

BRADESCO

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: 00000005583-2

---

Nr. Autenticação

BRADESCO13082019050000000002370597800000005583168750 PAGO



Rua Conselheiro Ribeiro, 221, 13 de Julho, Aracaju-SE, 49000-000

CNPJ: 12.218.17.200-96 - Fone: (52) 3221-2209

### FATURA MENSAL

422685.2

26 JUN 2018

Nome do Cliente		JOAO CIRIACO DOS SANTOS	
POV LAGON DOS BICHOS, 00000, POV LAGON DOS BICHOS, 49870-000			
Documento de Identificação	Expedição	Validade	
818002/00141	27/12/2017	AD4ND13468	17/12/2018
Leit. Anterior	1157		
Leit. Atual	AUSENTE		
Consumo Faturado (m <sup>3</sup> )	10		
Média de consumo (m <sup>3</sup> )	10		
Ocorrência da Leitura	11/00. HID. Quebrado		
Data da Leit. Anterior	25/11/17		
Dias de Consumo	32		
Média diária (m <sup>3</sup> )	0,31		
Previsão para Próx. Leit.	26/01/18		
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES			

Serviços	Valor					
ÁGUA	33,00					
ESGOTO	0,00					
17/05/2019 14:02:32						
12/2017	VENCIMENTO: 04/01/2018	TOTAL FATURAMENTO	33,00			
QUE ESTE NATAL ENTRA OS NOSSOS CORAÇÕES DE AMOR E PAZ. FELIZ NATAL E UM PROSPERO ANO NOVO!						
A falta de pagamento dessa fatura 30 (trinta) dias após seu vencimento implicará na interrupção do fornecimento de serviços - art. 91. Decreto Lei nº 27.585/2010.						
CANAIS DE ATENDIMENTO: 0800 079 0196 - SAC: 4026-0195 AGÊNCIA VIRTUAL: www.deso-se.com.br/agenciavirtual						
Qualidade de Águas Distribuídas (Decreto Federal nº 5.849/2006 - Art.5º Parágrafo 1º)						
Pesímetro	Turbidez	Cd	Censo	Flor	Outros Testes	Unidade
Nº Índice de Atividade Esportiva	10	10	10	10		
% de Atividade Acadêmica	23	23	23	23		
% Atividade Industrial e Comercial	22	22	22	22		

COMPRA DE PAGAR	
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



## DADOS DO CLIENTE

MARIA DO CARMO DOS SANTOS  
POV CABECA DO BOI 000  
GARARU

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

**3/694799-8**

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
<b>JUN/2019</b>	<b>11/06/2019</b>	<b>103</b>	<b>18/06/2019</b>	<b>R\$ 57,65</b>

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
<b>CONTA PAGA - Data de Pagamento: 19/06/2019</b>				
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 30878930001241519	Nr Documento 000694799201906	Data Vencimento 18/06/2019	Valor do Documento R\$ 57,65	Valor Pago
BENEFICIÁRIO:ENERGISA SERGIPE-DISTRIB.ENERGIA SA RUA MIN APOLONIO SALES, 00081 - - INACIO BARBOSA - ARACAJU / SE - CEP 49040-150 Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/178003-4				
13.017.462/0001-63				



**DESO**  
COMPANHIA DE SANEAMENTO DE SERIPE

SEDE: Rua Campo do Brilho, 331, 13 de Julho, Aracaju-SE, 49020-380  
CNPJ: 13.018.170/0001-00 - INSC. FIS. 27.001.036-2

FATURA MENSAL 4

Matrícula:

422685.2

Nome do Cliente

JOAO SIRIACO DOS SANTOS

Endereço

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

Grupo/Série/Referência	Data da Leitura	Matrícula	Classificação e Estabelecimento
618001/00176	25/06/2019	A04N013488	MES: 1

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

HISTÓRICO DE CONSUMO

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	Valor
AGUA	37,74
ESGOTO	0,00

Mês Referência	VENCIMENTO:	TOTAL A PAGAR (R\$)
06/2019	03/07/2019	37,74
NO TRANSITO, O SENTIDO É A VIDA. MATO AMARELO. CORTE A AGRENTE DA CORRERA APÓS PROTOCOLO REGISTRA		

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eux 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 ITABÍ, 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  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Gean Sinalo dos Santos cujo o condutor era  
Gean Sinalo dos Santos.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA PRETA CG 125 FAN KS  
Ano: 2009

Placa: JAF 8432

Chassi: 9C2JC43309R007493

Data do Acidente: 24/06/2018

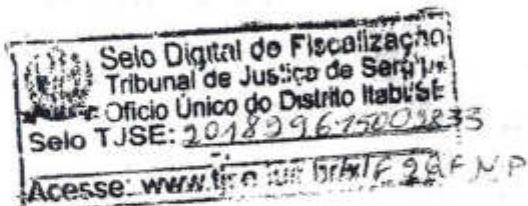
Local e Data: Itabí/SE, 30 - 06 - 18

Eliane Oliveira da Silva  
TABELA E OFICIAL

Meus cumprimentos

Assinatura do Declarante

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 domicilio 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 Siriaco dos Santos.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS – COR PRETA

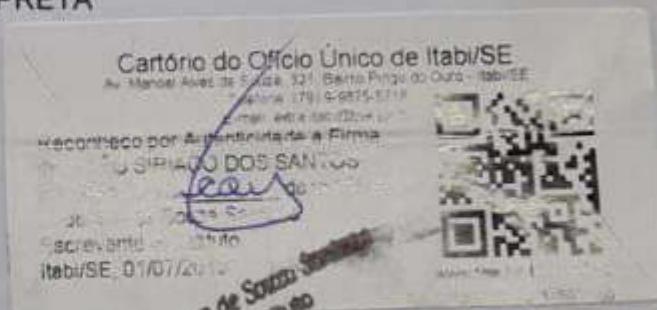
Ano: 2009

Placa: IAF 5412

Chassi: 9C2JC41109R007491

Data do acidente: 04/06/2018

Local e data: 01/07/2019



João Siriaco dos Santos  
Assinatura do Declarante

Elaine Oliveira da Silva  
TABELIA E OFICIAL

Gean Siriaco dos Santos

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



## RELATÓRIO ESPECIALIZADO

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

Número do sinistro

Nome do paciente: **GÉAN SIRIACO DOS SANTOS**

Data de nascimento: **26/06/1977**

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

1 - Diagnóstico / Causas básicas:

*Paciente vítima de acidente de moto, onde sofreu fratura em T12-T13, deslocada, 10 gradi. Foi operado o Hospital Regional de Picos: onde realizou artroscopia no lado esquerdo e feito o fixador de estabilidade da fratura. No final do tratamento de fisioterapia T12-T13 deslocada. No momento que saiu da cirurgia em 10/06/2018.*

2 - Data / Tratamento Realizado:

**14/06/2018.**

*Paciente foi intubado e tratado no ORTÓTICO se fizesse T12-T13 deslocada. Que não se permitisse grande flexão lombar. Mais havia um se menor grau de alguma instabilidade para que se fosse feita a mobilização.*

3 - Data / Exames Complementares / Resultados:

**14/06/2018**

*Rx T12-T13 deslocada com fixador IIº Grau instável.*

Renato Teixeira CRM 1450  
Ortopedia - Traumatologia

**10/08/2019.**

Data

Assinatura e Carimbo

4 - Hospitais / Serviços / Prestou atendimento:

14/06/2018.

REALIZOU SE A CONSULTA NO HOSPITAL  
RENATO TEIXEIRA.

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

- Perdeu 10% da sua capacidade de movimento do cotovelo e joelho.
- Perdeu 10% da sua força muscular devido ao ME
- Perdeu 10% da sua capacidade de marcha devido ao ME
- Perdeu 10% da sua capacidade de agarrar e soltar devido ao ME

6 - Alta definitiva do tratamento: 10/06/2019.

7 - Data do Exame do Paciente 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 Fisico / Exames Complementares:

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

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

10/06/2019.

Data

Renato Teixeira CR 1450  
Ortopedia - Traumatologia  
M.R.

Assinatura e Carimbo

2

Consultório de Ortopedia e Traumatologia Dr. Renato Teixeira.

Rua Itaporanga, 598 - CEP: 49055-330, Aracaju - SE, Telefones: (079) 3211-5368 / 9817-5139 / 8848-2270

Dear Simeão da Souto

Pamek, 39 anos, come queixeira de dores em n° ① há mês refere frieza no ligo. Ao exame: dor e palpável em coluna ②, no déflex. Com exame descreveu morteiro - fíbrosis pleural. Este é sintoma de mesothelioma e juntam-se outras suchas que dizem longos comutados e longos períodos em pé por 90 (nove) dias.

(D) M+7.3

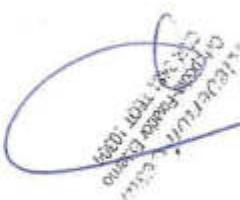


27/03/19

Aeon Silvius do Souto

*Fimbrina acutifrons* in n. sp. +  
dorsum of (20 mm)  
female

FD: Empress plante.  
Mtt, 3



NOME : GEAN SIRIACO DOS SANTOS

SOLICITANTE : DR (A) . KLEBERTON SANTANA

CONVÊNIO : PT

IDADE : 39 ANOS

DATA : 13/03/19

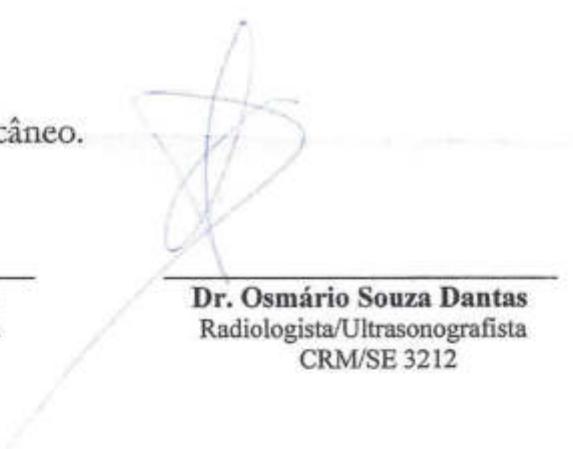
REGISTRO : 127994

DIGITADOR: Paula Anunciação

### LAUDO RADIOLOGICO

#### CALCANEO E:

Esporão grosso plantar no calcâneo.



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

---

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

Gean Sivio dos Santos

Ho 2M

Duoplano \_\_\_\_\_ Rx

Vno. 10g (2x) em dose única

Héberton Cesai  
Oftalmólogo - Fisioterapeuta  
CRM 2481 TEF 03 103704

27/03/19



SEC. MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL Dr. FRANCISCO ROLLEMBERG  
upa\_portadafolha@hotmail.com  
Pça. Antônio Pinto Rezende, 226, Centro  
Tel.:(79) 3349-2091  
**FICHA DE IDENTIFICAÇÃO E ÍNDICE DE ATENDIMENTO**

**UPA**  
**24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

**PREFEITURA MUNICIPAL DE  
PORTO DA FOLHA - SE**

## **FICHA DE IDENTIFICAÇÃO E 1º ATENDIMENTO**

CARTÃO SUS N° 16039351625 00003. REGISTRO N° 23 294

RAÇA/COR:  
SEXO MASC. (  ) FEM. (  ) IDADE: 39 anos. DATA DE NASC. 26 / 06 / 1979.  
RG: SSP: N° DO SISPRENATAL:  
DATA DA ADMISSÃO: 13 / 11 / 2018 HORA: 10:37. Est. Civil: Solteiro.  
**FILIAÇÃO:** PAI: José Síriaco dos Santos  
MÃE: Gláucia do Carmo dos Santos

**ENDERECO:**

**BAIRRO:** CIDADE: Itabí - Se. **Profissão:** fazendeiro.

**TELEFONE:**

**RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:** mesmo.

**GRAU DE PARENTESCO:** \_\_\_\_\_ **TELEFONE DO RESPONSÁVEL:** \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL:**

**MÉDICO RESPONSÁVEL:**

<b>EXAMES SOLICITADOS</b>	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  
 RESPONSAVEL...: O PROPRIO  
 PROCEDENCIA...: PROPRIA-SE  
 ATENDIMENTO...: OUTROS NAO ESPECIFICADOS  
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO  
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO  
 UF: SE CEP...: 49870-000  
 /MARIA DO CARMO DOS SANTOS  
 TEL...: 7999456715  
 DOC...: 1493407  
 SEXO...: MASCULINO  
 NUMERO:

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: \_\_\_\_\_

*Pecas no rosto e braço há 10 dias, dor nas costas e dor nas articulações -  
 Tenson aquosas, feito raro + temor grande àq. d.p., nela te uso  
 várias medicagões*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: <i>Sin. de Aquosas e dor nas articulações</i>	CID:
PRESCRICAO <i>Paracetamol</i>	HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: *14/06/18*ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO HORA DA SAIDA: :  
 [ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO [ ] DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): \_\_\_\_\_

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PATOL

*Gean Siriaco dos Santos**M. Leite*

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

*Uisses Leite*  
Ortopedia-Traumatologia  
CREMESE 3245

ME 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 . DOC...: 1493407  
 IDADE....: 39 ANOS NASC: 26/06/1979 SEXO...: MASCULINO  
 ENDERECO....: LAGOA DO FELIX NUMERO:  
 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...: 00000000000  
 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: [ ] RAIOS X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC  
 [ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

*Freve am no torciglo ex  
dor e edema*

*Rx.*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

*Entorco no tornozelo hav 2  
meses*

DIAGNOSTICO:

CID:

*Ra manet -*

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*Edema per neglo*

*Indicar glicoparia*

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO

[ ] EVASAO DESISTENCIA

[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

*José Antônio da Saída:  
Anelton Machado Filho  
Onofre / Traumatologista  
CRM-SE 362 - MAT 4004*

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. FATO

*Gean Siriaco dos Santos*

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

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  
 IDADE.....: 39 ANOS NASC: 26/06/1979  
 ENDERECO....: PV LAGOA DOS BICHO  
 COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO:  
 MUNICIPIO....: ITABI  
 NOME PAI/MAE...: JOAO SIRIACO DOS SANTOS  
 RESPONSAVEL...: O PROPRIO  
 PROCEDENCIA...: GARARU-SE  
 ATENDIMENTO...: EXAME  
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO  
 ID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [ ] 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: \_\_\_\_\_

*Tensão arterial de 160/100 mmHg, Freq 15 bat/min, Peso 70 kg/m²  
 Vozes caida estreita*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*Pt 1000ca 10/10/2018 19.*DATA DA SAIDA: *29/06/18*

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO

[ ] DESISTE

[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PATOL

*X Gean Siriaco dos Santos*

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

*Ulisses Leite*  
 Ortopedia-Traumatologia  
 CREMESE 3245

## BUSCA ESPONTÂNEA

### Leixa Principal:

**PRÉ-CONSULTA / ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM  
ENCAMINHAMENTO**

SAMI

Cronologia/Duração da Queixa: Agudo Crônico

Historia Pregressa:  DM  Cardiopatias

## Outros-

## Dados Vítais:

P.A: 122 X 85 FC: \_\_\_\_\_ Tax: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ Glicemia: \_\_\_\_\_ SPO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL ASS. E CARIMPOU

Enfermeiros

Glicemia:

PO<sub>2</sub>

Peso:

1

## ATENDIMENTO MÉDICO

## ANAMENESE

ANAMENESE  
Painit refel articular en fomozel  
E apoi fundo de morte

#### **CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (MÉDICO)**

AZUL  VERDE  AMARELO  VERMELHO

## **DIAGNÓSTICO:**

**CID:**

PREScrição / EVOLUÇÃO MÉDICA

**DATA / HORA**

- ① Preferred Jays - 1M
- ② Trained Jays + 100m SF, UV
- # RX all Torqued
- ③ Salvarsan averagē or 1/2 dice,

CRM2863  
Medico

## **ANOTACÕES 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 PERNAS  
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO  
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA: [ 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: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*Trauma do Tornozelo*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

*Exame feito*

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*Dia 12/07*

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO

HORA DA SAIDA: :

[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

EVASAO [ ] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[ ] FAMILIA [ ] IME [ ] ANAT. PA

*- Gean Siriaco dos Santos*

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIÁ  
SÃO VICENTE DE PAULO

RECEITUÁRIO

Eduardo Simeão dos Santos

João Pinto

1.510 reais somente  
e quinhentos

10 reais

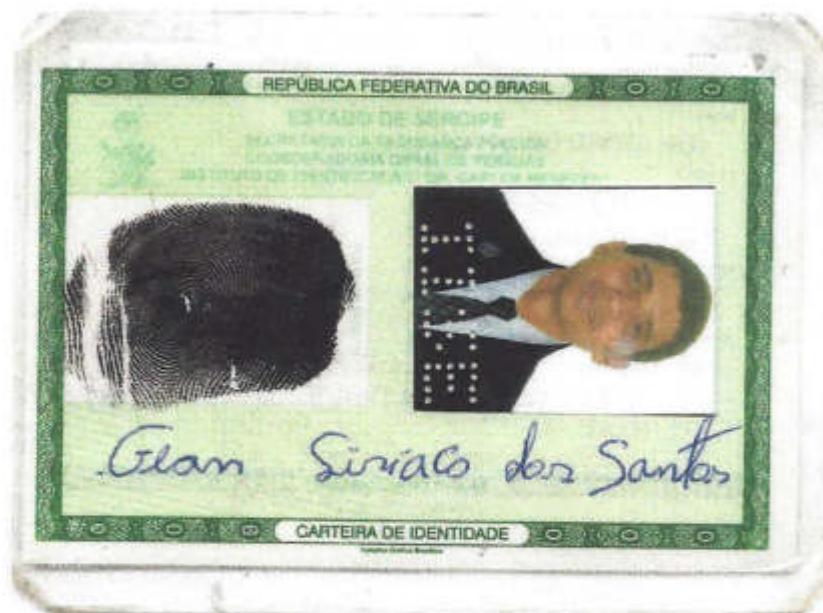
L/15: 593-4

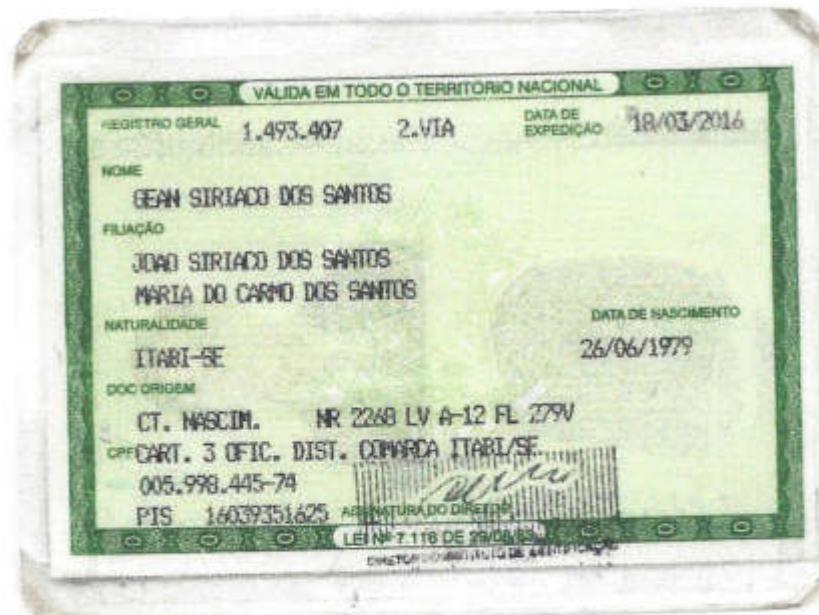
Data: 28/06/18

Uisses Leite  
Ortopedia, Traumatologia  
CREMESE 3245

Médico (Assinatura e Carimbo)

Poupança





# 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# 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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/06/2018

Titular do CPF: GEAN SIRIACO DOS SANTOS

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

## 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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

GEAN SIRIACO DOS SANTOS

WILLIANS SANTOS DE FREITAS

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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**

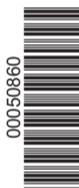
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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, retorno 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](http://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 ASL:

CPF da vítima:

005.998.445.74

Nome completo da vítima:

Giom Síriaco dos Santos

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

Nome completo:

Giom Síriaco dos Santos

CPF:

005.998.445.74

Profissão:

Ribeiro

Endereço:

Povoado Logra dos Bieiros

Número:

0 Ribeira

Bairro:

Área rural

Cidade:

Itaú

Estado:

SC

CEP:

49.870.000

E-mail:

Tel.(DDD):

(79) 9606 3112

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

DADOS CADASTRAIS

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 OPCIÃO DE CONTA

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Nome do BANCO:

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 5978

1

CONTA: 00055 83

2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

1

CONTA:

1

(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 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 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 Falecidos:  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:

Jacópolis / SC 17.05.19

Nome:

CPF:

### TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

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 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.

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas 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 DIMINUIDA (+++/+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.  
PERICIADO FAZ USO CONTÍNUO DE ANALGÉSICOS ORAL E INJETÁVEL.**

- IV. Nexo de causalidade: 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 (\*).

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias

"Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**TORNOZELO - Lado Esquerdo**

% do dano:  10% residual  25% leve  
**( X ) 50% médio**  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

- 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 Otávio Nascimento Júnior*

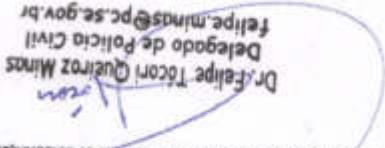
Manoel Otávio Nascimento Júnior  
Clínica e Auditório Médico  
CRM 1827

Dr.Felipe Tocot Querroz Minas  
Delegado de Polícia Civil  
felipe.minas@pc.se.gov.br

Gean Sirlaco dos Santos  
Responsável pelo Atendimento  
alcmar.de.souza.s@police.mt.gov.br

(Comunicação / Vídeo)

Gean Sirlaco dos Santos  
Alcmar de Souza Sá




## ASSINATURAS

Relata o sumaricante que por volta da 07:10, do dia 04/06/2018, estava transitando em uma motocicleta nas proximidades do povoado Lages dos Bichos, quando sobreou um pneu curva prodrimido ao travo de Lourdes; Que veio a sofrer uma lesão no tornozelo esquerdo, conforme relatado pela vítima; Que foi socorrido pelo senhor SILVINOHO e levado ao hospital regional de Propriá; Que, após verbalizado ao ortopedista, queira sobreou um pneu curva prodrimido ao travo de Lourdes; Que veio a sofrer uma lesão no tornozelo esquerdo, conforme relatado pelo senhor SILVINOHO e levado a uma unidade PRACA; IAF 8412; CHASSI: 9CZJCA1109R007491; MARCA/MODELO: HONDA/CX 125 FAN KS; ANO 2009, COR PRETA.

## RELATO/HISTÓRICO

Envolvido(a)	Grupo	Subgrupo	Descrição	Vínculo	Gean Sirlaco dos Santos	Motocicleta/Motoneira	Place IAF 8412, Chassi	Possuidor	Gean Sirlaco dos Santos
--------------	-------	----------	-----------	---------	-------------------------	-----------------------	------------------------	-----------	-------------------------

## OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GEAN SIRLAZO DOS SANTOS (VITIMA, COMUNICANTE)
---

Local de Fato	Município: Itabí (SE)	Bairro: Povoado Lagoa	Logradouro: Povoado Lagoa Dos Bichos	CEP: 49.870-000	Porto de Referência: PIVOADO LAGOA DOS BICHOS	Tipo de Local: Vila Pública	Veículo	1093: Acidente de trânsito sem vítima - Outros	Natureza
---------------	-----------------------	-----------------------	--------------------------------------	-----------------	---	-----------------------------	---------	--	----------

Dados da Ocorrência	Afeto: Delegacia Distrital de Itabí	Data/Hora do Fato: 04/06/2018 07:00	Município: Itabí (SE)	Bairro: Povoado Lagoa	Logradouro: Povoado Lagoa Dos Bichos	CEP: 49.870-000	Porto de Referência: PIVOADO LAGOA DOS BICHOS	Tipo de Local: Vila Pública	Veículo	1093: Acidente de trânsito sem vítima - Outros	Natureza
---------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------	-----------------------	--------------------------------------	-----------------	---	-----------------------------	---------	--	----------

Dados do Registro	Afeto: Delegacia Distrital de Itabí	Data/Hora do Fato: 04/06/2018 07:00	Município: Itabí (SE)	Bairro: Povoado Lagoa	Logradouro: Povoado Lagoa Dos Bichos	CEP: 49.870-000	Porto de Referência: PIVOADO LAGOA DOS BICHOS	Tipo de Local: Vila Pública	Veículo	1093: Acidente de trânsito sem vítima - Outros	Natureza
-------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------	-----------------------	--------------------------------------	-----------------	---	-----------------------------	---------	--	----------

BOLETIM DE OCORRÊNCIA	Nº: 060399/2019
-----------------------	-----------------

DELEGACIA DISTRITAL DE ITABI - ITABI - SE

POLÍCIA CIVIL

GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE



Nº: 060399/2019

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

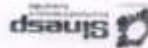
GOUVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGAÇÃO DISTITAL DE ITABAI - ITABI - SE



---

Delegado(a) de Polícia  
Felipe Tocot Querido Minas

Datilado de Impressão: 12/08/2019 11:44  
Impresso por: Igor Fernandes Santos  
Protocolo nº: Nao disponivel  
PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos  
Página 2 de 2



# 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:

005.998.445.74

Nome completo da vítima:

Giom Síriaco dos Santos

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

Nome completo:

Giom Síriaco dos Santos

CPF:

005.998.445.74

Profissão:

Ribeiro

Endereço:

Povoado Logra dos Bieiros

Número:

0 Ribeira

Bairro:

Área rural

Cidade:

Itaú

Estado:

SC

CEP:

49.870.000

E-mail:

Tel.(DDD):

(79) 9606 3112

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

DADOS CADASTRAIS

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 OPCIÃO DE CONTA

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Nome do BANCO:

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 5978

1

CONTA: 00055 83

2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 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 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 Falecidos:  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:

Jacópolis / SC 17.05.19

Nome:

CPF:

### TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

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 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.

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIA

No. DO BE: 603141  
CNS:DATA: 14/06/2018 HORA: 09:13 USUARIO: MDSILVA  
SETOR: 01-CLASSIFCACAO 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: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*Quase não tocou a moto Há 10 dias, Tomou tonico de bengala -  
 Tornozelo agudos, Fazia dor e tomou 150g de ZP, resultado vazio  
 ANOTACOES DA ENFERMAGEM:  
*Várias lesões**

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*Carvão 600mg/dia*DATA DA SAIDA: *14/06/18*

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 Siriaco dos Santos*  
 ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

*Milene Leite*  
 Ortopedia-Traumatologia  
 CRMESP 3245