



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE
FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: Bruno dos Santos

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura exposta. Ombro

CIRURGIA REALIZADA: Fixação externa transarticular

CIRURGIÃO: Adil

AUXILIARES: Felix

ANESTESIA: Píno ANESTESISTA Thiago

DIAGNÓSTICO PÓS- OPERATÓRIO:

- () CIRURGIA LIMPA () CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA
() CIRURGIA CONTAMINADA () CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? () SIM () NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

- () VIAS AÉREAS SUP. () PULMONAR () URINÁRIA () SNC () TGI
() CUTÂNEO () AP. CARDIO-VASCULAR () PLEURA () OUTROS

DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. Paciente em deitado dorsal sobre a mesa
 2. Assento e antissepsis
 3. Abordagem com ofen
 4. Lesão mecânica com fratura exposta
 5. Revisão de fixamento ósseo
 6. Sutura da pele
 7. Fixação externa transarticular
- O curto

DATA: 14/11/14

Dr. Adail Bezerra-Barbosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 751

Rafael Antônio Lopes Freitas
Ortopedista-Médico
CRM-SE 580
Assinatura do Cirurgião



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE
FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: W. dos Santos

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura exposta ossos fe

CIRURGIA REALIZADA: Amputação tibia metatarso

CIRURGIÃO: Dr. Adail

AUXILIARES: Dr. Feli x

ANESTESIA: Dr. Maurício ANESTESISTA Dr. Thales

DIAGNÓSTICO PÓS- OPERATÓRIO:

- () CIRURGIA LIMPA () CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA
() CIRURGIA CONTAMINADA () CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? () SIM () NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

- () VIAS AÉREAS SUP. () PULMONAR () URINÁRIA () SNC () TGI
() CUTÂNEO () AP. CARDIO-VASCULAR () PLEURA () OUTROS

DESCRICAÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. Presente em degradação óssea só metatarso
2. Esse é antissepsia
3. Glássos com aferição
4. Apresente recesso a nível de I-II-III
5. W - Vº - Vº - Vº - Vº - Vº - Vº
6. Abertura dos ossos a I-II-III
7. V - V

Descontusos de metatarso

Intervenir metatarso com 6x6

Ressecção metatarso

Suturas com pontos de pele

instro

DATA: 5/4/18

Dr. Adail Batista Barbosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SF 751

Felipe Antônio López Preitor
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SF 1039
Assinatura do Cirurgião

PACIENTE: Enrico C. C.
CIRURGÃO: Dr. Felix
CIRURGIA: Colostomia
ENFERMEIRO: Enrique

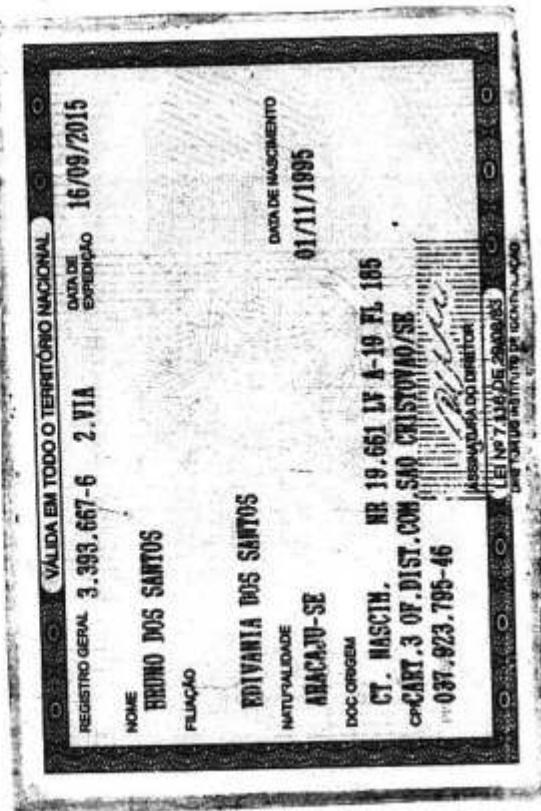
AN IRONCLAD BUD

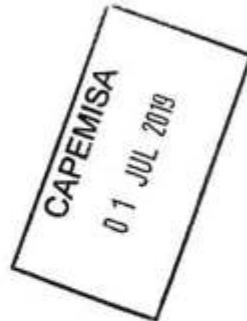
2678

وَلَمْ يَرْجِعْ إِلَيْهِ

RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS CONSUMO DE SALA

MEDICAMENTOS COMUNS	FORM	QTD	ETOMIDATO	AMP	7,5	8	8,5
ANTAK	AMP	0,5	FENTANIL 2ML	AMP	500000		
ADRENALINA	AMP		FENTANIL 10ML	AMP	500000		
ATROFINA	AMP		KETALAR (DEXTROCEPTAMINA)	FR	500000		
ÁGUA DESTILADA	AMP		ISOFLURANO	FR	500000		
AMINOFILINA	AMP		PROPOFOL	FR	500000		
BICARBONATO DE SÓDIO	AMP		ANESTÉSICOS	FORM	QTD		
CLORETO DE POTÁSSIO	AMP		ESMERON	FR	500000		
COLÍRIO	GTS		PAVULON	AMP	500000		
CEDILANIDE	AMP		TRACRIUM	AMP	500000		
CUNDAMICINA	AMP		MARCAÍNA 0,5% C/V	FR	500000		
CIPROFLOXACINO	UND		MARCAÍNA 0,5% S/V	FR	500000		
DECADRON	AMP	0,5	NEOCAÍNA PESADA	FR	500000		
DIPIRONA	AMP	0,5	XILOCAÍNA 1% C/V	FR	500000		
EFORTIL	AMP		XILOCAÍNA 1% S/V	FR	500000		
EFEDRINA	AMP		XILOCAÍNA 2% C/V	FR	500000		
FERNEGAN	AMP		XILOCAÍNA 2% S/V	FR	500000		
FLAGYL	UND		XILOCAÍNA GELÉIA	TB	500000		
GARAMICINA	AMP		XILOCAÍNA SPRAY	DOS	500000		
GLICOSE	AMP		MATERIAIS	FORM	QTD		
GLUCONATO DE CÁLCIO	AMP		ÁGUA OXIGENADA	ML	500000		
HEPARINA	UND		AGULHA DE RAQUE Nº	UND	500000		
HIDROCORTIZONA	FR		AGULHA DESCARTÁVEL Nº	UND	500000		
HIPOGLÓS	TB		ÁLCOOL 70%	ML	500000		
HISOGEL	UND		ALGODÃO ORTOPÉDICO	UND	500000		
KEFLIN	FR	11	ATAD. CREPOM	UND	500000		
LASIX	AMP		ATAD. GESSADA	UND	500000		
MANITOL 20%	UND		CAPA P/ MICROSCÓPIO	UND	500000		
POMADA SULFA	TB		CATETER DE OXIGÊNIO Nº	UND	500000		
POMADA COLAGENASE	TB		CERA P/ OSSO	UND	500000		
POMADA OFTÁLMICA	TB		CLOREXIDINA	ML	500000		
PLASIL	AMP	1/2	COLETOR DE URINA	UND	500000		
REVIVAN	AMP		COMPRESSA GR	UND	500000		
ROCEFIM	FR		COMPRESSA PQ	UND	500000		
SORO RINGER LACTATO	UND	11	COTONETE	UND	500000	RX 11	
SORO FISIOLÓGICO	UND	11	DRENO DE KHER Nº	UND	500000		
SORO GLUCOFISIOLÓGICO	UND		DRENO DE PENROSE Nº	UND	500000		
SORO GLICOSADO	UND		DRENO DE SUÇÃO Nº	UND	500000		
TRASAMIN	AMP		DRENO DE TÓRAX Nº	UND	500000		
PROFENID	AMP	0,5	ELETRODOS	UND	500000		
CONTROLADOS	FORM	QTD	EQUIPO	UND	500000		
REMIFETANILA (ULTIVA)	FR		EQUIPO DE SANGUE	UND	500000		
FENTANIL + DROPERIDOL	AMP		ESCALPE Nº	UND	500000		
FLUMAZENIL	AMP		ESCOVA DESCARTÁVEL	UND	500000		
DIAZEPAM	AMP		ESPARADRAPO	CM	500000		
DIMORF 0,2MG (MORFINA)	AMP	0,5	ESTENSOR	UND	500000		
DIMORF 2MG (MORFINA)	AMP		ÉTER	ML	500000		
DIMORF 10MG (MORFINA)	AMP		FORMOL 10%	ML	500000		
DOLANTINA (PETIDINA)	AMP		GASE ALGODOADA	UND	500000		
DORMANID 5MG (MIDAZOLAM)	AMP		GASE SIMPLES	UND	500000		
DORMANID 15MG (MIDAZOLAM)	AMP	0,5	GASE VASELINADA	UND	500000		
NARCAN (NALOXONA)	AMP		GELCO Nº	UND	500000		
NILPERIDOL (FENTANILA DROPERIDOL)	AMP		LÂMINA DE BISTURI Nº	UND	500000		
TRAMAL (TRAMADOL)	AMP		LÁTEX	UND	500000		





Declaracião

Eu, Gleison Ferreira das Santas, procurador da vítima Bruno das Santas, S. n.º 3130403896, declaro que compareci pessoalmente na 12ª delegacia metropolitana, com o intuito de regularizar a penalidade quanto ao Boletim de ocorrência, tendo em vista que no mesmo não consta a identidade funcional do responsável pelo preenchimento, o Sr. José Roberto de Souza.

No entanto, fui informado pelo mesmo, que por ser um documento de fá-papelaria não seria necessário a identificação do responsável pelo preenchimento do BO, através do seu nº do registro funcional, tendo o Sr. José Roberto de Souza, ofícios Corimboob o documento em anexo, com o Corimbo da 12ª delegacia metropolitana.

No mais, refuz o prosseguimento do fato.

Anoaf/15, 24 de Julho de 2013.



* Gleison Ferreira das Santas
DAB/SE 11.565



12ª DELEGACIA METROPOLITANA
PRAÇA GETÚLIO VARGAS, CENTRO FONE: (79)3261-1339
Boletim de Ocorrência 2018/06590.0-000940 - Alterado

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: 12ª DELEGACIA METROPOLITANA
Endereço: PRAÇA GETÚLIO VARGAS, CENTRO FONE: (79)3261-1339

FATO

Natureza: LEI 9.503/97 - LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DO VEÍCULO
Data e Hora do Fato: 14/04/2018 - 19:30 até 14/04/2018 - 19:30
Endereço: ESTRADA DE RITA CACETE Número: Complemento: CEP: 49100-000
Bairro: RITA CACETE Cidade: SAO CRISTOVAO - SE Circunscrição: 12ª DELEGACIA METROPOLITANA
Tipo de local: VIA PÚBLICA Meio Empregado: OUTRO
Mais informações sobre o endereço: Rua T

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: BRUNO DOS SANTOS
Nome do pai: Nome da mãe: EDIVANIA DOS SANTOS
Pessoa: Física CPF/CNIC: 037.923.765-46 RG: 33936678 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE
Naturalidade: ARACAJU Data de nascimento: 01/11/1995 Sexo: Masculino Cor da cutis: Não informado
Profissão: ESTUDANTE Estado civil: Solteiro Grau de instrução: 1º Grau Incompleto
Endereço: Rua Principal Número: Complemento:
CEP: 49.100-000 Bairro: Arame 2 Cidade: SAO CRISTOVAO UF: SE
Proximidades: Telefone:

PERÍCIAS E ATENDIMENTO HOSPITALAR

Peculiar: IML [Guia de Exame](#)
Descrição: Lesão corporal provocada por acidente de moto, - BRUNO DOS SANTOS

HISTÓRICO

Relata o noticiante que: No dia e hora mencionados acima, na estrada de Rita Cacete, se dirigia no sentido São Cristóvão/Rita Cacete conduzindo a moto Honda NXR 160 Bros, preta, placa QMC0993, de propriedade de Vanessa Jardelina dos Santos, ano 2018, quando um carro que se dirigia no sentido contrário, veio para a conta-mão e se chocou com ele, que caiu fraturando o pé e braço esquerdos como pode ser verificado no prontuário hospitalar, informa ainda que o condutor do carro não parou para prestar socorro.

Acrescentado por José Roberto de Souza - 22/07/2019 às 14:32

Acrescentado por José Roberto de Souza (22/07/2019): o noticiante retornou para corrigir o endereço, Avenida Irineu Nery, 851, Apicum Merém, São Cristóvão/SE.

Data e hora da comunicação: 17/08/2018 às 14:04
Responsável pela Alteração: José Roberto de Souza

Última Alteração: 22/07/2019 às 14:24

OBS.: As informações noticiadas pela 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 da 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.

BRUNO DOS SANTOS
Responsável pela comunicação

João Moreira Aragão
Delegado(a) de Polícia

João Moreira Aragão
Responsável pela comunicação
SSP/SE
17 - DMP

INSTITUTO MÉDICO LEGAL
LAUDO PERICIAL
Sanidade Física Complementar
(Lesões)

BRUNO DOS SANTOS

LAUDO Nº 3248/2019





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

LAUDO DO EXAME DE SANIDADE FÍSICA
COMPLEMENTAR(LESÕES)

segunda-feira, 8 de abril de 2019

Nº Laudo

3248/2019

Dados Da Vítima

Nome da Vítima		Nascimento	Idade	Naturalidade
BRUNO DOS SANTOS		01/11/1995	24	ARACAJU
Estado Civil	Sexo	Cor	Profissão	UF
SOLTEIRO	MASCULINO	PARDA	ESTUDANTE	SE
Instrução	Nome da Mãe		Nome do Pai	
1º Grau Incompleto	EDIVANIA DOS SANTOS		NÃO DECLARADO	
Endereço		Bairro	Município	
RUA PRINCIPAL		ARAME 2	SÃO CRISTÓVÃO/SE	
Nome da Autoridade		Função	Unidade	
JOÃO MOREIRA ARAGÃO		JOÃO MOREIRA ARAGÃO	12ª DELEGACIA METROPOLITANA	
1º Perito Relator	Cremese/Crose	2º Perito Relator	Cremese/Crose	
DR. GEORGE WILLIAM QUEIROZ	3185		LAUDO	
			Nº3248/2019	

Local da Perícia

Sala de Necrópsias do IML

Historico/Descrição/Discussão/Conclusão

Historico

Retorna o periciando para perícia complementar ao laudo 7135/2018.

Descrição

Apresenta as mesmas cicatrizes e lesões descritas na perícia anterior, com pouca ou nenhuma evolução da mobilidade do membro superior esquerdo após os meses passados em tratamento. Relatório médico datado de 13/11/2018, assinado pelo Dr. Denis Cabral, CRM 4168, informa: "lesão permanente do cotovelo esquerdo; amputação traumática do pé esquerdo; sequelas permanentes; sem previsão de alta".

Discussão

O comprometimento descrito em cotovelo esquerdo se estende para todo o membro superior esquerdo, já que não há tônus muscular, além de provável lesão neurológica/motora definitiva, com debilidade importante dos movimentos da mão e dedos esquerdos.

Conclusão

Resultou para o periciado perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores associada a perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés, cujos percentuais de indenização são de, respectivamente, 70% e 50%.

Quesitos Respostas

Dr. George Queiroz
Perito Médico Legal
Dr. George Queiroz
Perito Médico Legal
CREMSE 3185

1º) Se a lesão corporal sofrida pelo paciente resultou em mutilação ou amputação, deformidade permanente do uso de algum órgão ou membro, ou qualquer enfermidade incurável que para sempre não puder exercer o seu trabalho ?

Sim.

2º) Se os ferimentos produziram no paciente, incômodo de saúde que o impossibilitasse do serviço por mais de 30 dias?

Sim.

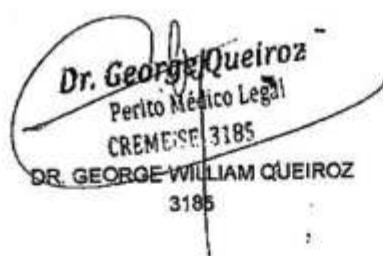
3º) Qual o estado de saúde do paciente?

Regular.

4º) Qual o tempo provável para o seu restabelecimento?

Portador de dano permanente caracterizado por perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores associada a perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés.

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. George Queiroz
Perito Médico Legal
CREME/SE 3185
DR. GEORGE WILLIAM QUEIROZ
3185

LAUDO Nº3248/2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190403896 **Cidade:** São Cristóvão **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRUNO DOS SANTOS **Data do acidente:** 14/04/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO COTOVELO ESQUERDO. P15
FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO PÉ ESQUERDO. P16

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE DO COTOVELO ESQUERDO E AMPUTAÇÃO DO PÉ ESQUERDO. P15/16 ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: #SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda anatômica completa de um dos pés	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			50 %	R\$ 6.750,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190403896 **Cidade:** São Cristóvão **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRUNO DOS SANTOS **Data do acidente:** 14/04/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO COTOVELO ESQUERDO. P15
FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO PÉ ESQUERDO. P16

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE DO COTOVELO ESQUERDO E AMPUTAÇÃO DO PÉ ESQUERDO. P15/16 ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: #SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda anatômica completa de um dos pés	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			50 %	R\$ 6.750,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0219547/19

Número do Sinistro: 3190403896

Vítima: BRUNO DOS SANTOS

Data do acidente: 14/04/2018

CPF: 037.923.795-46

CPF de: Próprio

Titular do CPF: BRUNO DOS SANTOS

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração do Proprietário do Veículo

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 por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

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: 24/07/2019

Data do cadastramento: 24/07/2019

Nome: GLEDSOON FERREIRA DOS SANTOS

Nome: JULIANA MARIA DOS SANTOS MACHADO

CPF: 027.249.855-67

CPF: 015.755.575-50

GLEDSOON FERREIRA DOS SANTOS

JULIANA MARIA DOS SANTOS MACHADO

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190403896

Vítima: BRUNO DOS SANTOS

Data do Acidente: 14/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEDSON FERREIRA DOS SANTOS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), BRUNO DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190403896

Vítima: BRUNO DOS SANTOS

Data do Acidente: 14/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEDSO FERREIRA DOS SANTOS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

037.923.795-46

Nome completo da vítima:

BRUNO DO S SANTOS

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

Nome completo:

BRUNO DO S SANTOS

CPF:

037.923.795-46

Profissão:

DESEM PREGADO

Endereço:

AV. IRINEU NEAI

Número:

851

Complemento:

CASA

Bairro:

APICUM

Cidade:

SÃO CRISTÓVÃO

Estado:

SE

CEP:

43100-000

E-mail:

Tel.(DDD):

73 93835-6658

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUZO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2998

CONTA: 0000 9847

1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:

Angra, 01 de Julho 2019.

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

BRUNO DO SANTOS

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

CAPEMISA

01 JUL 2019

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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



12ª DELEGACIA METROPOLITANA
PRAÇA GETÚLIO VARGAS, CENTRO FONE: (079)3261-1339
RPO - Registro Policial de Ocorrência 2018/06590.0-000940

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: 12ª DELEGACIA METROPOLITANA
Endereço: PRAÇA GETÚLIO VARGAS, CENTRO FONE: (079)3261-1339

FATO

Data e Hora do Fato: 14/04/2018 - 19:30 até 14/04/2018 - 19:30

Endereço: ESTRADA DE RITA CACETE Número: Complemento: CEP: 49100-000

Bairro: RITA CACETE Cidade: SAO CRISTOVAO - SE Circunscrição: 12ª DELEGACIA METROPOLITANA

Tipo de local: VIA PÚBLICA Meio Empregado: OUTRO

Mais informações sobre o endereço: Rua T

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: BRUNO DOS SANTOS

Nome do pai: Nome da mãe: EDIVANIA DOS SANTOS

Pessoa: Física CPF/CGC: 037.923.795-46 RG: 33936676 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: ARACAJU Data de nascimento: 01/11/1995 Sexo: Masculino Cor da cutis: Não informado

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

Endereço: Rua Principal Número: Complemento:

CEP: 49.100-000 Bairro: Arame 2 Cidade: SAO CRISTOVAO UF: SE

Proximidades: Telefone:

PERÍCIAS E ATENDIMENTO HOSPITALAR

Perícia: IML Guia de Exame

Descrição: Lesão corporal provocada por acidente de moto. - BRUNO DOS SANTOS

HISTÓRICO

Relata o noticiante que: No dia e hora mencionados acima, na estrada de Rita Cacete, se dirigia no sentido São Cristóvão/Rita Cacete conduzindo a moto Honda NXR 160 Bros, preta, placa QMC0993, de propriedade de Vanessa Jardeilina dos Santos, ano 2018, quando um carro que se dirigia no sentido contrário, veio para a conta-mão e se chocou com ele, que caiu fraturando o pé e braço esquerdos como pode ser verificado no prontuário.

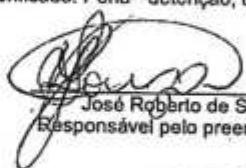
Data e hora da comunicação: 17/08/2018 às 14:04

Última Alteração: 17/08/2018 às 14:07

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.


BRUNO DOS SANTOS

Responsável pela comunicação


José Roberto de Souza
Responsável pelo preenchimento

CAPEMISA
01 JUL 2019



RELATÓRIO 0743 / 2018 REFERENTE À OCORRÊNCIA

NÚMERO: 1804140565 / ESUS – SAMU

O SAMU 192 SERGIPE foi acionado às 19h09min do dia 14 de Abril de 2018, para atendimento de vítima identificada como Bruno dos Santos, com relato de colisão carro x moto, no município de São Cristóvão.

A equipe da Unidade de Suporte Básico – São Cristóvão realizou atendimento no local, seguido de remoção para o Hospital de Urgência de Sergipe – HUSE do município de Aracaju, onde deixou o paciente aos cuidados da equipe.

Aracaju, 21 de Maio de 2018

Dr. Andria Lenir Bastos Pinto Neto
Coordenadora da Regulação Médica
SAMU 192 Sergipe
CRM/SE 4554

Tiemi Sayuri Iiinezes Oki Fontes

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE

ANAFEMISA

01 JUL 2019