

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:	13/08/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GEAN SIRIACO DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05978-1

CONTA: 000000005583-2

Nr. Autenticação

BRABESCO1308201905000000000023705978000000005583168750 PAGO



DESO - Companhia de Saneamento de Sergipe
CNPJ: 12.216.17/0001-00 - RUA: 227 17.012.028-2

FATURA MENSAL

422685.2

26 JUN 2018

Beneficiário: JOAO CIRIACO DOS SANTOS		CPF: 000.000.000-00	
Endereço: POV LAGOA DOS BICHOS, 00000, POV LAGOA DOS BICHOS, 49870-000			
Quantidade de Leituras	Última Leitura	Medidor	Consumo - Consumo
618002/00141	21/12/2017	AD4ND13488	ES: 1
Leit. Anterior: 1157 Leit. Atual: AUSENTE Consumo Faturado (m3): 10 Média de consumo (m3): 10 Ocorrência de Leituras: 11/00 K/d. Quebrado Data da Leit. Anterior: 25/11/17 Dias de Consumo: 32 Média diária (m3): 0,31 Previsão para Próx. Leit.: 26/01/18 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES			

Serviços		Valor	
AGUA		33,00	
ESGOTO		0,00	
12/2017 VENCIMENTO: 04/01/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 33,00			
COM ESTE NATAL ENCHA OS NOSSOS CORACÕES DE AMOR E PAZ. FELIZ NATAL E UM PROSPERANO ANO NOVO!			
A falta de pagamento desta fatura 30 (trinta) dias após seu vencimento implicará na interrupção do fornecimento de serviços - art 91, Decreto Lei nº 27.685/2010.			
CANAIS DE ATENDIMENTO: 0800 079 0194 - SAC: 4020-0195 AGÊNCIA VIRTUAL: www.deso-sb.com.br/agencyvirtual			
Qualidade da Água Distribuída (Decreto Federal nº 5.440/2005 - Art. 5º - Anexo 1)			
Parâmetro	Turbidez	Cloro	Fluor
Nº mínimo de Amostras Enquadradas	10	10	10
Nº de Amostras Não Enquadradas	23	23	23
Nº de Amostras Não Enquadradas com Fluor	22	22	22



422685.2	04/01/2018
12/2017 2	33,00

826200000006 330000418203 422685212207 171422685213



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica.: Nº 014.335.706



ENERGISA SERGIPE-DISTRIB. ENERGIA SA
Rua Min Apolonio Sales, 81 - Inacio Barbosa
Aracaju / SE - CEP 49040-150
CNPJ 13.017.462/0001-63 Insc.Est. 270.767.436

DADOS DO CLIENTE

MARIA DO CARMO DOS SANTOS
POV CABECA DO BOI 000
GARARU

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

3/694799-8

REFERÊNCIA

JUN/2019

APRESENTAÇÃO

11/06/2019

CONSUMO

103

VENCIMENTO

18/06/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 57,65

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 19/06/2019				
Pagador: MARIA DO CARMO DOS SANTOS CNPJ/CPF: 008.755.945-57				
POV CABECA DO BOI 000 - AREA RURAL - GARARU / SE - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
30878930001241519	000694799201906	18/06/2019	R\$ 57,65	
BENEFICIÁRIO:ENERGISA SERGIPE-DISTRIB.ENERGIA SA				13.017.462/0001-63
RUA MIN APOLONIO SALES, 00081 - - INACIO BARBOSA - ARACAJU / SE - CEP 49040-150				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/178003-4				

**DESO**

COMPANHIA DE SANEAMENTO DE SEROPÓ

SEDE: Rua Campo da Bita, 331, 13 de Julho, Aracaju-SE, 49020-350
CNPJ: 13.016.171/0001-80 - DDD: 33 - EXT: 27.001.036-2

FATURA MENSAL -

Matrícula

422035.2

Nome do Cliente

JOAO SIRIACO DOS SANTOS

CPF

..***-**

Endereço

POV LAGOA DOS BICHOS, 00000, POV LAGOA DOS BICHOS, 49870-000

Grupo/Subgrupo/Atividade

618001/00176

Data da Leitura

25/06/2019

Número da

A04ND013488

Classificação e Escala

RES: 1

HISTÓRICO DE CONSUMO

Leit. Anterior	1341
Leit. Atual	AUSENTE
Consumo Faturado (m3)	10
Média de consumo (m3)	10
Ocorrência da Leitura	11/00 Hid. Danificado
Data da Leit. Anterior	27/05/19
Dias de Consumo	29
Média diária (m3)	0,34
Previsão para Próx. Leit.	25/07/19

REF.	(m3)
05/19	00014
04/19	00010
03/19	00010
02/19	00010
01/19	00010
12/18	00010

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PREVISÃO DE TRIBUTOS (R\$)

COFINS: 2,87

PASEP: 0,62

Serviços

AGUA

ESGOTO

Valor

37,74

0,00

Mês Referência

06/2019

VENCIMENTO: 03/07/2019

TOTAL A PAGAR R\$

3

NO TRANSITO, O SENTIDO E A VIDA. MATO AMARELO.

MUDANÇA DA ENDEREÇO DO PROPRIETÁRIO APÓS PROTOCOLO REGISTRADO

Declaração do Proprietário do Veículo

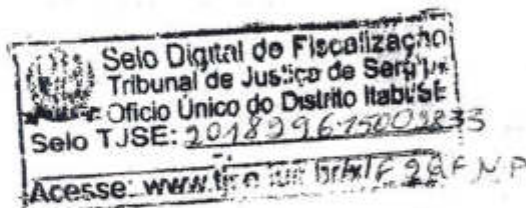
Eu, JOAO SIRIACO DOS SANTOS,
RG nº 375366, data de expedição 22/05/2009,
Órgão SSP/SE, portador do CPF nº 154.726.395-49, com
domicílio na cidade de ITABI, no Estado de
SERGIPE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
POVOADO LAGOA DO FELIX, nº S/N,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Gean Simão dos Santos, cujo o condutor era
Gean Simão dos Santos.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA PRETA CG 125 FAN KS
Ano: 2009
Placa: JAF 8432
Chassi: 9C2JC43309R007493
Data do Acidente: 14/06/2018
Local e Data: Itaí/SE, 30-10-18

Mees cru do gator
Assinatura do Declarante

Elaine Oliveira da Silva
TABELIA E OFICIAL

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, **JOÃO SIRIACO DOS SANTOS**, RG sob nº. 375.366
2ª via expedida pela SSP/SE em 22/05/2009, inscrito no CPF/MF nº 154.726.395-
49, com domicílio na cidade de Itabi do Estado de Sergipe, onde resido no
Povoado Lagoa do Felix s/nº, complemento casa, DECLARO, sob as penas da
Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do
acidente ocorrido com a vítima **GEAN SIRIACO DOS SANTOS** cujo o condutor era
Gean Siríaco dos Santos.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS – COR PRETA

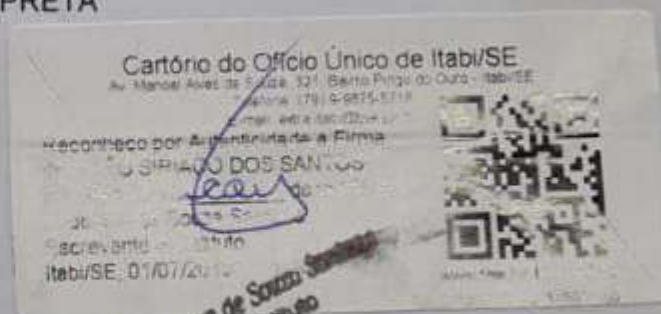
Ano: 2009

Placa: IAF 5412

Chassi: 9C2JC41109R007491

Data do acidente: 04/06/2018

Local e data: 01/07/2019



João Siríaco dos Santos

Assinatura do Declarante



Gean Siríaco dos Santos

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



RELATÓRIO ESPECIALIZADO

Avaliação de perda funcional e Invalidez permanente, pós tratamento das vítimas de acidente do trânsito.

Número do sinistro

Nome do paciente: *GEAN SIRIACO DOS SANTOS*

Data de nascimento: *26/06/1979*

Data do início do tratamento / Acidente *04/06/2018 - DATA DO ACIDENTE*

1 - Diagnóstico / Causas básicas: *14/06/2018 DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO*

*Prete vítima vítima do GATE DE MOTO, ONDE O FALTOU PARECE
FIM TENDIDO, DEPOIS 10 DIAS. PROCEDEU O HONORAR RECON
DE PROPEC: ONDE REUSOU ATENDIMENTO MUXO ESPECIALIZADO
E TEM O DIAGNÓSTICO DE LESÃO DE M. TENDÃO DO TENDÃO
DE PEGUELA FIM TENDIDO EXISTE. ONDE FOI SENDO TRATADO COM
UO DE APARELHO GERAL FIM MIE.*

2 - Data / Tratamento Realizado:

*14/06/2018.
PRETE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO NO CONSULTÓRIO DE FISIOTERAPIA
FIM TENDIDO EXISTE. COM UO DE APARELHO GERAL FIM MIE.
ONDE PRETE UO DE MEXCÃO ANALÓGICA / AUTOMATIZADA
POX MEXCÃO DE SUBSTITUIÇÃO. ONDE.*

3 - Data / Exames Complementares / Resultados:

14/06/2018

RETE PRETE EXISTE MEXCÃO ANALÓGICA / AUTOMATIZADA.

10/08/2019.

Data

Renato Teixeira CRM 1450
Ortopedia - Traumatologia

Assinatura e Carimbo

4 - Hospitais / Serviços / Prestou atendimento:

14/08/2018.

RECEBIU 1ª AVALIAÇÃO NO HOSPITAL
RESIDENTE DE PÓS-GRADUAÇÃO.

5 - Descrição das perdas funcional / Invalidez permanente / Pós-tratamento realizados:

→ Paciente tem perda parcial do arco de movimento do joelho
flexão e extensão.

→ Paciente tem perda parcial da sensibilidade no MIE

→ Paciente marcha com auxílio de MIE; não há base
rápida da marcha.

→ Paciente tem perda parcial do flexão e extensão de
função do MIE

6 - Alta definitiva do tratamento:

1 03/2019.

7 - Data do Exame do Paciente

1 10/06/2019.

8 - Segue Exame Anexo

9 - Médico responsável pela avaliação após análise da documentação do primeiro atendimento médico /
Internação hospitalar / Histórico do paciente / Exame Físico / Exames Complementares:

Nome do Médico		Renato Teixeira		Nº do CRM	1450	Fone:	(079) 3211-5368
Endereço		Número		Cidade		Estado	
Rua Itaporanga, Bairro Getulio Vargas		598		Aracaju		Sergipe	

Atenção: As sequelas das lesões sofridas só poderão ser determinadas após decorridos 60, 90,
180... 1 ano ou mais tempo da alta definitiva

10/06/2019.

Data

Renato Teixeira CRM 1450
Ortopedia - Traumatologia

Assinatura e Carimbo

Geen Simiao den South

Penn 4, 39 anos, com quadro
 de dor em p^o (C) há meses
 refere trauma antigo. Ao exame:
 dor e palpiação em coluna (C)
 no deficit, com exam fisiológico
 normal. Exponção pleural. Este
 em tratamento mecânico com a pinça
 e com o uso de trelas que exigem
 longos curativos e longos períodos em
 p^o por 90 (noventa) dias

(L): M77.3

Dr. Roberto Cesar
 CRM: 11.111.111-11

27/03/19

Acson Silveira do Souto

Triclofeno anafênico em $\text{pi}^{\text{D}} +$
dependência de (20mm /
ponte plantar)

FD: Enxerto plantar.
M4,3


ALEXANDRE L. SILVA
CRM 10011
C.R. 10011/0001

NOME : GEAN SIRIACO DOS SANTOS

SOLICITANTE : DR (A) . KLEBERTON SANTANA

CONVÊNIO : PT

IDADE : 39 ANOS

DATA : 13/03/19

REGISTRO : 127994

DIGITADOR: Paula Anunciação

LAUDO RADIOLOGICO

CALCANEIO E:

Esporão grosseiro plantar no calcâneo.

Dr. Osmário Silva Dantas
Radiologista/Ultrasonografista
CRM/SE 299

Dr. Osmário Souza Dantas
Radiologista/Ultrasonografista
CRM/SE 3212

Gean Simão dos Santos

Uro LM

Duoplom ————— 1x

Uro. Long (LM) em dos única


Cleberton Lima
O. Propriá-Propriá-SE
CRM 2461 TEOT 10306

27/03/19



PREFEITURA MUNICIPAL DE
PORTO DA FOLHA - SE

SEC. MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL Dr. FRANCISCO ROLLEMBERG
upa_portodafolha@hotmail.com
Pça. Antônio Pinto Rezende, 226, Centro
Tel.: (79) 3349-2091

UPA
24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO E 1º ATENDIMENTO

CARTÃO SUS Nº 16039351625 00003 REGISTRO Nº 23 294

NOME: <u>Gean Siqueira dos Santos</u>		RAÇA/COR:	
SEXO MASC. (<u>X</u>) FEM. ()	IDADE: <u>39 anos</u>	DATA DE NASC. <u>26 / 06 / 1979</u>	
RG:	SSP:	Nº DO SISPRENATAL:	
DATA DA ADMISSÃO: <u>13 / 11 / 2018</u>		HORA: <u>10:37</u>	Est. Civil: <u>Solteiro</u>
FILIAÇÃO: PAI: <u>João Siqueira dos Santos</u>			
MÃE: <u>Gláucia do Carmo dos Santos</u>			
ENDEREÇO:			
BAIRRO:	CIDADE: <u>Itabé - Se.</u>	Profissão: <u>fazendeiro</u>	
TELEFONE:			
RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: <u>O mesmo</u>			
GRAU DE PARENTESCO:		TELEFONE DO RESPONSÁVEL:	
ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL:			
MÉDICO RESPONSÁVEL:			
DIAGNOSTICO:			

DATA	HORA	ANAMNESE E EXAMES FÍSICO
13/11/18	10:50	<p>queixa de dor: 5/10</p> <p>(dor no pé)</p> <p>trauma: X</p>

Wagner Santana de Barros
Téc. de Enfermagem
COREN-SE 484.960

DATA	HORA	EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DAS MEDICAÇÕES
		1) SW + Cefix	
		2) An. p. 100	
		3) Prop. 100, 500, 1000, 2000, 8:30	
		4)	

EXAMES SOLICITADOS	ULTRASSONOGRAFIA:
	RAIO X:
	LABORATÓRIO:

DESTINO			
TRANSFERÊNCIAS	ADMISSÃO NO PS (até 24h)	INTERNAÇÃO	
ALTA - DATA: / /	HORA:	ÓBITO - DATA: / /	HORA:

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL:

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIA

No. DO BE: 603141
CNS:DATA: 14/06/2018 HORA: 09:13 USUARIO: MDSILVA
SETOR: 01-CLASSIFICACAO DE RISCO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : GEAN SIRIACO DOS SANTOS
IDADE.....: 38 ANOS NASC: 26/06/1979
ENDERECO.....: PV LAGOA DOS BICHO
COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO:
MUNICIPIO.....: ITABI
NOME PAI/MAE...: JOAO SIRIACO DOS SANTOS UF: SE CEP....: 49870-000
RESPONSAVEL....: O PROPRIO /MARIA DO CARMO DOS SANTOS
PROCEDENCIA....: PROPRIA-SE TEL....: 7999456715
ATENDIMENTO....: OUTROS NAO ESPECIFICADOS
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ____/____/____

Queda no tocil da Hã 20 dias, trauma tornozelo esquerdo -
tendo Aquiles. Feito RAO + tomografia Hã 20, relato uso
ANOTACOES DA ENFERMAGEM: varias medicações

DIAGNOSTICO: Tendinite Aquiles esquerda

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Dor Hã 6h

DATA DA SAIDA: 14/06/18

ALTA: [x] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIOHORA DA SAIDA: :
[] EVASAO [] DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Mlisses Leite
Ortopedia-Traumatologia
CREMESP 3245

DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIA

Nº. DO BE: 612183
CNS:

DATA: 20/07/2018 HORA: 12:41 USUARIO: MDSILVA
SETOR: 02-CONSULTORIO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : GEAN SIRIACO DOS SANTOS
IDADE.....: 39 ANOS NASC: 26/06/1979
ENDERECO.....: LAGOA DO FELIX
COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: ZOAN RURAL
MUNICIPIO.....: ITABI UF: SE CEP....: 49870-000
NOME PAI/MAE...: JOAO SIRIACO DOS SANTOS /MARIA DO CARMO DOS SANTOS
RESPONSAVEL....: O PROPRIO TEL....: 00000000000000
PROCEDENCIA....: GARARU-SE
ATENDIMENTO....: ENTORCE DO TORNOZELO
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [] 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:

*Truismo no tornozelo e
dor e edema*
Rx.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

*Entorço no tornozelo h 12
meses*

DIAGNOSTICO:

Rx. nancef -

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Coluna Tornozelo
Indicando fisioterapia

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVAS [] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

Geon Siriaco dos Santos
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Jose A. Machado Filho
Ortopedia / Traumatologia
CRM-SE 354 - 1407/2018

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIA

No. DO BE: 606640
CNS:DATA: 28/06/2018 HORA: 08:06 USUARIO: MDSILVA
SETOR: 02-CONSULTORIO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : GEAN SIRIACO DOS SANTOS DOC...: 1493407
IDADE.....: 39 ANOS NASC: 26/06/1979 SEXO...: MASCULINO
ENDereco.....: PV LAGOA DOS BICHO NUMERO:
COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO:
MUNICIPIO.....: ITABI UF: SE CEP...: 49870-000
NOME PAI/MAE...: JOAO SIRIACO DOS SANTOS /MARIA DO CARMO DOS SANTOS
RESPONSAVEL...: O PROPRIO TEL...: 7999456715
PROCEDENCIA...: GARARU-SE
ATENDIMENTO...: EXAME
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
CID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [] 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: ____/____/____

*Sintoma de dor no braço e/ou mão há 15 dias, foto anexa
Mão calma e normal*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

Sintoma de dor no braço e/ou mão há 15 dias

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*Revisão da medicação*DATA DA SAIDA: *28/06/18*

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 [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

Gean S. S. dos Santos

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Ulisses Leite
Ortopedia-Traumatologia
CREMSE 3245



BUSCA ESPONTÂNEA



ENCAMINHAMENTO



SAMU

Queixa Principal:

Queda de moto há 10 dias, injúria do tórax e abdome

Cronologia/Duração da Queixa:

☐ Agudo

☐ Crônico

em pé (E)

História Pregressa:

☐ DM

☐ Cardiopatias

☐ HAS

☐ Etílica

☐ Tabagista

ALERGIAS:

Dermatite

Outros:

Dados Vitais:

P.A.: 122 X 85

FC:

Tax:

110 batidas/min

FR:

Glicemia:

SPO₂:

Peso:

RESPONSÁVEL (ASS. E CARIMBO)

Enfermeira

CRM 240.597-8

HORA DO ATEND:

10:40

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

Lesão perf. antebraço em tornozelo
E após queda de moto

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (MÉDICO):

☐ AZUL

☐ VERDE

☐ AMARELO

☐ VERMELHO

DIAGNÓSTICO:

Articulação em tornozelo e

CID:

PRESCRIÇÃO / EVOLUÇÃO MÉDICA

DATA / HORA

- 1) Propofol 1mg - IM
- 2) Tramal 1mg + 100mg SF, IV
- # RX de tornozelo
- 3) Salicatos avermelhados de 100mg

CRM 2863
Médico
Dr. José Alberto Rodrigues L. R. R.

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DATA / HORA

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIA

No. DO BE: 609293

DATA: 09/07/2018

HORA: 10:12

USUARIO: JLSANTOS

CNS:

SETOR: 02-CONSULTORIO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : GEAN SIRIACO DOS SANTOS

DOC....: 1493407

IDADE.....: 39 ANOS NASC: 26/06/1979

SEXO...: MASCULINO

ENDERECO.....: PV LAGOA DOS BICHO

NUMERO:

COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: ZONA RURAL

MUNICIPIO.....: ITABI

UF: SE

CEP....: 49870-000

NOME PAI/MAE...: JOAO SIRIACO DOS SANTOS

/MARIA DO CARMO DOS SANTOS

RESPONSAVEL....: O PROPRIO

TEL....: 7999456715

PROCEDENCIA...: GARARU-SE

ATENDIMENTO...: DOR NA PERNA

CASO POLICIAL...: NAO

PLANO DE SAUDE.....: NAO

TRAUMA: NAO

ACID. TRABALHO: NAO

VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA: [X mmHg]

PULSO: []

TEMP.: []

PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES:

[] RAO X

[] SANGUE

[] URINA

[] TC

[] LIQUOR

[] ECG

[] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

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 [] APOS 48HS

[] FAMILIAR [] IME [] ANAT. PA

- Gean Siriacos dos Santos

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIÁ
SÃO VICENTE DE PAULO

RECEITUÁRIO

ERAN LIGADO DOS PAIS

do ponto

FÍSIO TERAPIA TORNADO 24/6
F/QUEIRO

do ponto

810: 593.4

Data: 28.06.18

Ulisses Leite
Ortopedia Traumatologia
CREMESE 3245

Médico (Assinatura e Carimbo)

peu pomco



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.493.407 2.VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 18/03/2016

NOME
GEAN SIRIACO DOS SANTOS

FILIAÇÃO
JOAO SIRIACO DOS SANTOS
MARIA DO CARMO DOS SANTOS

NATURALIDADE
ITABI-SE DATA DE NASCIMENTO
26/06/1979

DOC ORDEM
CT. NASCIM. NR 2248 LV A-12 FL 279V

CPE CART. 3 OFIC. DIST. COMARCA ITABI/SE
005.998.445-74

PIS 16039351625 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

DIRETOR DO INSTITUTO DE REGISTRO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190394687

Cidade: Itabi

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GEAN SIRIACO DOS SANTOS

Data do acidente: 04/06/2018

Seguradora: Companhia de Seguros
Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA DE PARTES MOLES, CALCÂNEO E TENDÃO DE AQUILES À ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE (+/+4), FORÇA MUSCULAR DO PÉ DIMINUÍDA (+++/+5) EM VIRTUDE DA DOR NO TENDÃO DE AQUILES, DOR E BLOQUEIO NO TORNOZELO E PÉ, RESTRIÇÃO MODERADA DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO TORNOZELO EM VIRTUDE DA DOR COM MAIOR EVIDENCIA NO MOVIMENTOS DE DORSIFLEXÃO DO PÉ. PERICIADO FAZ USO CONTÍNUO DE ANALGÉSICOS ORAL E INJETÁVEL.

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/07/2019

Conduta mantida:

Observações:

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190394687 **Cidade:** Itabi **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEAN SIRIACO DOS SANTOS **Data do acidente:** 04/06/2018 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0212740/19

Número do Sinistro: 3190394687

Vítima: GEAN SIRIACO DOS SANTOS

CPF: 005.998.445-74

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

Data do acidente: 04/06/2018

Titular do CPF: GEAN SIRIACO DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

GEAN SIRIACO DOS SANTOS : 005.998.445-74

Comprovante de residência

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

Data da entrega: 26/06/2019
Nome: GEAN SIRIACO DOS SANTOS
CPF: 005.998.445-74

GEAN SIRIACO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/06/2019
Nome: WILLIANS SANTOS DE FREITAS
CPF: 044.100.755-43

WILLIANS SANTOS DE FREITAS



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, 08 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190394687 **Vítima: GEAN SIRIACO DOS SANTOS**

Data do Acidente: 04/06/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

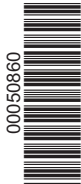
Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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



Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190394687

Vítima: GEAN SIRIACO DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GEAN SIRIACO DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **GEAN SIRIACO DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000005978-1**

Conta: **000000005583-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

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 ASE:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	005.998.445.74	Guem Sircaco dos Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Guem Sircaco dos Santos	005.998.445.74	
Profissão:	Endereço:	Número:
Rueiro	Povoado Lagoa dos Bieiros	0
Bairro:	Cidade:	Estado:
Área rural	Itaú	SE
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	49.870.000	(79) 9606.3112

DADOS CADASTRAIS

Declaro, 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)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: (5978) 1 CONTA: 0005583 2

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

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

Local e Data: Jacaré/SE 17.05.19

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Guem Sircaco dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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.

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190394687
Nome do(a) Examinado(a): Gean Siriaco dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Povoado Lagoa dos Bichos, S/N
Lagoa dos Bichos Itabi SE CEP: 49870-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 1.493.407
Data local do acidente: [04/06/2018]
Data local do exame: [12/07/2019] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRAUMA DE PARTES MOLES, CALCÂNEO E TENDÃO DE AQUILES À ESQUERDA.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMA DE PARTES MOLES, CALCANHAR E TENDÃO DE AQUILES, EVOLUIU COM TENDINITE CRÔNICA.
Complicações: BLOQUEIO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO, RESTRIÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DE DORSIFLEXÃO DO PÉ
Data da Alta: 05/06/2018
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE (+/+4), FORÇA MUSCULAR DO PÉ DIMINUÍDA (+++/+5) EM VIRTUDE DA DOR NO TENDÃO DE AQUILES, DOR E BLOQUEIO NO TORNOZELO E PÉ, RESTRIÇÃO MODERADA DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO TORNOZELO EM VIRTUDE DA DOR COM MAIOR EVIDÊNCIA NO MOVIMENTOS DE DORSIFLEXÃO DO PÉ. PERICIA DO FAZ USO CONTÍNUO DE ANALGÉSICOS ORAL E INJETÁVEL.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes do acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|--|
| <p>Região Corporal (Sequela):
TORNOZELO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
| <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Manoel Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DISTRITAL DE ITABI - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 060399/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 06/06/2019 09:49
Data/Hora Fim: 06/06/2019 10:11
Delegado de Polícia: Felipe Tocoré Queiroz Minas

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Distrital de Itabi
Data/Hora do Fato: 04/06/2018 07:00

Local do Fato

Município: Itabi (SE)
Logradouro: POVOADO LAGOA DOS BICHOS
Ponto de Referência: POVOADO LAGOA DOS BICHOS
Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1093: Acidente de trânsito sem vítima - Outros

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GEAN SIRIACO DOS SANTOS (VITIMA, COMUNICANTE)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Envolvido(a)	Grupo	Subgrupo	Descrição	Vínculo
Gean Siriaco dos Santos	Veículo	Motocicleta/Motonele	Placa IAF 8412, Chassi 9C2JC41109R007491	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Relata o comunicante que por volta da 07:10, do dia 04/06/2018, estava transitando em uma motocicleta nas proximidades do povoado Lagoa dos Bichos, quando sofreu em uma curva próximo ao trevo de Lourdes; Que veio a sofrer uma lesão no tornozelo esquerdo, conforme relatório médico; Que, foi socorrido pelo senhor SILVINHO e levado ao hospital regional de Propriá; Que, após avaliação do ortopedista, precisou engessar; Que a moto tem a seguinte PLACA: IAF 8412; CHASSI: 9C2JC41109R007491; MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 FAN KS; ANO 2009, COR PRETA.

ASSINATURAS

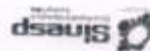
Alcimar de Souza Sá
Responsável pelo Atendimento

Gean Siriaco dos Santos
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) signatário(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos artigos 334-Comunicação Calada e 340-Comunicação Falsa de Código Penal Brasileiro."

Dr. Felipe Tocoré Queiroz Minas
Delegado de Polícia Civil
felipe.minas@pc.se.gov.br

Delegado de Polícia Civil: Felipe Tocoré Queiroz Minas
Impresso por: Igor Fernandes Santos
Data de Impressão: 12/06/2019 11:44
Protocolo nº: Não disponível



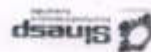


GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DISTITAL DE ITABI - ITABI - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 060399/2019

Felipe Tocort Queiroz Minas
Delegado(a) de Polícia



Delegado de Polícia Civil: Felipe Tocort Queiroz Minas
Impresso por: Igor Fernandes Santos
Data de impressão: 12/08/2019 11:44
Protocolo nº: Não disponível

PPr - Procedimentos Policiais Eletrônicos

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 ASE:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	005.998.445.74	Guem Sircaco dos Santos	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	Guem Sircaco dos Santos		CPF: 005.998.445.74
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Ruente	Povoado Lagoa dos Bieiros	0	Casa
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Área rural	Itaú	SC	49.870.000
E-mail:			Tel. (DDD): (79) 9606.3112

DADOS CADASTRAIS

Declaro, 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: (5978) 1 CONTA: 0005583 2

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

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

Local e Data: Jacaré/SC 17.05.19

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Guem Sircaco dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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.

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIA

No. DO BE: 603141
CNS:DATA: 14/06/2018 HORA: 09:13 USUARIO: MDSILVA
SETOR: 01-CLASSIFICACAO DE RISCO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : GEAN SIRIACO DOS SANTOS DOC...: 1493407
IDADE.....: 38 ANOS NASC: 26/06/1979 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: PV LAGOA DOS BICHO NUMERO:
COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO:
MUNICIPIO.....: ITABI UF: SE CEP....: 49870-000
NOME PAI/MAE...: JOAO SIRIACO DOS SANTOS /MARIA DO CARMO DOS SANTOS
RESPONSAVEL....: O PROPRIO TEL....: 7999456715
PROCEDENCIA....: PROPRIA-SE
ATENDIMENTO....: OUTROS NAO ESPECIFICADOS
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [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: ___/___/___

*Quebra no tornozelo há 10 dias, trauma com queda e
tombado Aquiles. Feito Raio X e tomografia 14/06/2018, relato uso
ANOTACOES DA ENFERMAGEM: VARIAS MEDICACOES*

DIAGNOSTICO: *TENDINITE AQUILES E FRACTURA*

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*DAVID GEMADA*DATA DA SAIDA: *14/06/18*ALTA: [☒] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIOHORA DA SAIDA: :
[] DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Ulisses Leite
Ortopedia-Traumatologia
CREMESP 3245