evento morte é de **R$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais)**, verifica-se que o valor deve ser dividido entre todos os beneficiários da vítima.

Portanto, para que as autoras possam receber o valor referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, deve comprovar **a qualidade de únicas beneficiárias, devendo restar claro que a vítima não deixou outros herdeiros.**

## DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório (DPVAT), como cediço, é um contrato legal, de cunho social, regulamentado pela Lei n.º 6.194/74, em que o segurado é indeterminado. Ele tem por objetivo a reparação por eventual dano pessoal, independente de juízo de valor acerca da existência de culpa. Ou seja, para que o sinistro seja considerado protegido pelo seguro DPVAT é necessário que ele tenha sido ocasionado pelo uso de veículo automotor.

O Seguro Obrigatório de Veículos – DPVAT, este de contratação obrigatória por todos os proprietários de veículos os quais se propõem a circular em vias públicas, oferecendo qualquer tipo de risco à coletividade, somente se faz presente em determinados casos.

Dessa forma, deve ser esclarecido que embora possua uma inevitável função social, o DPVAT não deixa de ter natureza de seguro, e como tal exige-se a sua contratação, antes de qualquer outro questionamento, para que se possa arguir de eventual indenização a seu título.

**Verifica-se, assim, que conforme dinâmica narrada no Boletim de ocorrência não foi possível constatar se tratar de um acidente de transito uma vez que o veículo foi identificado apenas por um " veículo julieta" sem nenhum outro tipo de identificação. Vejamos dinâmica:**

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 veiculo "Julieta" que faz o transporte de canas

p. 49

https://intranet.ssp.se.gov.br/boletim/BO/imprimeBO.asp

No caso dos autos, verifica-se que a parte autora ingressou com a demanda a fim de receber a indenização do Seguro DPVAT face **ao acidente ocorrido com veículo ciclomotor sem o devido licenciamento e emplacamento**.

Esclarece, por oportuno, que o Código Brasileiro de Trânsito prevê a necessidade de licenciamento de todos e quaisquer veículos[4].

[3x] **Art. 792.** Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

[4] Art. 130. **Todo veículo automotor, elétrico, articulado, reboque ou semi-reboque, para transitar na via, deverá ser licenciado anualmente pelo órgão executivo de trânsito do Estado, ou do Distrito Federal**, onde estiver registrado o veículo.

O Conselho Nacional de Trânsito - Contran, visando regulamentar a matéria através da Resolução 205/2006, tornou obrigatório o porte do Certificado de Registro e Licenciamento anual para circulação de veículos[5].

Dessa forma, o veículo envolvido no sinistro da presente lide não possui cobertura pelo Seguro Obrigatório de Veículos – DPVAT, **vez que não foi sujeito a registro e licenciamento, bem como por não ter sido comprovado o pagamento do prêmio do seguro obrigatório.**

Registra-se que a contratação do Seguro Obrigatório se dá mediante emissão de bilhete de seguro, o qual poderá ser emitido por ocasião do licenciamento anual do veículo ou de seu emplacamento, cabendo ainda uma exceção para os casos dos veículos sujeitos ao Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores – IPVA, em que tal procedimento é levado a efeito exclusivamente com o Certificado de Registro e Licenciamento Anual.

Ante a inexistência de cobertura para o mencionado veículo causador do acidente, requer a reforma da r. Sentença para que o pleito autoral seja julgado totalmente improcedente, nos termos do art. 485, I, CPC.

## CONCLUSÃO

Requer a Ré o acolhimento das preliminares suscitadas, em especial a ausência de comprovação da qualidade de únicos beneficiários.

Ante o exposto, requer a Ré a improcedência da ação, **tendo amplamente demonstrado o total descabimento da presente demanda**, nos exatos termos do artigo 487, inciso I, do CPC.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10%, consoante a previsão do art. 11, § 1º, da Lei 1.060/50.

Protesta, ainda, por todo o gênero de **provas** admitido em direito, especialmente documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da parte autora para que esclareça:

- Queira o autor esclarecer se é o único beneficiário da vítima ou tem conhecimento da existência de outros herdeiros;
- Queira o autor esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial;
- Se tem ciência de algum pagamento administrativo referente ao sinistro em tela;

Para fins do expresso no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer a Ré que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono **Dr. JOÃO ALVES BARBOSA FILHO,** inscrito sob o nº **OAB/SE 780-A** e **KELLY CHRYSTIAN SILVA MENEDEZ** inscrito sob o nº **OAB/SE 2592**, sob pena de nulidade das mesmas.

[5]"Art. 1º. Os documentos de porte obrigatório do condutor do veículo são: I – Autorização para Conduzir Ciclomotor - ACC, Permissão para Dirigir ou Carteira Nacional de Habilitação - CNH, no original; II – Certificado de Registro e Licenciamento Anual - CRLV, no original;"

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

MARUIM, 4 de junho de 2019.

**JOÃO BARBOSA**
**OAB/SE 780-A**

**KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ**
**2592 - OAB/SE**

**SUBSTABELECIMENTO**

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO,** brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ**, inscrito na **2592 - OAB/SE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **RAYANE BARBARA BARBOSA DOS SANTOS**, em curso perante **a ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **MARUIM**, nos autos do Processo nº 00003303120198250043.

Rio de Janeiro, 4 de junho de 2019.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/SE 780-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

**SUBSTABELECIMENTO**

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO,** brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/SE 780-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa da advogada **KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ, inscrito na OAB/SE sob o nº 2592, com escritório na RUA PACATUBA, N.º 254, SALA 210, CENTRO. ARACAJU/SERGIPE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **RAYANE BARBARA BARBOSA DOS SANTOS**, em curso perante **a ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **MARUIM**, nos autos do Processo nº 00003303120198250043.

Rio de Janeiro, 27 de maio de 2019.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/SE 780-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376950/18

**Vítima:** NILTON BARBOSA DOS SANTOS

**Data do acidente:** 19/10/2015

**CPF:** 040.925.015-52

**CPF de:** Próprio

**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 - Necrópsia
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 | Responsável pelo cadastramento na seguradora |
|---|---|
| Data da entrega: 16/10/2018<br>Nome: RAYANE BARBARA BARBOSA DOS SANTOS<br>CPF: 067.105.295-09 | Data do cadastramento: 16/10/2018<br>Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa<br>CPF: 164.083.787-65 |
| RAYANE BARBARA BARBOSA DOS SANTOS | Nathalia Beatriz Braga Costa |

Seguradora LÍDER

**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**

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 **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 n°: 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**

Seguradora LÍDER

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Autenticação de pagamento

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

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

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

DADOS CADASTRAIS

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

Profissão: AUTONOMA — Endereço: RUA CRUZEIRO — Número: 220 — Complemento: CASA

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

E-mail: — — Telefone: (79) 9.8142-4945

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO — ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: ( ) ( ) (informar o dígito se houver) CONTA: ( ) ( ) (informar o dígito se houver)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BNB

AGÊNCIA: 161 ( ) (informar o dígito se houver) CONTA: 3496 (9) (informar o dígito se houver)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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. 5º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica correção e direito de contestá-lo caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no CNH) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima: 22.10.2015

Grau de Parentesco com a vítima: IRMÃ | Vítima deixou companheiro(a)? ☐ Sim ☒ Não - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não | Se teve 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 cagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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

Nome: RAYANE BARBARA BARBOSA DOS SANTOS

CPF: 067.105.295-09

(*) Assinatura do 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: LUIZA LUIZA DOS SANTOS

CPF: 040.314.885-17

x Luiza 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 novo teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PS-DC1 V001/2018

Consulte esclarecimentos acessando o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através dos números abaixo:
**Central de Atendimento (para consultas sobre indenização e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020 1505 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Dias 8h às 20h**
**SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8180**
**SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06**
**Ouvidoria: 0800 021 21 35**

**INSTRUÇÕES IMPORTANTES:**

1. Necessário preenchimento completo de todos os dados, em letra de forma legível.
2. Os nomes do segurado e dos beneficiários devem ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar data e assinatura do segurado e do cônjuge ou companheiro(a) designado. Não é necessário que o cônjuge seja parceiro(a) legal.
4. Os beneficiários menores de idade (entre 0 e 16 anos) ou incapazes não devem ser representados pelos pais. Informe o nome do representante legal do(s) beneficiário(s), menor e assinado somente por o representante legal.
5. Os beneficiários maiores de idade entre 16 e 17 anos devem ser assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deve ser preenchida e assinada por o(s) beneficiário(s) menor e também por o assistente legal, acompanhada de cópia dos documentos.
6. Em caso de dúvidas, é preciso entrar em contato de um beneficiário preencher um formulário para cada beneficiário.


CrediAmigo
Banco do Nordeste
4258 2500 2571 6970
09/20
VISA
RAYANE BARBARA BARBOSA DOS
00161 000003496-9
Empresarial Electron

MORTE

7

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



## 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 MARUIM

**Endereço:** PRAÇA JOÃO RODRIGUES CEP 49770000, CENTRO FONE:() 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:** MARUIM - SE **Circunscrição:** COPCI-COORDENADORIA DE POLÍCIA DO INTERIOR

**Tipo do 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 LUCIENE 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 cútis:** 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:** MARUIM **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:** 22368104 **UF:** SE **Órgão expedidor:** SSP-SE

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

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

**Endereço:** RUA MARÉCHAL FLORIANO PEIXOTO 09 **Número:** 09 **Complemento:** A

**CEP:** 49.770-000 **Bairro:** COELHO **Cidade:** MARUIM **UF:** SE

**Proximidades:** **Telefone:**

**PERÍCIAS E ATENDIMENTO HOSPITALAR**

**Pericia:** 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 "Julieta" 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 esses 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 MATOS DUTRA BADARÓ TABELIÃ INTERINA
www.1oficiomaruim@hotmail.com
AUTENTICAÇÃO.
Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática é a reprodução fiel do original que me foi exibido.
MARUIM/SE. 23/09/18 Dou fé.
Nº
Em R$ 6,65 + selo R$ 0,00 = Total R$ 6,65.
Jessica Macedo Braz - Escrevente Substituta.

Selo Digital de Autenticidade
Selo: AAE 70182355807151

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DA COMARCA DE MARUIM/SE

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 BADARÓ-PARELLA INTERINA
AUTENTICAÇÃO.
Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática é a reprodução fiel do original que me foi exibido.
Maruim/SE. 26/09/18
Em 896065 - selo RÓCCO - Total R$ 0,65
Gerados Mazado Brito - Escrevente Substituta

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO - COMARCA DE ARACAJU - SE
Maria Dolores O. S. Fonseca
Tabelã
Jussara Oliva Fonseca Mendes
Substituta

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

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

**FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA**
**PAI:** MILTON BARBOSA DOS SANTOS FILHO
**MÃE:** MARIA LUCIENE DOS SANTOS
**RESIDÊNCIA:** RUA MARECHAL FLORIANO PEIXOTO, Nº 00, COELHO, MARUIM-SE

**DATA E HORA DE FALECIMENTO**

| | DIA | MÊS | ANO |
|---|---|---|---|
| VINTE E DOIS DO MÊS DE OUTUBRO DO ANO DE DOIS MIL E QUINZE ÀS 22:50 | 22 | 10 | 2015 |

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

**CAUSA DA MORTE**
SEPTICEMIA, 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**

Certidão de óbito

**NOME DO OFÍCIO:** 2º OFÍCIO DA COMARCA DE ARACAJU
**ESCREVENTE:** PEDRO FONSECA MENDES
**MUNICÍPIO:** ARACAJU-SE
**ENDEREÇO:** TRAV. BENJAMIN CONSTANT, 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 00103416O BRP

DETALHAMENTO DA MATRÍCULA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Matrícula | [illegible] | cc(25) | Tipo de Serviço Prestado, sendo: 15 - Serviço de Registro Civil das Pessoas Naturais | nnn(003) | Número do livro |
| Padrão | [illegible] | | | ggg(0-2) | Número da folha |
| DETALHAMENTO | | dddd(1987) | Ano de Registro | hhhhhh(000533) | Número do termo |
| aaaaa(30188-3) | Código Nacional de Serventia (Identificação do Cartório) | a(1) | Tipo do ato, sendo: 1: Livro A (nascimento) 2: Livro B (casamento) 3: Livro B Auxiliar (registro de casamento religioso para efeitos civis) 4: Livro C (óbito) 5: Livro C Auxiliar (registro de natimorto) 6: Livro D (proclamas de casamento) 7: Livro E (ato de natureza civil de Pessoas Civil) | | |
| bb(01) | Código do Acervo, sendo: 01 - Acervo Próprio Outros - Acervos Incorporados | | | | |
| | | | | II(31) | Dígito Verificador |

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

Fundação Hospitalar de Saúde

SAMU 192

Comprovação de ato declaratório

**RELATÓRIO 0473 / 2016 REFERENTE À OCORRÊNCIA**

**NÚMERO: 1510190061 / SR – SAMU**

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

Dra. Roberta S. Barreto
CRM/SE - 3899

**Maria Roberta Santana Barreto**

**Coordenadora Médica**

**SAMU 192 SERGIPE**

Comprovante de residência

DESO

FATURA MENSAL

252498.8

RAYANE BARBARA BARBOSA DOS S

RUA CRUZEIRO, 220, MARUIM, 49770-000

| | | | |
|---|---|---|---|
| 119003/00336 | 20/09/2018 | A16A005499 | REG: 1 |

| | |
|---|---|
| Leit. Anterior | 303 |
| Leit. Atual | 311 |
| Consumo Faturado (m3) | 8 |
| Média de Consumo (m3) | 4 |
| Ocorrência de Leitura | |
| Data da Leit. Anterior | 20/08/18 |
| Dias de Consumo | 31 |
| Média diária (m3) | 0.12 |
| Previsão para Próx. Leit. | 20/10/18 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

| Serviços | | Valor |
|---|---|---|
| AGUA | | 35.84 |
| ESGOTO | | 0.00 |
| 080 MULTA P/IMPONTUALIDADE | 0101 | 0.72 |
| 091 JUROS DE MORA | 0101 | 0.24 |
| 094 ATUALIZACAO MONETARIA | 0101 | 0.08 |

| | | |
|---|---|---|
| 09/2018 | VENCIMENTO: 27/09/2018 | 36.88 |

"VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER É CRIME. DENUNCIE - LIGUE 180 OU PROCURE O (A) DELEGADO (A) DE JUSTIÇA"

A falta de pagamento dessa fatura 30 (trinta) dias após seu vencimento implicará na interrupção do fornecimento de serviços - Art. 81, Decreto Lei nº 27.585/2010.

CANAIS DE ATENDIMENTO: 0800 079 0196 – SAC: 4020-0196
AGÊNCIA VIRTUAL: www.deso-se.com br/agenciavirtual

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

| Parâmetro | Turbidez | C/V | Cloro | Flúor | Coliformes Totais | Coliformes Fec. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº máximo de amostras Exigidas | 37 | 10 | 37 | 1 | 37 | |
| Nº de Amostras Analisadas | 41 | 41 | 41 | | 41 | 41 |
| Nº de Amostras Aceitáveis | 41 | 41 | 37 | | 41 | 41 |

DESO
COMPANHIA DE SANEAMENTO DE SERGIPE

| | |
|---|---|
| 252498.8 | 27/09/2018 |
| 09/2018 | 36.88 |

82660000000002 3RAAM041A20A 252498809208 181252498819

Comprovante de residência

DESO

FATURA MENSAL

292498. B

NOVO AVISO DE CORTE

RAYANE BARBARA BARBOSA DOS S

RUA CRUZEIRO, 220, NARUJM, 49770-000

| | | | |
|---|---|---|---|
| 119003/00217 | 21/11/2018 | A164005499 | |

| | |
|---|---|
| Leit. Anterior | 116 |
| Leit. Atual | 123 |
| Consumo Faturado (m3) | 10 |
| Média de Consumo (m3) | 2 |
| Ocorrência de Leitura | |
| Data da Leit. Anterior | 22/10/18 |
| Dias de Consumo | 30 |
| Média diária (m3) | 0,07 |
| Próxima data Prog. Leit. | 21/12/18 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Valor

SERVIÇOS
AGUA
ESGOTO
080 MULTA P/IMPONTUALIDADE 0101
091 JUROS DE MORA 0101
094 ATUALIZAÇÃO MONETARIA 0101

11/2018 VENCIMENTO: 28/11/2018 36,82

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

A falta de pagamento desde faturas 30 (trinta) dias após seu vencimento terá cara na interrupção do fornecimento de serviços - art. 91, Decreto Lei nº 27.995/2010.

CANAIS DE ATENDIMENTO 0800 079 0195 – SAC: 4030-0195
AGÊNCIA VIRTUAL: www.deso-se.com.br/agenciavirtual

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

| Parâmetro | Tabelas | Cor | Odor | Flúor | Turbidez | Coliformes |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº de Amostras Analisadas | 27 | 30 | 27 | | 27 | |
| Nº de Amostras Conformes | 34 | 34 | 34 | | 34 | 34 |
| | 34 | 34 | 34 | | 34 | 34 |

Seguradora LÍDER

# 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.

Declaracao de unicos 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: Nº vivos: 01 Nº falecidos: | *Deixou nascituro? ☐ 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 Bariana 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):

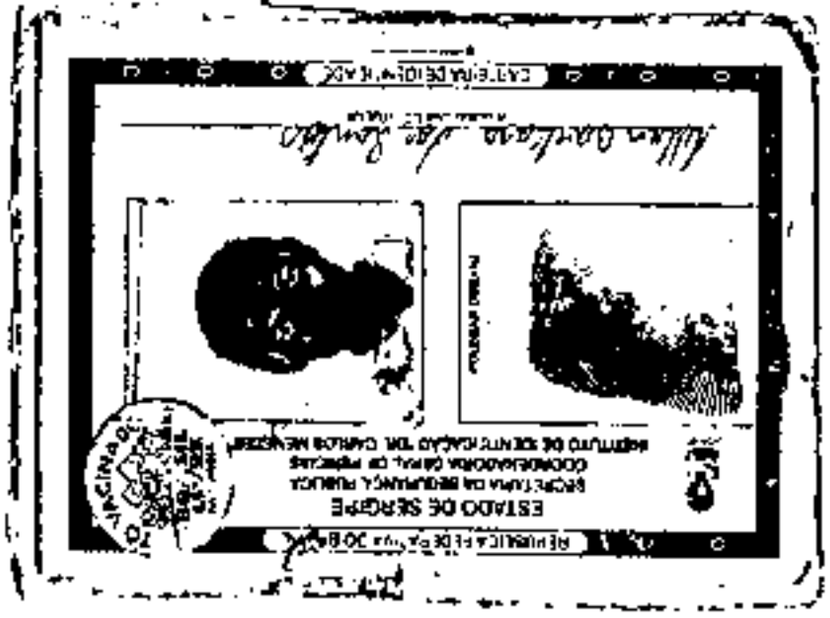
## TESTEMUNHAS, PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO:

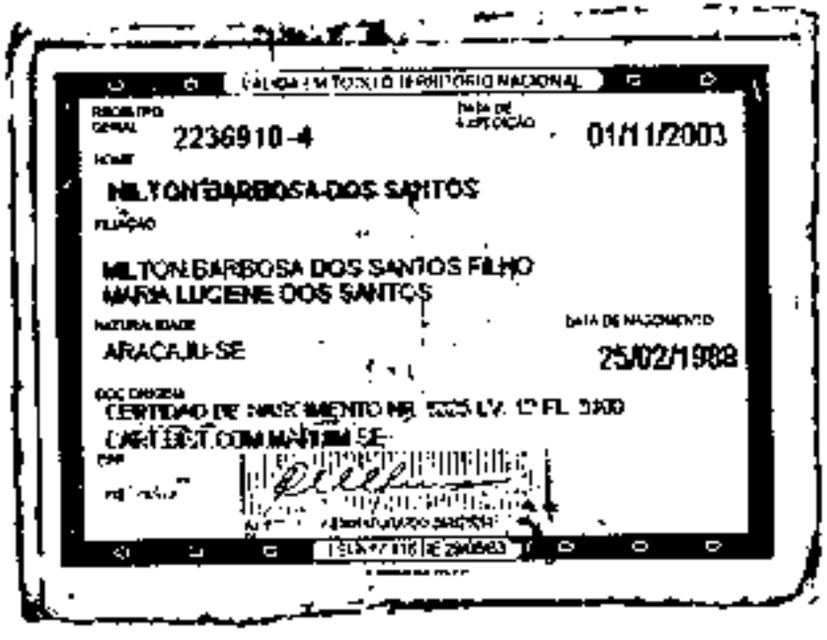
1 - Nome completo: LUZIA LUIZA DOS SANTOS | 2 - Nome completo: RAQUEL LUIZA DOS SANTOS

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 Luiza Luiza dos Santos | Assinatura: x Raquel Luiza dos Santos

DUBS 001 V001/2018


CARTEIRA DE IDENTIDADE
ESTADO DE SERGIPE
POLEGAR DIREITO


VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
REGISTRO GERAL
2236910-4
DATA DE EXPEDIÇÃO
01/11/2003
NOME
NILTON BARBOSA DOS SANTOS
FILIAÇÃO
NILTON BARBOSA DOS SANTOS FILHO
MARIA LUCIENE DOS SANTOS
NATURALIDADE
ARACAJU-SE
DATA DE NASCIMENTO
25/02/1988
DOC ORIGEM
CERTIDÃO DE NASCIMENTO
CARTORIO COMARCA SE
CPF


Documentos de identificação

MINISTÉRIO DA FAZENDA

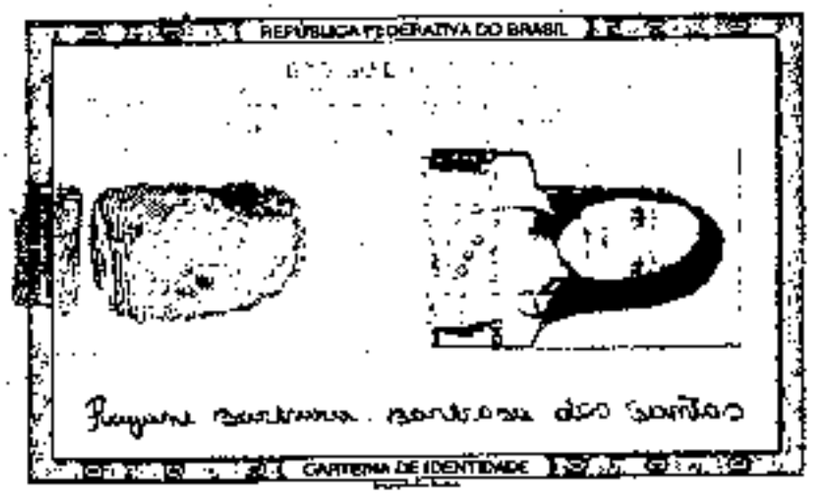
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
040.925.016-52

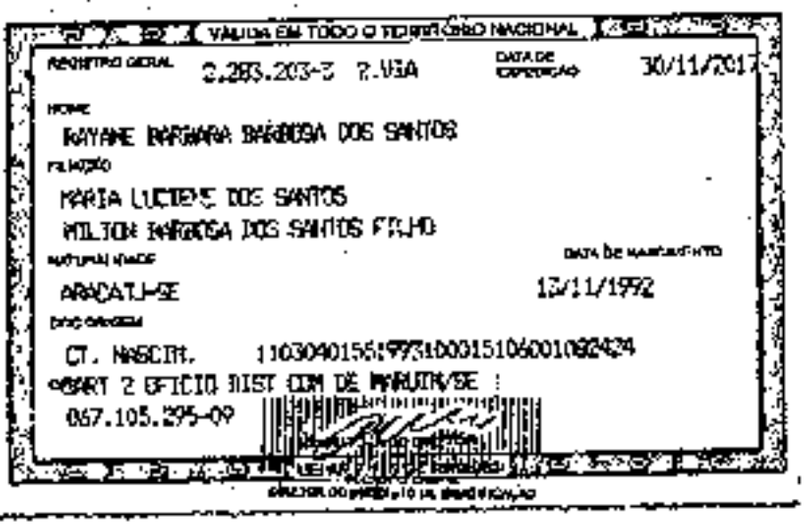
Nome
NILTON BARBOSA DOS SANTOS

Nascimento
28/02/1969

VÁLIDO JUNTAMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO




Documentos de Identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Pedro Vitor Santos de Melo

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de identificação

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.063.308-2

DATA DE EXPEDIÇÃO 28/08/2018

NOME PEDRO VITOR SANTOS DE MELO

FILIAÇÃO MARIA LUZINETE SANTOS DE MELO

MILTON BARBOSA DOS SANTOS

NATURALIDADE ARACAJU-SE

DATA DE NASCIMENTO 27/12/2009

DOC ORIGEM CT. NASCIMENTO 110494015520101002190720106006135

CART.REG.DIST.COM.ARACAJU/SE

CPF 106.257.655-16

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/8/83

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.283.201-3 2.VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 30/11/2017

NOME
SAYONE BARIVAN BARBOSA DOS SANTOS

FILIAÇÃO
MARTA LUCIENE DOS SANTOS
AILTON BARBOSA DOS SANTOS FILHO

NATURALIDADE
ARACAJU-SE

DATA DE NASCIMENTO
13/11/1992

DOC ORIGEM
CT. NASCIM. 11337A0155L99310001510600006290M
PRIMAT 2 OFICIO DIST DOM DE ARAUJA/SE
067.305.295-09

DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Documento de Identificação

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Sayone Barivan Barbosa dos Santos

BENEFICIÁRIO

**Laudo Pericial Digitalizado**

Laudo do IML – Necropsia

INSTITUTO MÉDICO LEGAL

# LAUDO PERICIAL CADAVÉRICO

***NILTON BARBOSA DOS SANTOS***

***LAUDO Nº 7849/2015***

1º OFÍCIO DE MARUIM/SE
ANNE CAROLINE BATISTA QUEIROZ BADARÓ-TABELIÃ INTERINA
AUTENTICAÇÃO.
Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática é a reprodução fiel do original que me foi exibido.
Maruim/SE 03/09/13 Dou fé.
Em R$ 13,30 + selo R$ 0,00 = Total R$ 13,30
Jessica Macedo Braz - Escrevente Substituta.

Selo Original de Autenticidade
Tribunal de Justiça de Sergipe
Consulta: 201307350037132

1º OFÍCIO DA COMARCA DE MARUIM/SE
Anne Caroline Batista Queiroz Badaró

Estado de Sergipe - Secretaria de Segurança Pública

Laudo Pericial Digitalizado

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

| Nome da Vítima | | | Nascimento | Idade | Naturalidade | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| NILTON BARBOSA DOS SANTOS | | | 25/02/1988 | 27 | ARACAJU | |
| Estado Civil | Sexo | Cor | Profissão | | | UF |
| SOLTEIRO | MASCULINO | NEGRA | MONTADOR | | | SE |
| Instrução | Nome da Mãe | | Nome do Pai | | | |
| FUNDAMENTAL INCOMPLETO | MARIA LUCIENE DOS SANTOS | | NILTON BARBOSA DOS SANTOS FILHO | | | |

| Endereço | Bairro | Município |
|---|---|---|
| RUA MARECHAL FLORIANO PEIXOTO Nº 09 | IGNORADO | MARUIM |
| Nome da Autoridade | Função | Unidade |
| DR. JOEL DOS SANTOS | DR. JOEL DOS SANTOS | DDPCI - COORDENADORIA DE POLICIA CIVIL DO INTERIOR |

| 1º Perito Relator | Cremese/Crose | 2º Perito Relator | Cremese/Crose |
|---|---|---|---|
| DR. JOSÉ RICARDO FARIAS MONTEIRO DA COSTA | 1246 | | AMDO-LAUDO Nº 7849/2015 |

| Local da Pericia | Tipo | Causa |
|---|---|---|
| Sala de Necrópsias do IML | | |

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 vitima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 19/10/2015, no Povoado São Vicente, municipio 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) Caracteristica de identificação (sexo, cabelo, estatura, compleição 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.

CONFERIDO

29/10/2015 PROT: 7-84

GOVERNO DE
SECRETARIA
DEPARTAME

**DADOS DA GUIA DE EXAME**

**Nº Referente ao BO:**
2015/06564.0-000692

**Encaminhar laudo para:**
COPCI-COORDENADORIA DE INTERIOR

**Responsável pela solicitaç**
Maria das Graças F de Albuque

**Data do fato:**
19/10/2015 - 03:30 até 19/1 03:30

**Descrição do fato:**
Que no dia e horário acima ind idade , voltava para casa ao c "Julieta" que faz o transporte d que o motorista do veículo atrá do acidente através de conheci estes familiares ao chegarem á ferido, estava lucido e pedia pa equipado, para transportarem a do dia 22/10/2015, quando foi

**IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA**

**Nome completo:**
NILTON BARBOSA DOS SANTO

**Filiação:**
MILTON BARBOSA DOS SANTO

**Registro Geral:**
22369104

**Naturalidade:**
ARACAJU

**Descrição física:**

**Endereço completo:**
RUA MARECHAL FLORIANO PEIX

**Registro de porta:**
Ao escrevente: _____
Livro: _____
Em: __/__/__
Entrou às: _____
Dia: __/__/__
Arquive-se
Em: __/__/__

http://intranet.sjc.ap.gov.br/bdsim/BO/gutDe

**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.

[redacted]

a) Anátomo - Patológico
XXXXX
b) Quais revelaram
XXXXX
c) Toxicológico
XXXXX
d) Deu como resultado
XXXXX
e) Outros
XXXXX

**Comentario Medico/Conclusão/Quesitos Respostas**
**Comentario 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.

**Quesitos/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, fogo 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
1245

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

AMDO-LAUDO Nº 7849/2015

Laudo Pericial
Digitalizado

**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 "Julieta" 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:**
NILTON BARBOSA DOS SANTOS FILHO / MARIA LUCILNE DOS SANTOS

| Registro Geral: | Estado Civil: | Data de Nascimento: |
|---|---|---|
| 22369104 | Solteiro | 25/02/1988 |
| **Naturalidade:** | **Profissão:** | **Sexo:** |
| ARACAJU | MONTADOR | Masculino |

**Descrição Física:**

**Endereço completo:**
RUA MARECHAL FLORIANO PEIXOTO 09, 09, A. COELHO, MARUIM

**Registro de porta:**

Ao escrevente: _____
Livro: _____ fls. _____
Em: ___/___/___ Nº: _____
Entrou às: _____ horas de _____
Dia: ___/___/___
Arquive-se
Em: ___/___/___

carimbo

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376950/18

**Vítima:** NILTON BARBOSA DOS SANTOS

**Data do acidente:** 19/10/2015

**CPF:** 040.925.015-52

**CPF de:** Próprio

**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 - Necrópsia
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 | Responsável pelo cadastramento na seguradora |
|---|---|
| **Data da entrega:** 16/10/2018 | Data do cadastramento: 16/10/2018 |
| Nome: RAYANE BARBARA BARBOSA DOS SANTOS | Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa |
| CPF: 067.105.295-09 | CPF: 164.083.787-65 |
| RAYANE BARBARA BARBOSA DOS SANTOS | Nathalia Beatriz Braga Costa |

# SEGURO DPVAT – PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora LÍDER

## COBERTURA SOLICITADA

(X) MORTE ( ) INVALIDEZ PERMANENTE ( ) DAMS

## IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA NILTON BARBOSA DOS SANTOS

DATA DO ACIDENTE 22.10.15 POSSUI CPF (X) SIM ( ) NÃO Nº CPF 040.925.015-52

## PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

(X) Documento de Identificação do Representante Legal (cópia simples)
(X) CPF do Representante Legal (cópia simples)
(X) 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 Invalidez 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 receituários 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

(X) **Registro de Ocorrência Policial** – original ou cópia autenticada (X) Sim ( ) Não
(X) **Certidão de óbito da vítima** - cópia autenticada (X) Sim ( ) Não
(X) Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
(X) **Documento de identificação da vítima** (cópia simples)
(X) **CPF da vítima** (cópia simples)
(X) **Documento de identificação de todos os beneficiários** (cópia simples)
(X) **CPF de todos os beneficiários** (cópia simples)
(X) **Comprovante de residência dos beneficiários** (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original)
(X) **Autorização de pagamento** para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
(X) 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))**
(X) 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 BÁRBARA BARBOSA DOS SANTOS

Quem é o portador? ( ) Vítima ( ) Beneficiário (X) Representante Legal - CPF do portador 067.105.295-09

E-mail: _____ Tel.: 79 98142-4995

Data 01.10.18 Assinatura Rayane Bárbara Barbosa dos Santos

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

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

Atendente WENDEL DOS SANTOS MOTA Matrícula 8727520-1

Data: 01.10.18 Assinatura: _____

989800545

Fundação Hospitalar de Saúde

# RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: [illegible]
DATA DA ENTRADA: 29/01/15
DATA DA SAÍDA: 21/02/15

INTERNAMENTO: PS(X) ENFERMARIA ( ) UTI ( )

HISTÓRICO CLÍNICO:

[illegible]

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

[illegible]

EXAMES COMPLEMENTARES:

[illegible]

MÉDICOS ASSISTENTES:

[illegible]

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

ARACAJU, 29 de 02 de 2016

[illegible]

MÉDICO OU CARIMBO DE ENVIO DE PRONTUÁRIO

Obs.: dados obtidos mediante análise do prontuário

2

CIRURGICO LAUDO ENVIADO 20/10/15

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

N. ATENDIM.: 1751288 DATA: 19/10/2015 HORA: [redacted] USUARTO: TRAUMA
SETOR: 04-PS VERMELHA

6:30 h

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: NILTON BARROSA DOS SANTOS DOC.: 223691
IDADE: 27 ANOS NASC: 25/02/1988 SEXO: MASCULINO
ENDEREC.: RUA MARECHAL FLORIANO PEIXOTO NUMERO: 9
COMPLEMENTO: BAIRRO: COELHO
CIDADE: MARUIM UF: SE CEP: -
NOME PAI/MAE: MILTON BARROSA DO SANTOS FILHO/MARIA LUCIENE DOS SANTOS
ACOMPANHANTE: RAYANE/IRMA TEL.: (79-9[illegible]
REFERENCIA: MARUIM
ACIDENTE: ATROPELAMENTO
BOLETIM POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

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

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

Por comunicação

QUEIXA PRINCIPAL: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___
Paciente vítima de atropelamento - trazido pelo SAMU em uso de prancha e exposto de MIDIE e importante dessa em região de pernas
① Via Aérea Pérvia + ② ⊕ ⊕ AHA, SIRA ③ FC = 80 bpm, Hipocorado ++/4+
PA: 90 x 60 ④ ECG: IV - ritmo taquicardico e sobrecarga.
ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:
⑤ Exp. Pé ED em varus Bi/Te - Exp., Pé EQ c/ exposição de tendões c/ pulso ⊕
⑥ Encaminhamento da Bacia de Pelvis + Fratura Pulsos Pedioso ⊕ por Direito e Esq. Palpável
Sem perda, fraqueza, ardor
DIAGNOSTICO: Atropelamento CID: Sem alterações pulso ⊕

| PRESCRICAO | HORARIO DA MEDICA |
|---|---|
| ① SF 0,9% 1000 ml, EV | |
| ② Kefizol 2g, EV | |
| ③ SAT 1mg, IM | |
| ④ Dipirona 1mg + AD, EV | |

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :
MOTIVO: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA
ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNADO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): _____
Dr. Petrônio Medeiros
REFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE): _____
DESTINO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANATOMIA

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

⑤ monitorização + Tipagem sangue + HG + USG abd + Raio X
⑥ Avaliar da Ortopedia, Urologia, Cirurgia plástica
⑦ SVD (após avaliação da Urologia)

Annexes : Rapports de activa courant
Rapports de Trésor
Rapports de Salaire Pensionnaires
Rapports de recettes D/E
Rapports de Dépenses D/E
Rapports de Fonds D/E
USG. Abdi (FAST).

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

3

## FICHA HOSPITALAR DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

§ Hospital: de Urgência de Sergipe Entrada às 6:30 hs de 19/10/15
Cadáver de: Vitória Bandeira dos Santos Sexo: Masculino Cor: Negro Idade: 27 anos
Est. Civil: ___ Profissão: ___ Residência: ___
§ Removido ao hospital por: (X) Ambulância | | Polícia | | Particulares | | Outros
§ Local de origem da remoção com endereço completo: | | residência
(X) 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: (X) Ac. De trânsito: (X) 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 | | outro
( ) Queda: ( ) de mesmo nível ( ) de outro nível ___
( ) Outros ___

§ Médico(s) responsável(eis): Dr. Alexandre Rocha Andrade
§ Diagnóstico(s): Politraumatismo grave com fratura exposta de pelve
§ Histórico: Paciente chegou a óbito sobrevivendo a cirurgia de pelve, cistostomia, desbridamento. Fratura em ossos do púbis e ischio com DPL e óbito em RX e ultrassonografia logo e isolado com DPL e óbito
§ Paciente recebido: (X) consciente | | inconsciente ( ) como grau ___
| | choque hip. ___ | | óbito
§ Tratamento instituído (inclusive cirurgias): Desbridamento, cistostomia e cirurgia de pelve, anestesia e RX

§ ( ) 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: choque misto séptico e hemorrágico
§ Responsável pelas informações: Dr. Alexandre Rocha Andrade / Médico
(nome e cargo/função legíveis)

Assinatura e carimbo: Alexandre Rocha Andrade
Plantonista Terapia Intensiva
CRM 3093

Raylane (enf) | Maria Luiza (aux)
98103-7301 | 99878-8258

4

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Cod. Executivo...: 122365
Num. de CAS.....: 0000000000000
Nome.....: NILTON BARBOSA DOS SANTOS
Prontuario.....: 22389104 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
Endereco.....: RUA MARECHAL FLORIANO PEIXOTO 9
Bairro.....: CENTRO Cep.: 00000-
Telefone.....: 79-81037301
Cidade.....: 2804203 - - SE
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Tipo de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 1251288
Clinica.....: 918 - CENTRO CIRURGICO ERPA
Leito.....: 999.0135
Data da Internacao: 19/10/2015
Hora da Internacao: 10:07
Medico Admitente: 004.230.365-91 MARILA REBECA BARRETO SILVA
Convenio Solicitado: NAO INFORMADO
Convenio.....: NAO INFORMADO
Usuario Operador..: JOSEANESANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

Data Realizado:
Motivo Saida:
Especialidade:
Cid de Saida:
Cid Principal:
Cid Secundario:
Internado:
Acompanhado:
Leito:

EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE – HUSE

PRONTO SOCORRO ADULTO

6

Página nº 1

Nome do Paciente: M. Rosa Bonfim Idade: Sexo:

Unidade de Procedência: Leito: Nº do Prontuário:

| DATA | HORA | HISTÓRICO |
|---|---|---|
| 13/10/17 | | Ortopedia: Aguardo exames de ortopedia para procedimento em sala operatória. Mantenha jejum para com manutenção lesão e perda funções segmento. |

Dr. Carlos Vieira Santos
MÉDICO
CRM - 438

8/10/17 # Plantão Jurídico #

RX segmento vertebral, n.d.a, apresenta alinhamento e condutividade mantidas e o.t.e.

RX tórax, 20 nov

RX abdômen, 20 nov

Abdômen agudo, 20 nov, inalter

Aguardo confirmação do laudo

Relato fratura vertebral

Relato hemangioma e coagulopatia

Dr. Sergio Pedrosa
Cirurgião Geral e Trauma
Ecografia Geral

## EVOLUÇÃO CL[illegible] DISCIPLINAR

DATA | HORA

2/10/15 Uro

Paciente submetido a cistostomia [illegible] para [illegible] o [illegible] [illegible] [illegible] a [illegible] [illegible] por [illegible] [illegible]

Tentado [illegible] SVD 22F, [illegible] [illegible] [illegible] (principalmente [illegible] na [illegible])

Realizado [illegible] cistostomia [illegible] [illegible] [illegible] da [illegible] de [illegible] [illegible]. [illegible] a [illegible] [illegible] [illegible] de [illegible] [illegible] de [illegible]

[illegible]: Seguir com cuidados da ortopedia

Dr. Lucas Aragão
Urologista
CRM/[illegible]

# EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

Fundação Hospitalar de Saúde

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE – HUSE

6

Nome do Paciente: Nilton Bruno dos Santos | Idade: [illegible] | Sexo: M

Unidade de Produção: [illegible] | Leito: 02 | Nº do Prontuário: [illegible]

| DATA | HORA | HISTÓRICO |
|---|---|---|

[illegible] - Mantido clínico

- Traumatismo - atendimento
- 20/12/10 - diagnóstico de [illegible]
- 05/14/10 - [illegible]

Evolui para quadro clínico de choque hemorrágico - consciente e orientado, [illegible] normotensos, [illegible] normotérmico, [illegible] - [illegible] - [illegible] - [illegible]

Dr. Diego Reis CRM [illegible] Médico Intensivista

Cd: 1) colha para [illegible]
↳ pH: [illegible], pO2: [illegible] (FiO2 [illegible]), pCO2: [illegible], HCO3: [illegible], BE: [illegible]
2) dimensão [illegible]
3) [illegible]
↳ [illegible]
4) [illegible] (HB [illegible])
5) [illegible] + [illegible]

27/10/15
14:00 Feito parecer em pós-operatório de amputação bilateral acima trans-tibial (D) e desbridamento de região perineal [illegible] extremamente grave, choque séptico com disfunção de vários órgãos.
No momento: Noradrenalina 0,5 mcg/kg/min + vasopressina [illegible] pH: 6,99, pO2: [illegible], pCO2: 55, HCO3: [illegible], BE: -13, SatO2: [illegible]
Pela condição clínica instável - FNACO e continuação do ato cirúrgico e solicito vaga de UTI e hemodiálise de urgência.

Dr. [illegible] CRM [illegible]

| DATA | HORA | EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR |
| --- | --- | --- |

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE
HUSE

EVOLUÇÃO MÉDICA

# ADMISSÃO À UTI 2º ANDAR

NOME MILTON BARBOSA DOS SANTOS
IDADE 27 SEXO M LEITO 115
PRONTUÁRIO ~~[illegible]~~ 122565 UP UTI 2º
DATA 7/10/15 HORA 21 20

| ESCORE | 0 | 1 | 2 | |
|---|---|---|---|---|
| INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA | AUSENTE | MODERADA | GRAVE | 2 |
| CHOQUE | AUSENTE | | PRESENTE | 2 |
| GLASGOW | 13 A 15 | 07 A 10 | 03 A 06 | 2 |
| INFECÇÃO | AUSENTE | NÃO 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 | MÉDIO | GRANDE | 2 |
| TRAUMA EXTERNO | PEQUENO | MÉDIO | GRANDE | 2 |
| IDADE | < 40 | 40 - 59 | ≥ 60 | 0 |

CLASSIFICAÇÃO QUANTO AO RISCO PREVIO 10

< 7 = BAIXO RISCO 8 - 12 = RISCO MODERADO 13 - 14 = ALTO RISCO > 14 = 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 atropelamento sendo submetido a cirurgia no mesmo dia com diagnóstico de fratura exposta de pelve + MMII com lesão de pele, e perda de bolsa escrotal sendo submetido a fixação de pelve, drenagem e colostomia. Evoluiu na enfermaria da SICA com necrose de MMII sendo indicado no centro cirúrgico com amputação supracondiliana de MID e PCR sem retorno do tempo e óbito (parada pela manhã) sendo impossibilitado de realizar a amputação do MIE sendo planejado para 2º tempo. Recebe paciente gravíssimo

Ao Exame: Não impressiona afebril, anictérico, acianótico

Neuro: Glasgow 3T, pupilas isocóricas fotorreagentes 5 mm

(illegible) no leito

Alexandre Rocha Andrade
Pneumologia Terapia Intensiva
CRM-3093

Alexandre Rocha Andrade
Pneumologia Terapia Intensiva
CRM-3093

# HUSE — BOLETIM DE ANESTESIA

PACIENTE: Nilton Barboza 405 525
REGISTRO: 122365
ENFERMARIA: | MÉDICO: | LEITO:
CIRURGIA PROGRAMADA: Fixação Externa da Pelve + Cistorrafia
CIRURGIA REALIZADA:
DATA: 19/10/15
ANESTESIOLOGISTA: Gsr Thiago
TÉCNICA ANESTÉSICA: Geral
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA:
CIRURGIÃO: Paulo Jacomo + Martha Barzeto + Carlos Vieira
ASA: I E
HORA DE INÍCIO: 12h
HORA DE TÉRMINO:
ACESSO VENOSO:
POSIÇÃO: DDH

ALGINATO / INALATÓRIO: O2, AR, HALO

PULSO: PAM, FC, SpO2

MONITORIZAÇÃO

| | |
|---|---|
| PA NÃO INVASIVA | |
| PA INVASIVA | |
| ELETROCARDIOGRAFIA | |
| OXIMETRIA | |
| CAPNOGRAFIA | |

CONDIÇÃO DE ALTA PARA CRPA: Não tem: entubado, c/ gasometria, entubado, FC-110/131x8+, SpO2-100%, Aparelho de UTI

AGENTES ANESTÉSICOS / DOSE:
- Fentanil 150 mcg
- Propofol 50 mg
- Etomidate 20 mg
- Sch 70 mg
- Cisatracurio 10 mg
- Rocuronio 020
- Fentanil 500 mg
- Bupi 10 mcg
- Glic. Calc. 01 g
- Morfina 05 mg
- Midazolam 08 mg
- Morfina 1,0 mg
- Bupivacaina 0,5 mg

ANTIBIÓTICO PROFILAXIA:
- Dose 01: 70/05
- Dose 02: 70/05
- Dose 03: 70/05

OBSERVAÇÕES:
Incisão: (1) Pele → 3cm (2) Vaseline → MMC e MMD (3) Fáscia + IV → Sg Fisiol. + Lb + IST (4) VC V/VC → Sto Fn → 12/PEEP 5 (5) Rg ed AVC → USC B Selvagem → Boca gole → 12 h/ml HB infusão c/ cor → 20 mg Acetato, pela alça bucal.

ENCAMINHADO PARA: ( ) UTI ( ) UNIDADE

Às 15:30h → foi à 03CH + 03HC à enfermaria no apoio
às 16h → foi à 1+ N/ porta de Maus → NÃO TEM LO NOM/PAC III

Anestesiologista
CRM/BE 3743

Fratura exposta da pelve.

Politrauma

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: Nilton Barbosa dos Santos

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura exposta pelve +

CIRURGIA REALIZADA: Fixação externa da pelve.

CIRURGIÃO: Martho e Paulo Fabotti

AUXILIARES:

ANESTESIA: ANESTESIA

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

( ) CIRURGIA LIMPA ( ) CIRURGIA LIMPA CONTEMINADA

(X) CIRURGIA CONTAMINADA ( ) CIRURGIA INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? ( ) SIM ( ) NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO

( ) VIAS AÉREAS SUP ( ) PULMONAR ( ) URINÁRIA ( ) ESTÉRIL

( ) CUTÂNEO ( ) AP CARDIO-VASCULAR ( ) ESPUTO ( ) OCULAR

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1) Paciente entubado em decúbito dorsal.
2) Politraumatismo exposição da pelve e membros inferiores, bastante anos de tempo, grave.
3) Lesões vascularizadas: desenluvamentos dos calcâneos, exposição de partes moles de dorso dos pés; desenluvamento de 1/3 proximal da coxa direita, exposição da sínfise púbica, com cisalhamento e escavação da hemipelve direita, desenluvamento do pênis; não vascularizados os testículos.
4) Colocado fixador externo na pelve, por redução da disjunção da sínfise púbica e da hemiescavação pélvica.

DATA ___/___/___

5) Demais procedimentos (uro e plástica) a serem descritos pelos respectivos especialidades.

19/10/15

CIRÚRGICO
ENVIADO
20/10/13

HOSPITAL DE [illegible] DE SERGIPE

# FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: Hilton Barbosa dos Santos

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Ruptura de uretra posterior pós fratura

CIRURGIA REALIZADA: Cistostomia + sutura + bolsa + lesão + bolsa

CIRURGIÃO: [illegible]

AUXILIARES: Carlos Vieira Saul

ANESTESIA: Igor Anestesista

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: Ruptura de uretra c/ fratura [illegible]

CIRURGIA LIMPA

CIRURGIA CONTAMINADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? SIM NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO

VIAS AÉREAS SUP. PULMONAR

CUTÂNEO GAP. CARDIO-VASCULAR

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1) Laparotomia c/ SE de gerontia e [illegible] (pois obstruído).
2) Identificação da ausência de testículo pela lesão traumática
3) Cistostomia utilizando o apêndice vermiforme pela boca cutânea
4) Sutura
5) Alta

DATA: 19/10/13

Dr. Vieira Santos
Médico
CRM-SE

Fundação Hospitalar de Sergipe

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA DE SERGIPE

# FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: Nilton Barbosa dos Santos

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Poliotraumatismo c/ perda de substância *

CIRURGIA REALIZADA:

CIRURGIÃO: Dr Paulo Vieira

AUXILIARES: Dr Paulo Pereira (R1)

ANESTESIA: Geral, ANESTESIOLOGISTA: Dr. Igor Prado

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

( ) CIRURGIA LIMPA

( ) CIRURGIA CONTAMINADA ( ) CIRURGIA POTENCIALMENTE CONTAMINADA

( ) INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO ( ) INFECÇÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

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

( ) CUTÂNEO ( ) AP. CARDIO-VASCULAR ( ) CIRURGIA ( ) OUTROS

## DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Antissepsia

Campo estéril

Antissepsia

Sutura do Couro e pênis

e região perineal, guiando-se pela sensibilidade do Tecido

Perda de pele a pela da coxa Direita / Sutura da face muscular

Debridamento do pé D. (dorso e região plantar) + Sutura dos tendões

Sutura do dorso do pé Esquerdo deixado dreno.

Sutura da Coxa Esquerda

Pólos deixar dreno

Pen-Rose

* Face lateral de Coxa D
* dorso do pé D.
* Pênis
* Escroto

DATA: 19/10/15.

Dr. Paulo Cesar Vieira
Cirurgião Plástico
CRM 2050

12

# RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS CONSUMO DO HJAF/HUSE

**PACIENTE:** Nilton Barbosa dos Santos **RG** 12236 **DATA:** 19/10/15

**CIRURGIÃO:** Marcio / Paulo Solotti / Carlos Vieira / Rudolfo Viana / Pa

**CIRURGIA:** TC cirúrgica por expansor labiolabial + cistolomia + Sulco vestibular + Sutura

**ANESTESIOLOGISTA:** Dr Lucas / Dr Igor **ANESTESIA:** Geral **CIRCULANTE:** Marcia

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 | ROCEFIN | 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 | ANESTESICOS | |
| DOLANTINA | AMP | ESMERON | FR |
| DORMONID | AMP | ETOMIDATO | AMP |
| EFORTIL | AMP | FENTANIL | FR |
| EFEDRINA | AMP | ISOFLURANO | ML |
| FERNEGAN | AMP | PROPOFOL | AMP |
| FLAGYL | UND | PAVULON | AMP |
| GARAMICINA | AMP | QUELICIN | FR |
| GLICOSE | AMP | KETALAR | FR |
| GLUCONATO DE CÁLCIO | AMP | TRACRIUM | AMP |
| HEPARINA | UND | MARCAÍNA 0,5% C/V | FR |
| HIDROCORTIZONA | FR | MARCAÍNA 0,5% S/V | FR |
| HIPOGLOS | TB | NEOCAÍNA PESADA | FR |
| HISÓCEL | UND | XILOCAÍNA 1% S/V | FR |
| KEFLIN | FR | XILOCAÍNA 1% C/V | FR |
| LASIX | AMP | XILOCAÍNA 2% S/V | FR |
| MANITOL 20% | UND | XILOCAÍNA 2% C/V | FR |
| NARCAN | AMP | XILOCAÍNA GELEIA | TB |
| NILPERIDOL | AMP | XILOCAÍNA SPRAY | DOS |
| ÁGUA OXIGENADA | ML | SERINGAS ML | UND |
| AGULHA DE RAQUE Nº | UND | SERRA DE GIGLE | UND |
| AGULHA DESCARTAVEL Nº | UND | SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº | UND |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| AGUA OXIGENADA | ML | | SERINGAS ML | UND | 15 |
| ALCOOL 70% | ML | 100 | SONDA DE ALÍVIO Nº | UND | |
| ALGODÃO ORTOPÉDICO | UND | | SONDA NASOGÁSTRICA Nº | UND | |
| ATAD. CREPOM | UND | 14 | SONDA NELATON Nº 16 | UND | 01 |
| ATAD. GESSADA | UND | | SONDA DE FOLLEY Nº | UND | |
| BARRA DE FRICK | 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 7,5 | UND | 04 |
| CATETER DE OXIGÊNIO Nº | UND | | FILTRO DE BARREIRA | UNID | 04 |
| CERA PISSO | UND | | FIOS | | |
| CIMENTO ORTOPÉDICO | UND | | ACIFLEX Nº | UND | |
| CLOREXIDINA | ML | 200 | ALGODÃO C/AG Nº 3-0 | UND | 175 |
| COLETOR DE URINA | UND | | ALGODÃO S/AG Nº 2-0 | UND | 04 |
| COMPRESSAS GR 5 + 5 + 5 + 5 | UND | | CAT GUT CROMADO S/AG Nº | UND | |
| COMPRESSAS PQ 10 + 10 + 10 | UND | 100 | CAT GUT SIMPLES C/AG Nº | UND | |
| COTONETE | UND | | CAT GUT CROMADO C/AG Nº 2-0 | UND | 09 |
| DRENO DE KHER Nº | UND | | CAT GUT SIMPLES S/AG Nº | UND | |
| DRENO DE PENROSE Nº 2,2 | UND | 02 | FITA CARDÍACA Nº | UND | |
| DRENO DE SUCÇÃO Nº | UND | | MONONYLON Nº 2-0 | UND | 18 |
| DRENO DE TORAX Nº | UND | | MONONYLON Nº 3-0 | UND | 06 |
| ELETRODOS | UND | 03 | PROLENE Nº | UND | |
| EQUIPO | UND | 04 | VICRYL Nº 2-0 | UND | 07 |
| EQUIPO DE SANGUE | UND | | VICRYL 1-0 | UND | 06 |
| ESCALPE Nº | UND | | EQUIPAMENTOS | USO | |
| ESCOVA DESCART. | UND | 10 | BISTURI ELETRICO | USO | X |
| ESPARADRAPO | CM | 100 | CAPINÓGRAFO | USO | X |
| ESTENSOR | UND | 02 | CARRO DE ANESTESIA | USO | X |
| ETER | ML | | DESFRIBILADOR | USO | |
| FORMOL 10% | ML | | FURADEIRA | USO | X |
| GASE ALGODOADA | UND | 10 | FOCO CIRÚRGICO | USO | X |
| GASE SIMPLES | UND | | INTENSIFICADOR ( ) RX | USO | |
| GASE VASELINADA | UND | | MONITOR CARDÍACO | USO | X |
| GELCO Nº | UND | | MICROSCÓPIO | USO | |
| GEOFOAM | UND | | NEGATOSCÓPIO | USO | X |
| INTRA CATH Nº | UND | | OXIMETRO DE PULSO | USO | X |
| LÂMINA DE BISTURI Nº 23 | UND | 06 | | | |
| LATEX | UND | 04 | GASOTERAPIA | | |
| LUVAS ESTER Nº 7 7,5 8 8,5 | UND | 15 | AR COMPRIMIDO | USO | X |
| LUVAS PROCEDIMENTO | UND | 20 | NITROGÊNIO | USO | X |
| MICROPORE | CM | | OXIGÊNIO | USO | X |
| PVPI DEGERMANTE | ML | 100 | PROTOXIDO DE AZOTO | USO | |
| PVPI TÓPICO | ML | 100 | VÁCUO | USO | X |

13

(1º) Ato cirúrgico ortopedia

Fundação Hospitalar de Saúde

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE** 5º DIH

# FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: Nilton Barbosa dos Santos

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Gangrena de pododáctilo (D) + Chagas infecta

CIRURGIA REALIZADA: Amputação trans-tibial de perna (D) + [redacted]

CIRURGIÃO: Michael Hildebrand

AUXILIARES:

ANESTESIA: local ANESTESISTA:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: 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

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

## DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

(1) Pelvi em decúbito dorsal sob anestesia

(2) Asepsia + Anti-sepsia + Colocação de campos estéreis

(3) Amputação trans-tibial em ato cirúrgico de 1º tempo, membro inferior (D) + Ligadura das V + Arteriais na perna + Lavagem vascular (cirúrgica e vim) + Ligadura nervosa + Limpeza exaustiva com SFN 0,9% + Retalho músculo tibial e fibular 1º com gazes umedecidas

(4) Sutura da pele com nylon 2/0

(5) Curativo + desbridamento exaustivo da ferida (D) da região tarso bizarro + Curativo com hidrogel da ferida

(6) Curativo Compressivo

(7) Incremento antibiótico local + Continuar com o medicamento via oral (desbridamento da pele necrótica da perna)

DATA 24/10/15

Dr. Michael Silveira Santos
Cirurgião Geral / Traumatologia
Ortopedia de Quadril
CRM-SE 2081 / RQT 1088

Assinatura do Cirurgião

P/ Urologia

(2) Retirada drenos e sondas direcionadas e pé direito sobre anestesia

(3) Curativo e sulfadiazina prata

# HUSE — BOLETIM DE ANESTESIA

14

PACIENTE: Nilton Bandeira dos Santos — REGISTRO: 251288

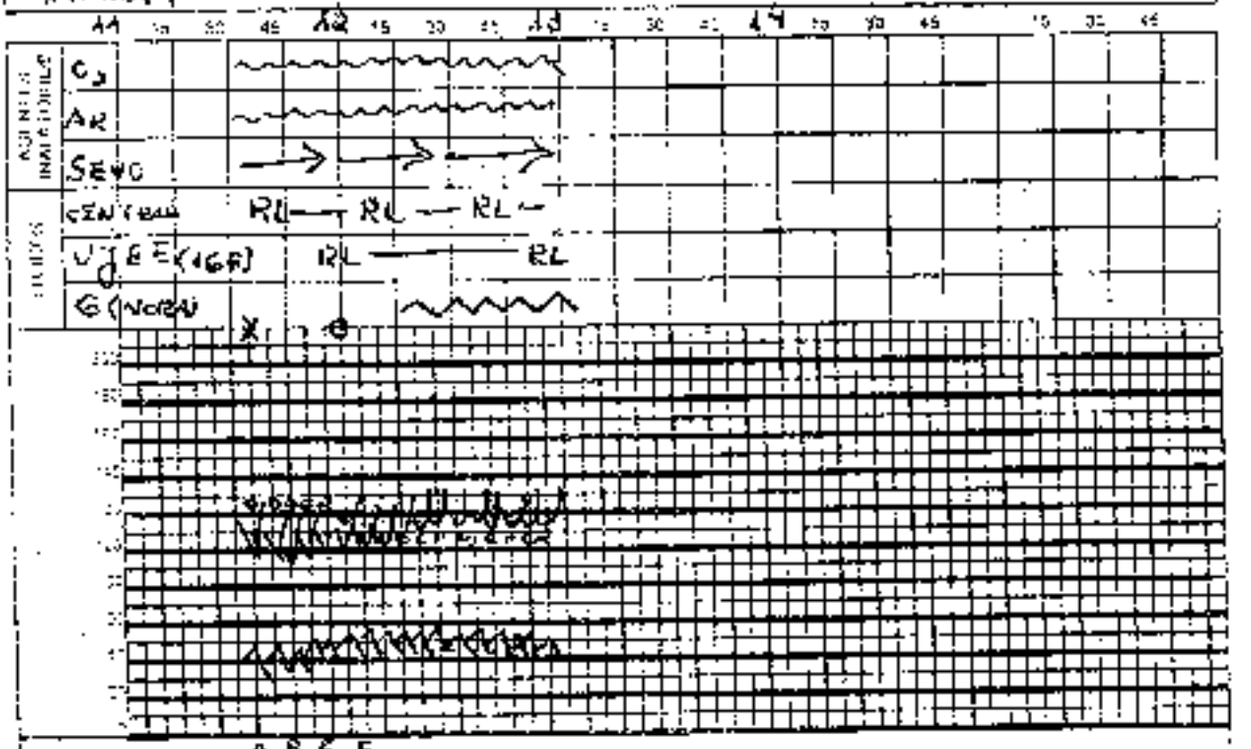
UNIDADE: — LEITO: — SETOR:

CIRURGIA PROGRAMADA: Amputação MSD + Desbridamento MIE + Debrido — DATA: 22/10/15

ANESTESIOLOGISTA: Dr Carlos Eduardo Aguiar — CIRURGIÃO: Geral Bolsonaro — MEDICAMENTO PRÉ-ANESTÉSICO: Não houve

INSTRUMENTADOR: Dr Nilo/Fernando / Dr Renan — ASA: IE

HORA DE INÍCIO: 11:30 — HORA DO TERMINO: — ACESSO VENOSO: — POSIÇÃO: Decúbito dorsal




MONITORIZAÇÃO

| MONITORIZAÇÃO | | | |
|---|---|---|---|
| PA NÃO INVASIVA | ✓ | | |
| PA INVASIVA | | TELEMETRIA | |
| ELETROCARDIOGRAFIA | ✓ | DIÚRESE | ✓ |
| OXIMETRIA | ✓ | | |
| CAPNOGRAFIA | ✓ | PAM | |

CONDIÇÃO DE ALTA PARA CRPA

| AGENTES ANESTÉSICOS | DOSE |
|---|---|
| A Fentanil 250 mcg IV | |
| B Etomidato 20 mg IV | |
| C Lidocaína 2% S/V 40 mg IV | |
| D Succinilcolina 80 mg IV | |
| E Rocuronio 50 mg IV | |
| F Fenilefrina 10 mg + 2 mg IV | |
| G Lidocaína 2% 22 mg/kmL 18 mL ACA | |

ANTIBIÓTICO PROFILAXIA: Agve

| | | |
|---|---|---|
| 1ª Dose | 30/09 | |
| 2ª Dose | 30/09 | |
| 3ª Dose | 30/09 | |

OBSERVAÇÕES: Geral Bolsonaro c.c. PCSM IV, alguns momentos com S/Click IOT, nível 2 (Cormack II) com TOT nº 8,0 com Cuff. Ventilação mecânica controlada. Procedimento auxiliar

ENCAMINHADO PARA: UTI ( ) UNIDADE

- Politrauma - Atropelamento
- Pé tendo: fraturas externa do quadril
- Sepse - Choque séptico - Gangrene MMII

Aguiar

15

# RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS CONSUMO DO HJAF/HUSE

Fundação Hospitalar de Saúde

PACIENTE: Nilton Bonfim dos Santos RG 122365 DATA: 23/4/15

CIRURGIÃO: Hélio Brandão / Marcelo / Luiz Eduardo

CIRURGIA: amputação perna D + DIP MIE

ANESTESIOLOGISTA: Paulo ANESTESIA: Geral CIRCULANTE: Jeziel

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ANTAK | AMP | | POMADA SULFA | TB | |
| ADRENALINA | AMP | | POMADA COLAGENASE | TB | |
| ATROPINA | AMP | 1 | POMADA OFTÁLMICA | TB | |
| ÁGUA DESTILADA | AMP | | PLASIL | AMP | |
| AMINOFILINA | AMP | | REVIVAN | AMP | |
| BICARBONATO DE SODIO | AMP | | ROCEFIM | FR | |
| CLORETO DE POTASSIO | AMP | | SORO RINGER LACTATO | UND | IIII |
| CLORETO DE SÓDIO | AMP | | SORO FISIOLOGICO | UND | 15 |
| COLIRIO | GTS | | SORO GLICOFISIOLÓGICO | UND | |
| CEFALOTINA | 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 Rocuronio | FR | 1 |
| DORMONID | AMP | | ETOMIDATO | AMP | 1 |
| EFORTIL | AMP | 1 | FENTANIL | FR | 1 |
| EFEDRINA | AMP | | ISOFLURANO Sevo | ML | 1 |
| FERNEGAN | AMP | | PROPOFOL | AMP | |
| FLAGYL | UND | | PAVULON | AMP | |
| GARAMICINA | AMP | | QUIFLICIN | FR | 1 |
| GLICOSE | AMP | | KETALAR | FR | |
| GLUCONATO DE CÁLCIO | AMP | | ~~TRACRIUM~~ Norcuronio | AMP | II |
| HEPARINA | UND | 1 | MARCAINA 0,5% C/V | FR | |
| HIDROCORTIZONA | FR | | MARCAINA 0,5% S/V | FR | |
| HIPOGLOS | TB | | NEOCAINA PESADA | FR | |
| HISOCEL | UND | | XILOCAINA 1% S/V | FR | |
| KEFLIN | FR | | XILOCAINA 1% C/V | FR | |
| LASIX | AMP | | XILOCAINA 2% S/V | FR | 1 |
| MANITOL 20% | UND | | XILOCAINA 2% C/V | FR | |
| NARCAN | AMP | | XILOCAINA GELÉIA | TB | |
| NIL PERIDOL | AMP | | XILOCAINA SPRAY | DOS | 1DC |
| | | | | | |

| METERIAIS | | QUANT | MATERIAIS | | QUANT |
|---|---|---|---|---|---|
| ÁGUA OXIGENADA | ML | | SERINGAS ML | UND | 10 |
| AGULHA DE RAQUE Nº | UND | | SERRA DE GIGLE | UND | 1 |
| AGULHA DESCARTAVEL Nº | UND | 5 | SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº 14 | UND | 1 |
| ÁLCOOL 70% | ML | | SONDA DE ALÍVIO Nº | UND | |
| ALGODÃO ORTOPÉDICO | UND | | SONDA NASOGÁSTRICA Nº | UND | |
| ATAD. CREPOM | UND | 6 | SONDA NÉLATON Nº | UND | |
| ATAD. GESSADA | UND | | SONDA DE FOLLEY Nº | UND | |
| BARRA DE ERICK | UND | | TRAQUEOSTOMO Nº | UND | |
| BOLSA DE COLOSTOMIA | UND | | TORNEIRINHA 3 VIAS | UND | |
| CAPA P/ MICROSCÓPIO | UND | | TUBO ARAMADO Nº | UND | |
| CATETER FOGARTY Nº | UND | | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 4,5 | UND | 4 |
| CATETER DE OXIGENIO Nº | UND | | FILTRO DE BARREIRA | UND | 4 |
| CERA P/ OSSO | UND | | FIOS | | |
| CIMENTO ORTOPÉDICO | UND | | ACIFLEX Nº | UND | |
| CLOREXIDINA | ML | | ALGODÃO CIAG Nº | UND | |
| COLETOR DE URINA | UND | | ALGODÃO SIAG Nº 0 | UND | 11 |
| COMPRESSAS GR | UND | 20 | CAT GUT CROMADO SIAG Nº | UND | |
| COMPRESSAS PQ | UND | | CAT GUT SIMPLES CIAG Nº | UND | |
| COTONETE | UND | | CAT. GUT CROMADO CIAG Nº | UND | |
| DRENO DE KNER Nº | UND | | CAT. GUT SIMPLES SIAG Nº | UND | |
| DRENO DE PENROSE Nº | UND | | FITA CARDÍACA Nº | UND | |
| DRENO DE SUCÇÃO Nº | UND | | MONONYLON Nº | UND | |
| DRENO DE TORAX Nº | UND | | MONONYLON Nº 0 | UND | 10 |
| ELETRODOS | UND | 5 | PROLENE Nº | UND | |
| EQUIPO | UND | 2 | VICRYL Nº | UND | |
| EQUIPO DE SANGUE | UND | | | | |
| ESCALPE Nº | UND | | EQUIPAMENTOS | USO | |
| ESCOVA DESCART. | UND | 11 | BISTURI ELÉTRICO | USO | |
| ESPARADRAPO | CM | 40 | CAPNOGRAFO | USO | |
| ESTENSOR | UND | | CARRO DE ANESTESIA | USO | |
| ÉTER | ML | | DESFIBRILADOR | USO | |
| FORMOL 10% | ML | | FURADEIRA | USO | |
| GASE ALGODOADA | UND | | FOCO CIRÚRGICO | USO | |
| GASE SIMPLES | UND | 30 | INTENSIFICADOR ( ) RX | USO | |
| GASE VASELINADA | UND | | MONITOR CARDÍACO | USO | |
| GELCO Nº 14 | UND | 4 | MICROSCÓPIO | USO | |
| GEOFOAM | UND | | NEGATOSCÓPIO | USO | |
| INTRA-CATH Nº | UND | | OXIMETRO DE PULSO | USO | |
| LÂMINA DE BISTURI Nº 22 | UND | 11 | | | |
| LATEX | UND | 1 | GASOTERAPIA | | |
| LUVAS ESTER Nº 7 8 8,5 | UND | 11 | AR COMPRIMIDO | USO | |
| LUVAS PROCED | UND | 100 | NITROGÊNIO | USO | |
| MICROPORE | CM | | OXIGÊNIO | USO | |
| PVPI DEGERMANTE | ML | | PROTOXIDO DE AZOTO | USO | |
| PVPI TOPICO | ML | | VÁCUO | USO | |

Seguradora LIDER

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** |

RECEBIDO
28 nov 2018
Seguradora Líder DPVAT

**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 Seg[illegible]

Qualquer dúvida, acesse o nosso si[illegible]
0800 022 12 04. Para [illegible]

[illegible] 13533326

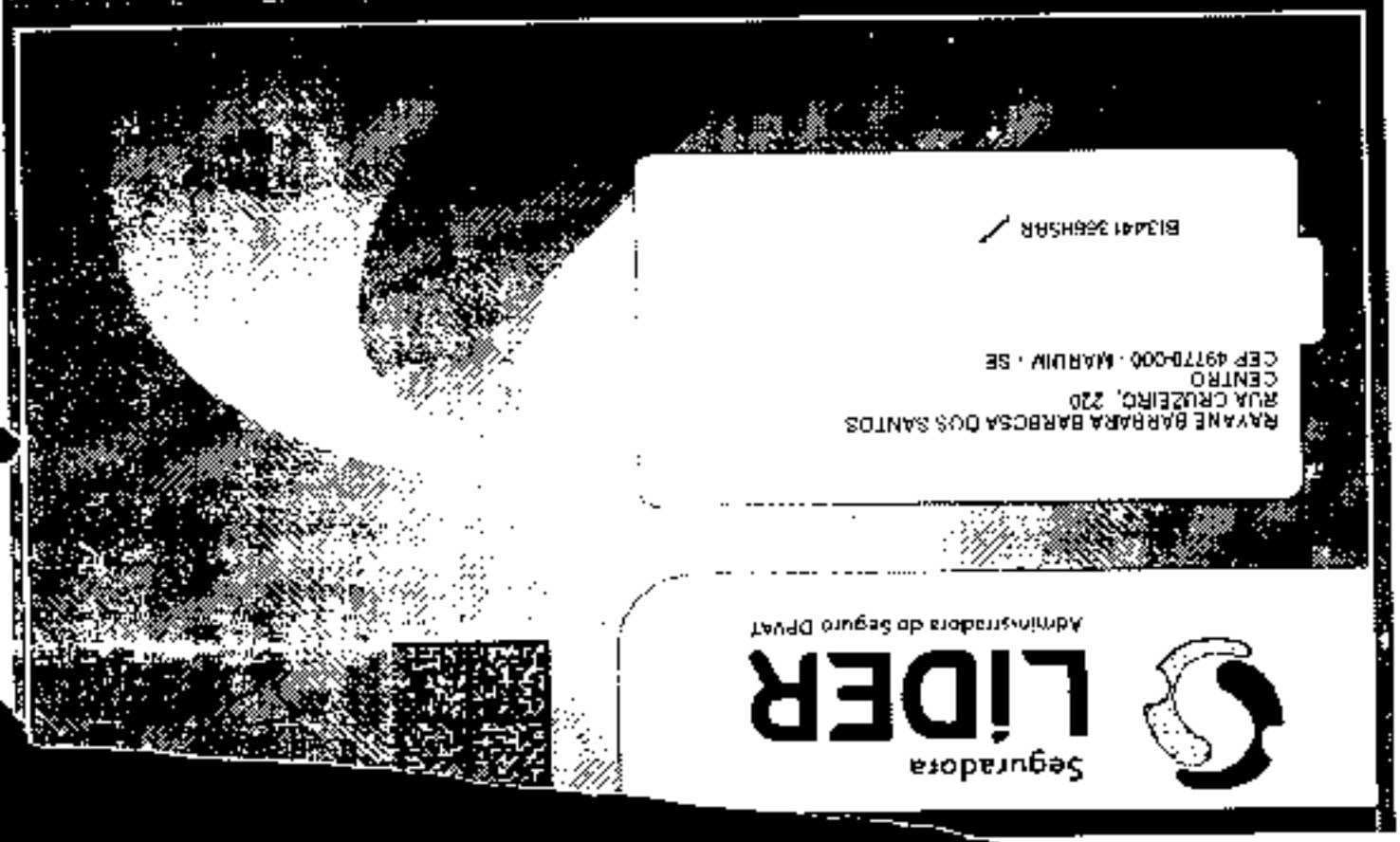
Seguradora
LÍDER
www.seguradoralider.com.br

## 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



LUZIA LUZIA DOS SANTOS
[illegible]
[illegible]

[illegible]
[illegible]
[illegible]

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

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF/ CNPJ/ RANI |
|---|---|---|---|
| Dez / 2018 | 07/12/2018 | 09/01/2019 | 040.[illegible].085-[illegible] |

**UC (Unidade Consumidora):** **3/1067927-2**

**Canal de contato**

[illegible]

| Anterior |  | Atual |  | Constante | Consumo | Dias |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Data | Leitura | Data | Leitura |  |  |  |
| [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |  | [illegible] | [illegible] |

**Demonstrativo**

[illegible]

CONTRIBUIÇÃO [illegible]
JUROS [illegible]
[illegible]
ATUALIZAÇÃO [illegible]
Devolução [illegible]

[illegible] TOTAL [illegible]

| Média últimos meses (kWh) | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|
| [illegible] | 14/12/2018 | R$ 27,67 |

Histórico de Consumo (kWh)

[illegible]

9b41 1598.d3f0.b10a.02bf.5edb.152c 142f

Indicadores de Qualidade

| | Limites da ANEEL | Apurado | Limite de Tensão (V) | |
|---|---|---|---|---|
| [illegible] | [illegible] | [illegible] | NOMINAL | [illegible] |
| [illegible] | [illegible] | [illegible] | LIMITE INFERIOR | [illegible] |
| [illegible] | [illegible] | [illegible] | LIMITE SUPERIOR | [illegible] |

| [illegible] | Valor (R$) | % |
|---|---|---|
| [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| Total | 27,67 | 100,00 |

**ATENÇÃO**

[illegible]

**Faturas em atraso**

| | |
|---|---|
| Nov/18 | 22,71 |
| Out/18 | 16,52 |

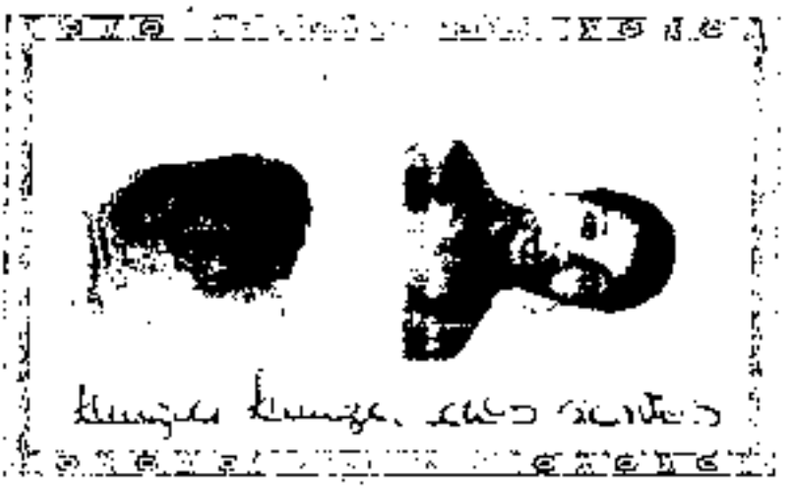
BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190 00009 33087 893008 00085 179172 6 77380000002767

PAGADOR: LUZIA LUZIA DOS SANTOS - CPF/CNPJ: 040.[illegible].085-[illegible]
[illegible]

| Nosso Nr. | Nr. Documento | Data de Vencimento | Valor do Documento | Valor Pago |
|---|---|---|---|---|
| [illegible] | [illegible] | 14/12/2018 | R$ 27,67 | |

BENEFICIÁRIO: ENERGISA [illegible]
[illegible]
Agência / Código do Beneficiário: [illegible]



2.7M.SPN-4 2.VIA 02/07/2013

LUZIA LUIZA DOS SANTOS

ANTONIO LUIZ DOS SANTOS
MARIA CRISTINA DOS SANTOS

ARACAJU-SE 13/12/1992

CT. NASCIM. Nº 11093 LV A15 FL 173
CART. DE. DIST. COR. MARIANO SE
040.317.885-17

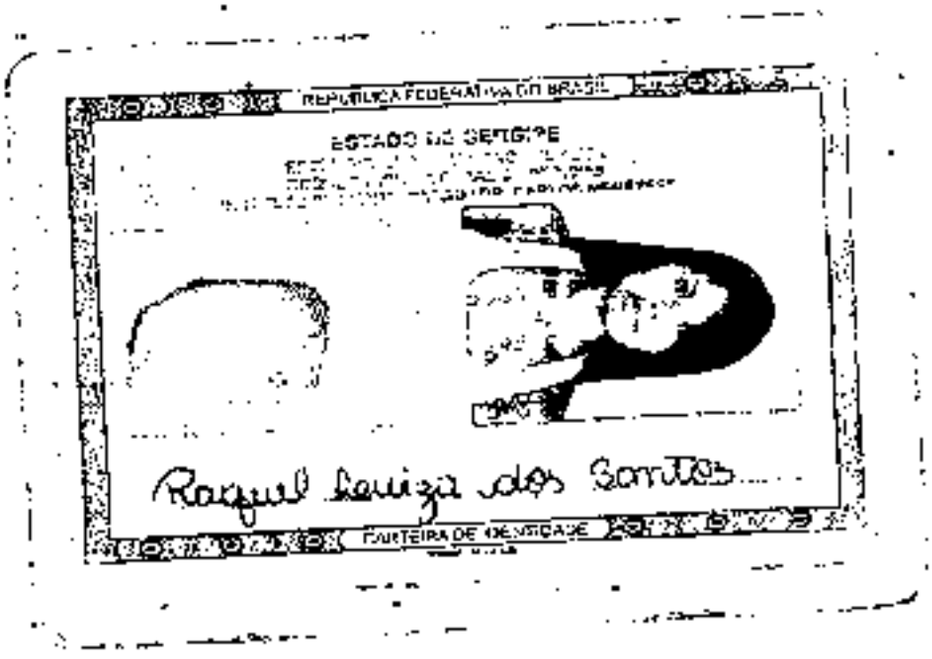
Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

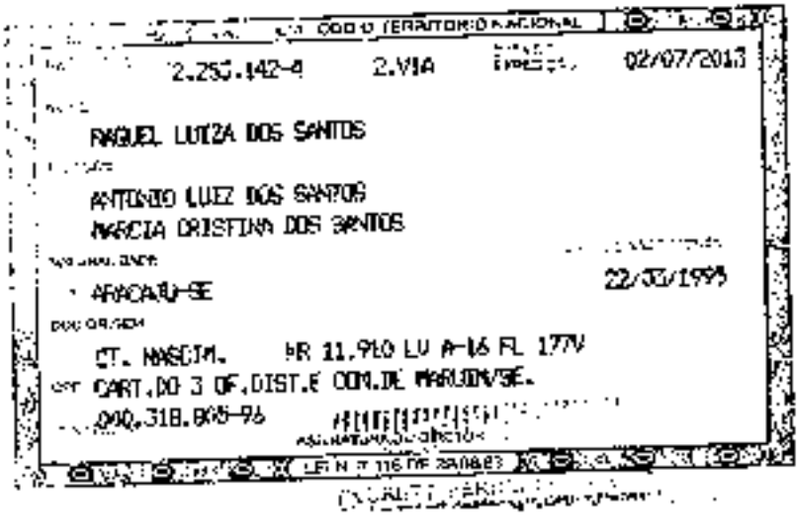
Número
**040.317.885-17**

Nome
LUZIA LUIZA DOS SANTOS

Nascimento
13/12/1992

TESTEMUNHA


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE SERGIPE
Raquel Luiza dos Santos
CARTEIRA DE IDENTIDADE


CÓDIGO TERRITORIAL NACIONAL
2.250.142-4
2.VIA
02/07/2013
RAQUEL LUIZA DOS SANTOS
ANTONIO LUIZ DOS SANTOS
MARCIA CRISTINA DOS SANTOS
ARACAJU-SE
22/05/1995
CT. NASCIM. NR 11.910 LV A-16 FL 177V
CART.DO 3 OF.DIST.E COM.DE MARUIM/SE.
000.318.805-96
LEI N.º 116 DE 25/08/83

TESTEMUNHA

ANTONIO LUZ DOS SANTOS
[illegible]

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

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF/ CNPJ/ RANI |
|---|---|---|---|
| Out / 2018 | 08/10/2018 | 02/11/2018 | [illegible] |

**UC (Unidade Consumidora):** 3/181556-2

Canal de contato

| Anterior |  | Atual |  | Constante | Consumo | Dias |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Data | Leitura | Data | Leitura |  |  |  |
| [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |  | [illegible] | [illegible] |

Demonstrativo

[illegible]

Média últimos meses (kWh)

**VENCIMENTO**
**17/10/2018**

**TOTAL A PAGAR**
**R$ 169,80**

Histórico de Consumo (kWh)

[illegible]

e495.9aa0.3b67.r4R6.700f fafc.42d8.cc9c

Indicadores de Qualidade

| | Limites da ANEEL | Apurado | Limites de Tensão (V) |
|---|---|---|---|
| [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |

| Distribuição | Valor (R$) | % |
|---|---|---|
| [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| Total | [illegible] | 100,00 |

ATENÇÃO

[illegible]

Faturas em atraso

**VENCIMENTO**
**17/10/2018**

**TOTAL A PAGAR**
**R$ 159,80**

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder
Consórcio do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376950/18

**Número do Sinistro:** 3180486222

**Vítima:** NILTON BARBOSA DOS SANTOS

**Data do acidente:** 19/10/2015

**CPF:** 040.925.015-52

**CPF da:** Próprio

**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

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376950/18

**Número do Sinistro:** 3180486222

**Vítima:** NILTON BARBOSA DOS SANTOS

**Data do acidente:** 19/10/2015

**CPF:** 040.925.015-52

**CPF de:** Próprio

**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 | Responsável pelo cadastramento na seguradora |
|---|---|
| Data da entrega: 04/01/2019 | Data do cadastramento: 04/01/2019 |
| Nome: RAYANE BARBARA BARBOSA DOS SANTOS | Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO |
| CPF: 067.105.295-09 | CPF: 134.037.047-69 |
| RAYANE BARBARA BARBOSA DOS SANTOS | ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO |

PODER JUDICIÁRIO
DO ESTADO DE SERGIPE

JUÍZO 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) 30 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.º(ª) 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(Ã): 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, _____, Kauê Biguelini Prates, Diretor de Secretaria, o conferi.

Maruim/SE, 10 de maio de 2018

**Roberto Flávio Conrado de Almeida**
**Juiz de Direito**

Rayane Barbara Barbosa dos Santos
**Rayane Barbara Barbosa dos Santos**
**Compromissada**

1º OFÍCIO DE MARUIM/SE
ANNE CAROLINE batista CUNHA DE SADANÓ TABELIÃ INTERINA
AUTENTICAÇÃO.
Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática é a reprodução fiel do original que me foi exibido.
Maruim/SE. 28/09/18. Dou fé.
Em R$ 9,97 + selo R$ 0,00 = Total R$ 9,97
Geovice 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 *o fumus boni iuris* e o *periculum in mora* exigidos pela legislação como condição*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 as partes, advertindo-as que deverão comparecer ao ato pessoalmente ou se fazerem 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. 335 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 inexitosa 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 REQUISIÇÃO, A FIM DE PROPORCIONAR O SEU COMPARECIMENTO À SESSÃO DE CONCILIAÇÃO.**

Ciência ao MP

Cumpra-se.

Seguradora LÍDER

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site **https://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: RAYANE BARBARA BARBOSA DOS SANTOS

CPF titular da conta: 069.105.295-09

Profissão: AUTÔNOMA

Endereço: RUA CRUZEIRO

Número: 220

Complemento: CASA

Bairro: LACHEZ

Cidade: MARUIM

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 à 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
- [x] 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 listados. Assinale uma opção)

- [ ] BRADESCO (237)
- [ ] BANCO DO BRASIL (001)
- [ ] ITAÚ (341)
- [ ] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA (DV): ____ (informar dígito se existir) — CONTA (DV): ____ (informar dígito se existir)

[x] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO (Nome): BANCO DO NORDESTE — (Nº): 004

AGÊNCIA (DV): 161 (informar dígito se existir) — CONTA (DV): 3496-9 (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.

MARUIM/SE, 01 de OUTUBRO de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

X Rayane Barbara Barbosa dos Santos

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPL 021 V001/2017


CrediAmigo
Banco do Nordeste
4258 2500 2571 6970
09/20
RAYANE BARBARA BARBOSA DOS
00161 000003496-9
VISA