



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

POÇO REDONDO DA COMARCA DE POÇO REDONDO
AV. 31 DE MARÇO, Bairro Centro, Poço Redondo/SE, CEP 49810000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 201986001592 Distribuição: 14/10/2019
Número Único: 0001598-72.2019.8.25.0059 Competência: Poço Redondo
Classe: Procedimento Comum Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento Processo Principal: *****
Processo Origem: *****

Assuntos

- DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO - Partes e Procuradores - Assistência Judiciária Gratuita
 - DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

Dados das Partes

Requerente: DAMIAO DE JESUS NUNES
Endereço: RUA LOURIVAL BATISTA
Complemento:
Bairro: CENTRO
Cidade: POCO REDONDO - Estado: SE - CEP: 49810000
Requerente: Advogado(a): JOSÉ JEOVANY DA SILVA 12367/AL
Requerido: SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT
Endereço: Rua Senador Dantas
Complemento: 5º ANDAR
Bairro: Centro
Cidade: Rio de Janeiro - Estado: - CEP: 20031205
Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

**POÇO REDONDO DA COMARCA DE POÇO REDONDO
AV. 31 DE MARÇO, Bairro Centro, Poço Redondo/SE, CEP 49810000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

Processos Apenasdos:

--

Processos Dependentes:

--



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

POÇO REDONDO DA COMARCA DE POÇO REDONDO
AV. 31 DE MARÇO, Bairro Centro, Poço Redondo/SE, CEP 49810000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

201986001592

DATA:

18/05/2020

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Outras Petições realizada nesta data. {Movimento Gerado pelo Advogado: KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ - 2592}

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE POCO REDONDO/SE

Processo: 201986001592

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **DAMIAO DE JESUS NUNES**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

POCO REDONDO, 15 de maio de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/SE 780-A

KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ
2592 - OAB/SE

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DAMIAO DE JESUS NUNES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00612-2

CONTA: 000010016132-4

Nr. da Autenticação 8F7937B214C5638D

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190305252 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAMIAO DE JESUS NUNES **Data do acidente:** 28/01/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/05/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO (LUXAÇÃO DE GALEZAZZI).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 1/24_CIRURGIA

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190305252 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAMIAO DE JESUS NUNES **Data do acidente:** 28/01/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/05/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO (LUXAÇÃO DE GALEZAZZI).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 1/24_CIRURGIA

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Receituário

DR. ANTONIO E. LIMA ARAUJO

RECEITAS

O PACIENTE SUMINISTROU COM
DIAGNOSTICO DE FRANAS
UNASSEGURADO PELA COOPERATIVA
PROGRESSO TRABALHADORES
CONSUMIDORES FRANAS COMO-
LICIAS E PELA FABRICA DE
BRINQUEDOS

CPF: 545.20

DATA: 30/04/19

Avenida 13 de junho, nº 776 – Centro - Itabaiana-SE – Fone: (79) 3432-9200

INVESTPREV

03 MAI 2019



**PREFEITURA MUNICIPAL
DE POÇO REDONDO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Ficha de Assistência a Saúde

Nº DE
INSC.

86.010

UNIDADE DE SAÚDE:

UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
DONA ZULMIRA SOARES

NOME:

Tomás de Jesús

DATA: 38 / 01 / 19

APELIDO

DATA DE NASCIMENTO: 10/07/95 SEXO: M

FILIAÇÃO

PAI

MÃE: Maria de Jesus Nogueira

ENDEREÇO: *Av. Lages n° 1000*

REFERÊNCIA: p. Mendes

PROFISSÃO Analista

RESPONSÁVEL:

QUADRO AUXILIAR ANAMNESE

ALERGIA
CARDIOPATIA
DIABETES
EPILEPSIA

ANSEIAS
HEMORRAGIA
HEMOFILIA
HIPERTENSÃO

PSICOPATIA
TUBERCULOSE
TIPO DE SANGUE

DATA: 28/01/19 - EXAME: ANAMNESE - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS
ASSINATURA

98/01/19 Pn: 140 x 80 ~ - 16

anamnese: paciente com queixa de dor abdominal e febre de 48h de evolução. A dor é intensa, contínua, localizada no abdômen central, com intensidade 10/10. A febre é de 39,5°C. O paciente relata que há 24h não consegue urinar. A dor abdominal é desencadeada por movimentos intestinais e aliviada por enxurradas. O paciente não tem história de diabetes, hipertensão, ou doenças crônicas. Fumaça 10g/dia há 10 anos.

exame: exame físico: febre 39,5°C, pressão arterial 140/80 mmHg, pulso 120/min, respiração 24/min. Exame abdominal: dor intensa ao toque, hiperemia, levemente distendido. Exame urinário: urina escura, com sanguinolência.

diagnóstico: suspeita de septicemia e/ou infarto agudo do miocárdio.

condutas: hospitalizar o paciente, realizar exames de rotina, coleta de amostras para cultura e sensibilidade, e iniciar terapia antimicrobiana empírica.

Assinatura: [Assinatura]

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 617894 DATA: 28/01/2019 HORA: 12:59 USUARIO: AGTOLIVEIRA
 CNS: SETOR: 05-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NAME: DAMIAO DE JESUS NUNES DOC...: 203989
 IDADE: 43 ANOS NASC: 10/07/1975 SEXO...: MASCULINO
 ENDERECO: SITIOS NOVOS NUMERO:
 COMPLEMENTO: CASA BAIRRO: ZR
 MUNICIPIO: POCO REDONDO UF: SE CEP...: 49810-000
 NOME PAI/MAE: NAO CONSTA /MARIA DE JESUS NUNES
 RESPONSAVEL: A IRMA TEL...: NAO INFORM
 PROCEDENCIA: POCO REDONDO - SE CU
 ATENDIMENTO: OUTROS
 CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE...: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

*Colisão moto-moto - hor. 6h. c/er perfura e luxação.
 Fiz uso de medicação no posto de saúde* MSD

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: *Golpe + luxação MJD* CID:

PRESRICAO | HORARIO DA MEDICAC:

enc. ao ortope diatri

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): _____

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: []ATE 48HS [] APÓS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

Fernando de Jesus Nunes

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Givan Bezerra de Moraes 29
 Téc. Radiologia Móvel
 CRM-0053

606

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

3 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - CARGO NACIONAL DE SAÚDE (CRNS)

11 - NOME DA MÃE

12 - NOME DO RESPONSÁVEL

13 - ENDERECO (RUA, N° BARRA)

17 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

7 - DATA DE Nascimento

8 - SEXO

MASC: 1 FEM: 3

10 - RACA / COR

9 - DDD 12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - DDD 14 - TELEFONE DE CONTATO

16 - DDD

18 - COD. IBGE MUNICÍPIO

19 - UF

20 - CEP

21 - COD. IBGE MUNICÍPIO

22 - UF

23 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Forro érico da costela do lado
 Forro falso recorre apert.

22 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Forro

23 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS / RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

Forro Falso

24 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

25 - CID 10 PRINCIPAL

26 - CID 10 SECUNDÁRIO

27 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Forro falso

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

64040214

30 - CLÍNICA

31 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

32 - DOCUMENTO

1 - CNS / 2 - CPF

33 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

6301112959-5

34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

35 - DATA DA SOLICITAÇÃO

36 - ASSINATURA E CARIMBO/NO DO REGISTRO DO CONSELHO

Forro falso

28/01/19

Forro falso

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

37 - 1 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

40 - CNPJ DA SEGUROADORA

41 - N° DO BILHETE

42 - SEI

48 - 1 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CNPJ DA EMPRESA

45 - SEI

49 - 1 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

50 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

1 - EMPREGADO

2 - EMPREGADOR

3 - AUTONOMO

4 - DESEMPREGADO

5 - APOSENTADO

6 - INSS

AUTORIZAÇÃO

51 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

52 - N° DO DOCUMENTO (CNAE/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

53 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

54 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

1 - CNS / 2 - CPF

3 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

4 - N° DO DOCUMENTO (CNAE/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

5 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Identificação do Estabelecimento de Saúde

2 - CNES

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - NOME DO PACIENTE

7 - DATA DE NASCIMENTO

8 - SEXO

MASC.

FEM.

9 - RACA/COR

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

14 - DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

15 - DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

16 - DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

17 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

18 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

19 - UF

20 - CEP

21 - BAIRRO

22 - BAIRRO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Forro viu o orelho do lado
 Olhos fechados apertados.

23 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Assento

24 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Forro F 02/174
 John wolo eyes 14/1

25 - CID 10 PRINCIPAL

26 - CID 10 SECUNDÁRIO

27 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

28 - DIAGNÓSTICO OFICIAL

PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

31 - CLÍNICA

32 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

33 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)

35 - DATA DA SOLICITAÇÃO

36 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Kacel, J. 1/1/15

28/01/15

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

37 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

40 - CNPJ DA SEGURODORA

41 - N.º DO BILHETE

42 - SER

38 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CNPJ DA EMPRESA

45 - CEP

39 - ACIDENTE TRABALHO TIALETO

46 - VÍNCULO COM A PRÉVIAÇÃO

47 - EMPREGADO

48 - ENPREGADOR

49 - AUTÔNOMO

50 - DESEMPREGADO

51 - APOSENTADO

52 - AUTORIZAÇÃO

53 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

54 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

55 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

56 - DOCUMENTO (CNS/CPF)

57 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

58 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

59 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

PRONTUÁRIO DE CLÍNICA CIRÚRGICA, MÉDICA E PEDIÁTRICA.

Nº da Internação

24438

Data-Número
28/01/2019

Data-Série

30/01/2019

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Cartão SUS

36846212581721062

NOME DO PACIENTE:

Daniela de Jesus Nunes

DATA NASC.

10/07/1975

SEXO Masculino Feminino

NOME DA MAE:

Maria de Souza Nunes

NOME DO RESPONSÁVEL:

Daniela

DOC: DIA00817 | AV008 | TVA(100) | PRACA(069) | CON(020) | POV(092) | LOTEA(056)

Nº 5 ✓

LOGRADOURO: Rua Nova

BAIRRO: Zona Rural CEP: 19.810-000 TEL: (19) 3932 9200

TIPO SOC.: - PIS/PAISES | 02 - IDENT | 03 - REGISTRO | 04 - CPF | 05 - IGNORADO |

Nº DOCUMENTO:

23989

IDENTIFICAÇÃO DE INTERNAÇÃO

CID-PRINC.

E-41-1

PROT.:

04020413

ESPECIALIDADES:

101 CIRURGIA

103 CLÍNICA

107 PEDIATRIA

CABINHA DE INTERNACÃO:

101 ELET

102 URG

MOTÍVOS DE SAÍDA: 141 ÓBITO | 1612 ALTA M. | 114 ALTA PEDIDO | 116 EVASÃO | 131 TRANSF.

PROF. SOLICIT: Bruna Bittencourt

ANEST.

PROCED. REALIZADO	QUANT.	PROCEDIMENTO	CBO	CNES
CONS. AVAL. PCTE. INTERN.	1.2	0301010170		2477661
EV. 1 - IR. TRANSF.		0212010034		2477661
TRANSF. UNID. DE SANGUE		0206020149	223505	2477661
ACOM. ADULTO (0030)		0802010040		2477661
ACOMPANHANTE (CRIANÇA)		0802010024		2477661
EXAME PATOLÓGICO		0203020030		2477661
				2477661
Radiofotografia	1			2477661
PSG	1			2477661
Radios	1			0002895
				0002895
Tumostim	1			3073533
Tot.:				
ECG				
USG				

Prescrição, Medicina e Procedimento de Enfermagem

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Prescrição, Medicina e Procedimento de Enfermagem

Nome: <i>Edson Almeida</i>		Idade: 45	Enfermaria: F	Leito: 04
DATA: <i>28/01/19</i>		1º TURNO 07:00 AS 13:00	2º TURNO 13:00 AS 19:00	3º TURNO 19:00 AS 07:00
PRESCRIÇÃO MÉDICA E DIETA				
1	1. Tendo 1º dia 2. Sintomas de estreñimento 3. Dolor abdominal 4. Faz xixi com dificuldade 5. Exames: Hb 12.5 g/dl 6. Sopro cardíaco. Tensão arterial 7. Exames: Hb 12.5 g/dl	12	12	12
8	8. Exames: Hb 12.5 g/dl	13	13	13
9	9. Exames: Hb 12.5 g/dl	14	14	14
10	10. Exames: Hb 12.5 g/dl	15	15	15
11	11. Exames: Hb 12.5 g/dl	16	16	16
12	12. Exames: Hb 12.5 g/dl	17	17	17
13	13. Exames: Hb 12.5 g/dl	18	18	18
14	14. Exames: Hb 12.5 g/dl	19	19	19
15	15. Exames: Hb 12.5 g/dl	20	20	20
16	16. Exames: Hb 12.5 g/dl	21	21	21
17	17. Exames: Hb 12.5 g/dl	22	22	22
18	18. Exames: Hb 12.5 g/dl	23	23	23
19	19. Exames: Hb 12.5 g/dl	24	24	24
20	20. Exames: Hb 12.5 g/dl	25	25	25
21	21. Exames: Hb 12.5 g/dl	26	26	26
22	22. Exames: Hb 12.5 g/dl	27	27	27
23	23. Exames: Hb 12.5 g/dl	28	28	28

Nome:

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA E DIETA

Idade: _____

Enfermagem: _____

Leito: _____

1º TURNO

07:00 AS 13:00

Ass.

2º TURNO

13:00 AS 19:00

Ass.

3º TURNO

19:00 AS 07:00

Ass.

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.
----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

UNIDADE HOSPITALAR: Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR:

LEITO:

PACIENTE: *Ismael Alves Leme*

DADO:

SEXO:

REC.:

DATA

HISTÓRICO

25/01/18 Reate infuso de Glicose na turbulosa
 CT 200mls de 5% glicose
 abremos.

FP: Colmo 444/0
 Pulso falso, com
 bons palpares apesar frequente.
 (R: Tendência a/116
 Profundo e pulsado)
 de palpares. crítico.

26/01/18 1º DTH perito recém
 de juro.
 FP: Pulsos 9/10/10
 Colmo 444/0.

27/01/18 Motivo: Dor pós.
 copro falso.
 Pulsos 9/10/10

SÁDE HOSPITALAR: Hospital Dr. Pedro Garcia Moreira Filho

SETDR

LETS

200

843

200

REC

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

UNIDADE HOSPITALAR: *Hospital Dr. Pedro Góes*

SET 04

LITERACY

PACIENTE: JANUARO DE JESUS ALVES

PAGE

3000

257

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

UNIDADE HOSPITALAR

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

677

150

卷之三

Dinner at J. Newt

212

卷之三

100

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Receituário

DANIEL DE JESUS NUNES

Sobr. 010

ECG

28/01/19

Avenida 13 de Junho, nº 776 - Centro - Itabaiana-SE - Fone: (79) 3437-9200

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

No. Registro.: 24438

Numero do CNS: 0000000000000000

Nome.....: DAMIAO DE JESUS NUNES

Documento: 203989

Nascimento: 19/07/1975

Estado Civil

Id. 30.000.000 - 43 - ANOS

sexo..... MASCULINO

Responsável: NÃO CONTA

Nome da Mae : MARIA DE JESUS NUNES

SITIOS NOVOS CASA CEP: 49810 000

Telephone: 514-383-5555

Trans. Inst. Eng. India

卷之三十一

11. *Journal of the American Statistical Association*, 1980, 75, 369-383.

1100-1101. *Journal of the American Chemical Society*, 1929, 51, 1100-1101.

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

DADOS DA INTERNACAO

DADOS DA INTERNACAO No. do BE: 617894

Forma de Entrada.: 4 - EMERGENCIA
 Clinica.....: 400 - ENF "D" PEDIATRICA CLINIC
 Telefone.....: 999.0034
 Leito.....: 28/01/2019
 Data da Internacao: 28/01/2019
 Hora da Internacao: 15:00
 Medico Solicitante: 980.178.455-53 - BRICIO LIMA LOBAO BITTENCOURT
 Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
 Diagnostico.....: NAO INFORMADO
 Identif. Operador.: AGTOLIVEIRA

INFORMAÇÕES DE SAÍDA

Proc. Realizado:
Dt. Hr Saída:
Especialidade:
Tipo de Saída:
GTO Principal:
GTO Secundário:
Principal:
Secundário:
Outro:

○ ABATIXO ASSINADO DECLARA QUE,

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
Identificação do Estabelecimento de Saúde							2 - CNES
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE							4 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE							
Identificação do Paciente							
5 - NOME DO PACIENTE		DOU 16 DE JANEIRO 2018					8 - N° DO PRONTUÁRIO
6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		7 - NOME DA MÃE		8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	10 - RACA / COR	
RICARDO ALVES		DOU 16 DE JANEIRO 2018		10/04/75	MASC. <input checked="" type="checkbox"/> FEM. <input type="checkbox"/>		
11 - NOME DO RESPONSAVEL							12 - DDD - 13 - TELEFONE DE CONTATO
13 - ENDERECO (RUA, N° BLOCO)							14 - DDD - 15 - TELEFONE DE CONTATO
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA							16 - DDD
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					18 - COD. ISSE MUNICÍPIO
		Fracasso do sistema nervoso central					19 - UF
							20 - CEP
							21 - MARIANA
22 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO							
23 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)		Pront. Cicatrizada					
24 - DIAGNÓSTICO INICIAL		Rx Puntada da AP/10.					25 - CÓDIGO PRINCIPAL
Pront. Cicatrizada							26 - CÓDIGO SECUNDÁRIO
27 - CÓDIGO DE CAUSAS ASSOCIADAS							28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
29 - CLÍNICA		Rx Puntada da AP/10.					30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
31 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		Rx Puntada da AP/10.					32 - DOCUMENTO
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		Rx Puntada da AP/10.					34 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
35 - NOME DO EMPREGADOR		Rx Puntada da AP/10.					36 - DATA DA SOLICITAÇÃO
37 - I - ACIDENTE DE TRÂNSITO		Rx Puntada da AP/10.					37 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
38 - I - ACIDENTE TRABALHO TRÍCICO		Rx Puntada da AP/10.					38 - N° DO BILHETE
39 - I - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		Rx Puntada da AP/10.					40 - SÉRIE
41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		Rx Puntada da AP/10.					41 - CNPJ DA EMPRESA
42 - EMPREGADO		Rx Puntada da AP/10.					42 - CNAE DA EMPRESA
43 - AUTONÔMO		Rx Puntada da AP/10.					43 - ESCR
44 - INDEMPREGADO		Rx Puntada da AP/10.					
45 - APOSENTADO		Rx Puntada da AP/10.					
46 - INÁSSEGURADO		Rx Puntada da AP/10.					
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		Rx Puntada da AP/10.					48 - AUTORIZAÇÃO
49 - DOCUMENTO		Rx Puntada da AP/10.					49 - CÓD. ORGÃO EMISSOR
50 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		Rx Puntada da AP/10.					51 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		Rx Puntada da AP/10.					52 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
							53 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

PRONTUÁRIO DE CLÍNICA CIRÚRGICA, MÉDICA E PEL

Data. Internamento

Data. Saída

N.º da Internação

13/02/19

14/02/19

24687

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Cartão SUS

308.402.288.751.068

NOME DO PACIENTE:

Gamiar de Jesus Nunes

DATA DO NASC.

10/07/75

SEXO: Masc Fem

NOME DA MÃE:

Maria de Jesus Nunes

NOME DO RESPONSÁVEL

Sporady

100: () RUA (082) () AV. (008) () TVA (100) () PRAÇA (065) () CONJ. (020) () PO (092) () LOTEA (056)

LOGRADOURO:

Sítios Poços

Nº

BAIRRO:

Z R

CEP: 491810000 TEL: 99636-9287

TIPO DOC: 01 - PIS/PASEP | IDENT. | 03 - REGISTRO | 04 - CPF | 05 - IGNORADO |

N.º DOCUMENTO:

203 93989

IDENTIFICAÇÃO DE INTERNAÇÃO

PROCED. SOLIC.

0408020180

CID PRINC.

5520

ESPECIALIDADES

 01 CIRURGIA 03 CLI. MÉDICA 07 PEDIATRIA

CARÁTER DE INTERNAÇÃO:

 01 ELET 02 URG

MOTIVOS DE SAÍDA:

 11 OBITO 12 ALTA M. 14 ALTA PEDIDO 16 TVASÃO 18 TRANSF.

PROF. SOLICIT.

Antônio E. Lorc

ANEST.

PROCED. REALIZADO

QUANT.

PROCEDIMENTO

CBO

CNES

CONS. AVAL. PCTE. INTERN.

0301010170

2477661

EXAME PRE TRANSF.

0212010034

2477661

TRANSF. UNID. DE SANGUE

0306020149

223505

2477661

ACOMPANHANTE (IDOSO)

0802010040

2477661

ACOMPANHANTE (CRIANÇA)

0802010024

2477661

EXAME PATOLÓGICO

0203020030

2477661

Radiografia (

Pulmão)

02

2477661

Radiografia (

2477661

Radiografia (

2477661

Tomografia (

0002895

Tomografia (

0002895

ECG

3073533

USG (

MSTA Fiscaf

Prescrição Médica e Procedimento de Enfermagem

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MUNIZ FILHO

Nome: 201106 22 JANEIRO 2011
DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA E DIETA

07:00 AS 13:00 ASS. 13:00 AS 19:00 ASS. 19:00 AS 07:00 ASS.

Idade: 60
Enfermaria: 6
Leito: 3

1. Dieta P/MAS E DRAGUEIRA
2. I.M. 1500ML C/ÁGUA
3. Laxante suave 100ML
4. Válvula 100ML C/ÁGUA
5. Laxante suave 100ML
6. Válvula 100ML C/ÁGUA
7. Válvula 100ML C/ÁGUA = 700ML
8. Válvula 100ML C/ÁGUA
9. Válvula 100ML C/ÁGUA
10. Válvula 100ML C/ÁGUA
11. Válvula 100ML C/ÁGUA
12. Válvula 100ML C/ÁGUA
13. Válvula 100ML C/ÁGUA
14. Válvula 100ML C/ÁGUA
15. Válvula 100ML C/ÁGUA
16. Válvula 100ML C/ÁGUA
17. Válvula 100ML C/ÁGUA
18. Válvula 100ML C/ÁGUA
19. Válvula 100ML C/ÁGUA
20. Válvula 100ML C/ÁGUA
21. Válvula 100ML C/ÁGUA
22. Válvula 100ML C/ÁGUA
23. Válvula 100ML C/ÁGUA
24. Válvula 100ML C/ÁGUA
25. Válvula 100ML C/ÁGUA
26. Válvula 100ML C/ÁGUA
27. Válvula 100ML C/ÁGUA
28. Válvula 100ML C/ÁGUA
29. Válvula 100ML C/ÁGUA
30. Válvula 100ML C/ÁGUA

Juliana S. Menezes
Enfermeira
CORENSE 352407
QCB

Itabaiana-Sergipe
Nº 600

EVOLUÇÃO
MÉDICA

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

UNIDADE HOSPITALAR: Hospital Dr. Pedro García Ruiz

— 140 —

HISTÓRICO

570

10

19200

100

1000

DATA

HISTÓRICO

Dr. Antonio E. Lopez Arellano
Universidad de Guadalajara
C.P. 43200, Tlajomulco de
Zúñiga, Jalisco, México

11.10.10: 10 D70 hörbar werden
durch

felt on St. Peter's
etc amato

87. *Mineral*

~~old~~ ~~for~~

~~the Safety~~

and our

Avenida 13 de Junho, 776 - Centro - Fone: (79) 3432-6200

Descrição	Und	Qtde
Açúcar descantável	Und.	03
Álcool 70%	Und.	1000
Atadura Algodão Qntop.	Und.	1000
Atadura Crepe 10cm	Und.	1000
Atadura Crepe 15cm	Und.	1000
Atadura Crepe 30cm	Und.	1000
Atadura Gessada 10cm	Und.	1000
Atadura Gessada 20cm	Und.	1000
Azul de Metileno	Ml	1000
Bola de Algodão	Und.	01
Cateter P. Oxigenoterapia (óculos)	Und.	01
Catgut Cromado C/Agulha	Und.	01
Catgut Cromado S/Agulha	Und.	01
Catgut Simples C/Agulha	Und.	01
Catgut Simples S/Agulha	Und.	01
Clorexidina alcoólica	ml	1000
Clorexidina aquosa	ml	1000
Clorexidina degermante	ml	1000
Coletor de Urina Simples	Und.	1000
Coletor de Urina Fechado	Und.	1000
Compressa Campo Op. Gde.	Und.	1000
Compressa Campo Op. Pna.	Und.	1000
Compressa de Gaze 7,5 x 7,5	Und.	1000
Cotonete	Und.	1000
Cotonete Estéril	Und.	1000
Dreno de Penrose nº. 01	Und.	1000
Dreno de Penrose Nº. 02	Und.	1000
Dreno de Penrose Nº. 03	Und.	1000
Equipo Macro Gotas	Und.	01
Equipo Micro Gotas	Und.	01
Equipo P. Sangue	Und.	01
Esparadrapo Comum	Cm.	1000
Lithibond	Und.	1000
Filtro de barreira	Und.	01
Fio de Algodão	Und.	1000
Fita Adesiva Hospitalar	Cm.	1000
Fóscila C. Degermante	Und.	01
Formol Líquido	Ml	1000
Gaze Algodoadada	Und.	1000
Gelco	Und.	01
Intracath	Und.	1000
Lâmina de Bisturi	Und.	01
Luva Cirúrgica Descartável	Und.	01
Malha Tubular	Und.	01
Micropore	cm	1000
minimo de higiene	Und.	01

Descrição	Und	Qtde
Mononylon Comum 3-1	Und.	12
Povedine Degermante	MI	
Povedine Tópico	MI	120
Prolene		
Scalp	Und.	
Seringa Descartável 1ml	Und.	
Seringa Descartável 3ml	Und.	100
Seringa Descartável 5ml	Und.	100
Seringa Descartável 10ml	Und.	100
Seringa Descartável 20ml	Und.	100
Sonda de aspiração Traqueal 17	Und.	100
Sonda de Folley 2vias	Und.	
Sonda de Folley 3 vias	Und.	
Sonda (tubo) Endot. C/ Balão	Und.	
Sonda (tubo) Endot. S/ Balão	Und.	
Sonda (tubo) Endot. Aramado	Und	
Sonda Nasoenteral	Und.	
Sonda Nasogástrica	Und.	
Sonda Retal	Und.	
Sonda Uretal de Nelaton	Und.	
Torneirinha 3 vias	Und.	100
Vicril	Und.	
Aguilha Desc. P/Bloqueio	Und.	
Dreno de Sucção	Und.	
Dreno de Tórax	Und.	
Luvas (par) 7.0	Und.	100
Luvas (par) 7.5	Und.	100
Luvas (par) 8.0	Und.	
Luvas (par) 8.5	Und.	
Máscaras Descartáveis	Und.	15
Gorro	Und	26
Pro pé	Par	66
Latex	Und	10
Eletrodos	Und	10
Ar Comprimido	Hora	80000
Bisturi Elétrico	Hora	100
Monitor Cardíaco (cardioscópio)	Hora	100
Oxigênio	Hora	100
Oxímetro de Pulso	Hora	100
N ₂ O (protóxido de azoto)	Hora	100
Sala de Recuperação	Taxa	17
Vácuo	Hora	100
Turadeira	Hora	100

Assinatura da Enfermagem (por extenso):
Simone Bento

Medicina e Material Médico - Cirúrgico

Damião de Jesus Nunes

Data: 23/02/19

Leito: 63

Descrição	Und	Qtde
Adrenalin Sol. Molesimal	Amp.	
Água hidratada 10ml	Amp.	0,01
Água Oxigenada	Fr.	
Amicacina 100mg	Amp.	
Amicacina 250mg	Amp.	
Aminofilina	Amp.	
Ampicilina 1gr	Amp.	
Ampicilina 500mg	Amp.	
Amoxicil	Amp.	
Atropina (sulfato) 1ml	Amp.	
Bicarbonato de Sódio 8,4%	Amp.	
Buscopam 5ml	Amp.	
Cataflan (diclofenaco)	Amp.	
Cedilanide 0,4mg	Amp.	
Cisatracurio	Amp.	
Clexane 20mg	Amp.	
Clexane 40mg	Amp.	
Clindamicina	Amp.	
Chloridr	Amp.	
Clorafenicol 1gr	Amp.	
Cloreto Potássio 19,1%	Amp.	
Cloreto de Sódio 20%	Amp.	
Decadron 4mg	Amp.	
Diazepam (valium) 10mg	Amp.	0,5
Dimorf 1mg	Amp.	
Dimorf 0,2mg	Amp.	
Dimorf 10mg (morfina)	Amp.	
Diprivan	Amp.	
Dolantina	Amp.	
Dormonid 15mg	Amp.	
Dormonid 3mg	Amp.	
Etorof 0,01gr	Amp.	
Esmeron	Amp.	
Etonidato	Amp.	
Enemerg 50mg	Amp.	
Fentanil 2ml 10ml	Amp.	
Flumazenil 0,1mg	Amp.	
Garamicina 10mg	Amp.	
Garamicina 20mg	Amp.	
Garamicina 40mg	Amp.	
Garamicina 80mg	Amp.	
Gardenal 200ml	Amp.	
Glicose 25%	Amp.	
Glicose 50%	Amp.	
Assinatura da Enfermagem (por extenso)		
Damião de Jesus Nunes		

Descrição	Und	Qtde
Gluconato de Cálcio	Amp.	
Heparina 5000 UI/ml	Amp.	
Hidantoina 250mg	Amp.	
Insulina	Amp.	
Kanakin	Amp.	
Kefazol	Amp.	
Keflin	Amp.	
Ketalar 50mg - 10ml	Amp.	0,5
Lasix 20mg	Amp.	0,1
Marcaína 0,1% c.v - 20ml	Amp.	
Marcaína Pesada 4ml	Amp.	0,1
Megapen 5.000.000 UI	Amp.	
Metronidazol 500mg (flagyl)	Fr.	
Nausedron	Amp.	
Neomicina pomada	Gr	
Nibium	Amp.	0,5
Nilperidol	Amp.	
Novalgina (dipirona)	Amp.	0,2
Omeprazol	Amp.	
Pancuron	Amp.	
Pavulon	Amp.	
Plasili	Amp.	
Profenid	Amp.	0,1
Propofol	Amp.	0,1
Prostigmine 0,5mg	Amp.	
Quelicin 100mg	Amp.	
Quelicin 500mg	Amp.	
Ranitidina	Amp.	
Remifentanil 2mg	Amp.	
Ringer Lactato 500ml	Fr.	
Rocefín 1mg	Amp.	
Rocefín 500mg	Amp.	
Sevoflurano	Amp.	
Solu-cortef 500mg	Amp.	
Solu-cortef 100mg	Amp.	
Soro Fisiológico 0,9%	Amp.	
Soro Glicosado 5%	Amp.	
Sulfato de Magnésio 50%	Amp.	
Tramal 100 mg	Amp.	
Xilocaina 1% c.v	Amp.	
Xilocaina 1% s.v	Amp.	
Xilocaina 2% c.v	Amp.	0,4
Xilocaina 2% s.v	Amp.	
Xilocaina Gélia	Fr.	
Cipro 400mg	Fr.	

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Nome do Paciente	Diagnóstico Pré-operatório
Dr. Pedro Garcia Moreno Filho	Fractura sacroiliaca
Cirurgia realizada	Cirurgião
Biópsia cirúrgica	Dr. Pedro Garcia Moreno Filho
Auxiliares	Anestesiologista
	Dr. Fábio
Anestesia	Diag. Pós-operatório
	Fractura sacroiliaca

DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. Exame - anamnese
2. Exame do corpo
3. Mão direita paciente
4. Mão direita paciente
5. Fixar o fêmur e盆骨
6. Sutura da ferida aberta
7. Uso de sutura
8. Fim do cirurgião

Dr. Antônio Luiz Mota
Garcia Moreno Filho
Cirurgião - Radiologista

13/03/19

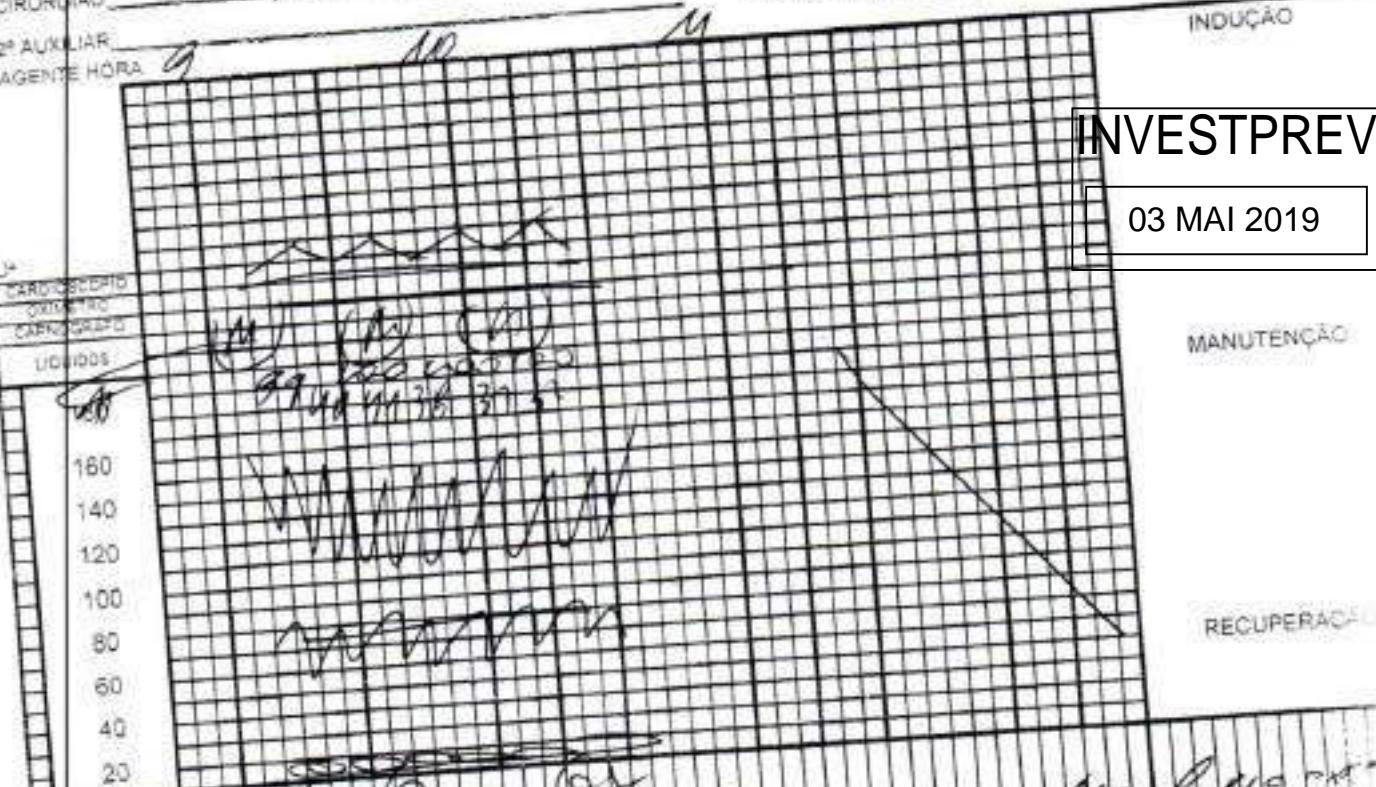
Data

Assinatura do cirurgião

Av. 13 de junho, 776 - Centro - Telefone: 3432-9200 - Itabaiana - Sergipe

FICHA DE ANESTESIA

NOME		Daniels da Luz Nunes		Nº PRONTUÁRIO
CONVÉNIO		DATA 13/02/99		IDADE
NATURAL		SEXO		PESO
SETOR MÉDICO		COR		SANGUE
DIAG PRÉ-OP		EST. CIVIL		E. FÍSICO(ASA)
CIRURGIA PROPOSTA		AMBULATÓRIO		APTº
DIAG POS-OP		Prostata gorda protra (D) Prostata gorda antro (B)		
CIRURGIA REALIZADA		a prostat		
PRE-ANESTÉSICO		Anesthesia		HORA
CIRURGIA		Anesthesia		EFEITO
2º AUXILIAR		1º AUXILIAR		
AGENTE HORA		INSTRUMENTADOR		INDUÇÃO
9		10		M



ANOTAÇÕES

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NR do sinistro ou ASI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
906.132.365-72 <i>Damiao De Jesus Nunes</i>				
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP, Nº 445/2012				
Nome completo:		CPF:	906.132.365-72	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:	
Barreiro:	Cidade:	CEP:	49810-000	
E-mail:		TEL (DDO):	29.979.129.007	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

<input type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPLANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0610** **1** CONTA: **16132** **2**
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (dados os bancos):

Nome do BANCO: _____

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 **(assinale uma das opções)**:

- Não há IML que atende 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 acima citado, 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 as 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 privar-me da eventual avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

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 Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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 ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: *Nossa Senhora da Glória, 02/05/2017*
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

INVESTPREV

03 MAI 2019

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*): A vítima/beneficiário não afetado poderá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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.



INVESTPREV

03 MAI 2019



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 029208/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 18/03/2019 11:33 Data/Hora Fim: 18/03/2019 11:58
Delegado de Polícia: Fábio Santos Santana

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Poço Redondo

Data/Hora do Fato: 28/01/2019 08:00

Local do Fato

Município: Poço Redondo (SE)

Logradouro: trevo do Povoado Santa Rosa do Ermitão

INVESTPREV

03 MAI 2019

Bairro: Povoado Sítio Rosa

CEP: 49.810-000

Tipo de Local: Via Pública

Natureza	Modo(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: DAMIAO DE JESUS NUNES (VITIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Poço Redondo Sexo: Masculino Nasc: 10/07/1975
Profissão: Agricultor
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Maria de Jesus Nunes

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 906.132.365-72

Endereço

Município: Poço Redondo - SE

Logradouro: povoado lagos de dentro

Nº: proximo ao

Bairro: Povoado Sítio Novos

CEP: 49.100-000

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário: 055.357.485-82	Placa: OEK4194
Renavam: 540307866	Número do Chassi: 9C2KC1670DR038292
Ano/Modelo Fabricação: 2013/2013	Cor: VERMELHA
UF Veículo: Sergipe	Município Veículo: Poço Redondo
Marca/Modelo: HONDA CG150 FAN ESI	Veículo Adulterado?: Não
Quantidade: 1 Unidade	Situação: Envolvido
Nome Envolvido:	Envolvimentos
Damiao de Jesus Nunes	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

NARRA o noticiante que pilotava a sua motocicleta pela Rodovia Estadual SE230 quando perdeu o equilíbrio após a corrente se soltar. QUE devido a queda sofreu truques no braço direito santo escurrido por populares e conduzido a UPA POÇO.



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE POCO RE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº 0292-ES

REDONDO e posteriormente transferido para o Hospital da cidade de Lisboa na S.E. E o relato.

ASSINATURAS

José Roberto de Melo Santos
Cleóforo
Depol. Poco Resende/SE

Damiao de Jesus Nunes
(ultimo Comunicado)

INVESTPREV

03 MAI 2019

ATO

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DE PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 617894

DATA: 28/01/2019 HORA: 12:59 USUARIO: AGTOLIVEIRA

CNS:

SETOR: 05-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: DAMIAO DE JESUS NUNES
 IDADE: 43 ANOS NASC: 10/07/1975
 ENDERECO: SITIOS NOVOS
 COMPLEMENTO: CASA
 MUNICIPIO: POCO REDONDO
 NOME PAI/MAE: NAO CONSTA
 RESPONSAVEL: A IRMA
 PROCEDENCIA: POCO REDONDO - SE
 ATENDIMENTO: OUTROS
 CASO POLICIAL: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO

DOC...: 203989
 SEXO.: MASCULINO
 NUMERO:

BAIRRO: ZR
 UF: SE CEP...: 49810-000
 MARIA DE JESUS NUNES

TEL...: NAO INFORM
 OU

INVESTPREV

10 MAI 2019

PLANO DE SAUDE.... NAO
 VEIO DE AMBULANCIA: NAO

TRAUMA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

*Colisão moto-moto - h. 26h. com fratura e luxação
 fez uso de medicação no posto de moto* MSD

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

Fratura + luxação MSD

CID:

PRESRICAO

HORARIO DA MEDICAC

enc. ao enfermeiro

DATA DA SAIDA:

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

HORA DA SAIDA: :

[] EVASAO [] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

Levando de ferro, Nuno

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Gláucio Batista de Mello
 Tec Radiologista Maceió
 CRM 0003

66