

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.025,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALDSON DE OLIVEIRA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02448

CONTA: 000000025131-7

Nr. da Autenticação 3FCB4D7BA038CC8B

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALDSON DE OLIVEIRA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02448

CONTA: 000000025131-7

Nr. da Autenticação 81D9F4417DAB88C7

**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: 3190260723
Nome do(a) Examinado(a): Valdson de Oliveira Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua C, 122
Parque dos Farois Nossa Senhora do Socorro SE CEP: 49160-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 1568967
Data local do acidente: [19/01/2019]
Data local do exame: [13/11/2019] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DUPLA DO MAXILAR, MENTO E CORPO DA MANDÍBULA A ESQUERDA.

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DAS FRATURAS COM PLACAS E PARAFUSOS.

Complicações: PERDA DA OCLUSÃO DENTÁRIA, DOR E PARESTESIA NA HEMIFACE E MANDÍBULA A ESQUERDA, ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR COM DOR, ESTALOS E BLOQUEIO SEVERO BILATERAL.

Data da Alta: 30/01/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO CRÂNIO SIMÉTRICO, FACE ASSIMÉTRICA COM AUMENTO DO VOLUME DO CORPO DA MANDÍBULA A ESQUERDA E DO MENTO (CALOS OSSEOS), ROTAÇÃO DOS DENTES INFERIORES COM PERDA DA OCLUSÃO DENTÁRIA, DOR E PARESTESIA NA HEMIFACE E MANDÍBULA A ESQUERDA EVIDENCIADO A PALPAÇÃO, ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR COM DOR, ESTALOS E BLOQUEIO SEVERO BILATERAL, DESVIO DA MANDÍBULA PARA A ESQUERDA AO ABRIR A BOCA, RESTRIÇÃO DA ABERTURA DA BOCA.

PERICIADO REFERE DIFICULDADE DE MASTIGAR, ESTÁ FAZENDO USO DE ALIMENTOS PASTOSOS E LÍQUIDOS.

PERICIADO LUCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO, REFERE DIFICULDADE DE MASTIGAÇÃO, CEFALÉIA, TONTURA, FAZ USO DE ANALGÉSICOS.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DÉFICIT FUNCIONAL LEVE CRÂNIO FACIAL.

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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(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):

Região Corporal (Sequela):

LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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 Otálio Nascimento Júnior

Manoel Otálio Nascimento Júnior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827



RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

Valdson de Oliveira Souto

DATA DA ENTRADA:

19/01/2019

DATA DA SAÍDA:

30/01/2019

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário, sem ter contato profissional com o paciente, isto é, a responsabilidade do atendimento cabe aos médicos que o assistiram.

INTERNAMENTO: PS ()

ENFERMARIA ()

UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente hospitalizado pelo SAMU, vítima de acidente de moto apresentando esguince cervical e edema de 60%. Foi encaminhado ao hospital, foi normal. Faz face mostra restos de mandíbula. Subjetivamente a paciente cumpre de rotina solicitação de mandíbula, seu professor encarregado encaminhou e fez alta hospitalar.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Redutor de restos de mandíbula, com placa e fixadores.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx torax
TC cervical / fece / cervical
ECG

MÉDICOS ASSISTENTES:

Miguel
Caco Lopes
Malena Santos Martins
Plácido Silveira
Judele Alves
Aureneir Góes

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

ARACAJU, 19 de março de 2019

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

JCKK Alergia + Bact. Neuro y

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1846053 DATA: 19/01/2019 HORA: 19:20 USUARIO: AAOLIVEIRA
CNS: SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE		
NOME	VALDSON DE OLIVEIRA SANTOS	DOC...: 1568967
IDADE	34 ANOS	NASC: 11/03/1984
ENDERECO	RUA C ,	SEXO...: MASCULINO
COMPLEMENTO		NUMERO: 130
BAIRRO: PARQUE DOS FAROES		
MUNICIPIO	NOSSA SENHORA DO SOCORRO	UF: SE CEP...: 49160-000
NOME PAI/MAE	MANOEL LIMA SANTOS	/VANEIDE DE OLIVEIRA SANTOS
RESPONSAVEL	TRAZIDO PELO SAMU / O CUNHADO - SERGIO	TEL...: 79-98810.
PROCEDENCIA	NOSSA SENHORA DO SOCORRO	848
ATENDIMENTO	ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)	
CASO POLICIAL	NAO	PLANO DE SAUDE....: NAO
ACID. TRABALHO	NAO	VEIO DE AMBULANCIA: SIM
TRAUMA: NAO		

PA: [] mmHg PULSO: [] TEMP.: [] RESPIRATOR: []

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

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

DADOS CLÍNICOS:

DATA PRIMEROS SINTOMAS: / /

Paciente trazido pelo SAMU em protocolo, após acidente envolvendo motocicleta - pedestre. O pct conduzia a motocicleta, relato não se lembra acometido, mega fome, exaustão, refluxo gástrico. Informa que fazia uso de cachaça, álcool e consumo de bebidas alcoólicas. ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM: 11/06/2015 DEFECC 15

ANOTACOES DA ENFERMAGEM: A- Vc pulmões e cervicalgia
 B- HU+ALITO RA Sat= 97%
 C- BRUFET & SP FC=92bpm D=ECG=15
 Pupils reactivities e fotorreflexos
 E- a.m. 10h 30m

DIAGNOSTICO:

CID: 1234567890

Prescr. 100mg 100ml Sfaziz evaçore | HORARIO DA MEDICACAO

Análise do bucinário ferial

Soluções radiográficas de tópicos PA

Avaliações da NER

Dra. Fernanda Rojas Jiménez-Rocha

Méjico
C.P. 06200, D.F.

DATA DA SAÍDA: / / | CONVÉS 5/36 | HORA DA SAÍDA: :
ALTA: [] DECISÃO MÉDICA | 1. PESSOA |

DECISÃO MÉDICA A PEDIDO EVASÃO DESISTÊNCIA
 ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): 901 - Andar 1

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAÚDE): DATA: 19-01-19

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL PELA CONSULTA

42986

1901 15

Connet face pie
Circle



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE
PRONTO SOCORRO



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BUCO MAXILO FACIAL

NOME	VALDSON OLIVEIRA		anos	DATA	30/01/2019
DIAGNÓSTICO	FRAT MANDIB				

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA LÍQUIDA PASTOSA	
2	SF0,9% 500ML IV P/24H	
3	SG 5%1500ML IV P/24H	
4	KEFLIN 01G EV 6/6H	
5	PROFENID 100MG EM 100ML DE SF0,9% EV 12/12H	
7	OMEPRAZOL 40MG IV 01X AO DIA	
8	Plasil: 01amp + 18ml AD, EV de 8/8 horas (SOS)	
9	DIPIRONA 2CC+8AD EV 6/6H SOS	
10	SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS	
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
329		

Sinais Vitais (Favor anotar abaixo)

Horário	PA(mmHg)	FC(bpm)	FR (ipm)	SpO ₂	Diurese	Temp(°C)	Glicemia
6:00h	X						
12:00h	X						
18:00h	X						
00:00h	X						



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE
FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: VALDSON DE OLIVEIRA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA BILATERAL DE MANDIBULA

CIRURGIA REALIZADA: TRAT CIR FRATURA BILATERAL DE MANDIBULA CI FIXACAO

CIRURGIÃO: Dr MARCELO AMARAL

AUXILIARES: DR AURENIR

HELO

ANESTESIA: GCRA

ANESTESISTA DR ANTONIO

DIAGNÓSTICO PÓS- OPERATÓRIO: O MESMO

CIRURGIA LIMPA CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA
 CIRURGIA CONTAMINADA CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? SIM NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

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

DESCRICAÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. Paciente em DDA com anestesia geral e intubação máxogued
2. Anestesia e intubação - Apoio do corpo sobre
3. Infibrose mandibular submandibular (E) e ponto de nexo mandibular (C)
4. Sutura submandibular (E) e ponto de nexo mandibular (C)
5. Fixação dos pedículos (adiante) (Boguetto, nexo mandibular)
6. com parafuso de resina (04)
7. Fissura de sutura (ponto: 02 placas de 70 mm + 8 parafusos) (junto) (E) 02 placas de 70 mm + 8 parafusos

Parafuso de BNM

Assinatura

DATA: 27/01/19

Dr. Auremir Melo
Cirurgia Bucal - Maxilo-Facial
CRO 1432

Assinatura do Cirurgião

27/01/19
(2) - DS

HUSE

BOLETIM DE ANESTESIA



Fundação Hospitalar de Saúde

PACIENTE:

Valdemar Almeida Souto 34

REGISTRO:

183224

UNIDADE:

MÉDICO:

LEITO:

CIRURGIA PROGRAMADA

CIRURGIA REALIZADA

DATA

ANESTESIOLOGISTA

TÉCNICA ANESTÉSICA

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

CIRURGIAO

Dr. Contar. Socor.

AUXILIAR

ASA

Alvaro

Mauricio

HORA DE INÍCIO

09:30

HORA DE TÉRMINO

13h

ACESSO VENOSO

Uva (20)

POSIÇÃO

D21

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15 30 45

0 15

Registro de Enfermagem no Trans-Operatório

NOME		Valdomir de Oliveira Santos		PRONTUÁRIO	183224
RECEBIDO NA S.O. POR		Equipe médica		DATA	27/01/19
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA		ACORDADO	SONOLENTO	AGITADO	COMATOSO
CIRCULANTE		Auriclo		PROCEDÊNCIA	
ENTRADA S.O.		08:00 h	INÍCIO DA ANESTESIA	09:30 h	INÍCIO DA CIRURGIA
SAÍDA DA S.O.		13:00 h	FIM DA ANESTESIA	13:00 h	FIM DA CIRURGIA
CIRURGIÃO		Dr. Henrique		1º AUXILIAR	Dr. Alígio Miguel
ANESTESISTA		Dr. Antônio		2º AUXILIAR	
INSTRUMENTADOR		Nívea		LATERALIDADE	() DIREITA () ESQUERDA () NA
CIRURGIA PROPOSTA					
CIRURGIA REALIZADA		T.T. Cerrugem da Fractura de mandíbula			

TÉCNICA ANESTÉSICA

GERAL VENOSA	GERAL INALATÓRIA	GERAL COMBINADA	GERAL BALANCEADA	RAQUIANESTESIA
PERIDURAL C/ CATETER	PERIDURAL S/ CATETER	SEDAÇÃO	BLOQUEIO DO PLEXO	LOCAL
TUBO ENDOTRAQUEAL () ORAL () NASAL	Nº:	TUBO ARAMADO	Nº: 7,5	MÁSCARA LARINGEA

ASSEPSIA

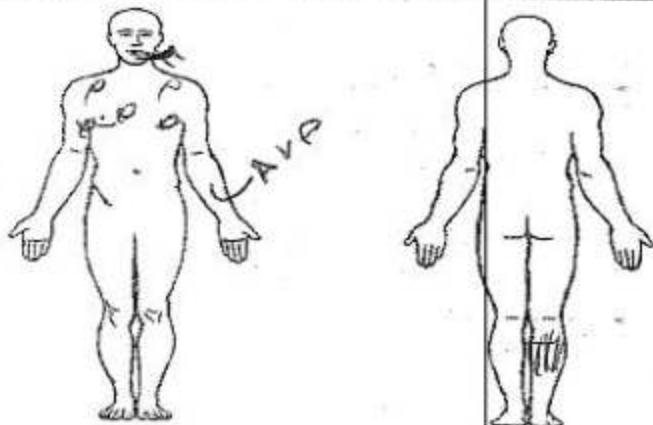
PVPI TÓPICO	PVPI ALCOÓLICO	PVPI DERGEMANTE	CLOREXID. ALCOÓLICA	CLOREXID. DEGERMANTE	CLOREXID. ÁQUOSA
-------------	----------------	-----------------	---------------------	----------------------	------------------

EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS UTILIZADOS

BOMBA DE INFUSÃO	DESFIBRILADOR	MONITOR CEREBRAL (BIS)	INTENSIFICADOR DE IMAGEM	MANTA TÉRMICA	MICROSCÓPIO
FIBROSCÓPIO	MONITOR CARDIÁCO	PA (NÃO INVASIVA)	PA (INVASIVA)	OXÍMETRO	CAPNOGRAFO
FOCO AUXILIAR	FONTE DE LUZ	VIDEO LAPAROSCÓPIO		BRONCOSCÓPIO	OUTROS

COXINS DE CONFORTO UTILIZADOS

CABEÇA	MSD	MSE	MIE	MID	BIPOLAR	MONOPOLAR
--------	-----	-----	-----	-----	---------	-----------



PLACA BISTURI		COMPRESSAS	
(circle)		GRANDES	
LOCAL		ENTREGUE DEVOLVIDA	
(circle)		40 40	
ELETRODOS			
(circle)		PEQUENAS	
INCISÃO CIRÚRGICA		ENTREGUE DEVOLVIDA	
AVP D E			
AVC D E			
GASOMETRIA: SIM () NÃO ()			

POSIÇÃO DO PACIENTE

DORSAL	VENTRAL	LAT. ESQ.	LAT. DIR	CANIVETE	TRENDELEMBURG	LITOTOMIA
--------	---------	-----------	----------	----------	---------------	-----------

ELABORADO PELOS ACADÉMICOS DE ENFERMAGEM DO 7º PERÍODO DA FACULDADE ESTÁCIO/FASE (2014/01 E 02) ORIENTADO PELAS PROFESSORAS LUCIANA LÔBO E SILVIA SANDES

Nome do Paciente: **VALDSON DE OLIVEIRA** Idade: **Sexo:**
Unidade de Produção: **Leito:** **Nº do Prontuário:**

DISPONÍVEL

NOTA DE SAÍDA

Paciente submetido a anestesia geral para
tremonio unilatera de maxila. Balanço de
mobilidade óptimo p/ tremonio considerado
para extração de zigoma (E)

Procedimento remoção de crista com opto
saco sem neurogias.

Maisral unilatera OT placa nos de 70 m

16 parafusos 1.0 m

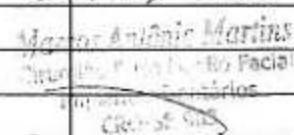
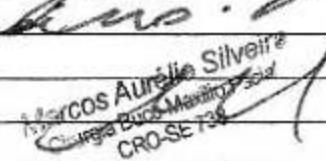
04 parafusos de bloquio

Selado Rx Post-Op

Aureny Melo
08/01/19

29/01/19 Pós op 1º dia, de lenha mandibular.
08:30h com edema - edema com maior
circulação, vermelhura, dor intensa, purulenta
máior intensidade. Rx post op SI conservador.

Nome do Paciente:	Valdemar Oliveira So.	Idade:	Sexo:
Unidade de Produção:	Leito:	Nº do Prontuário:	

DATA	HORA	HISTÓRICO
		15/01/19 15h00
20/01/19		Paciente em leito lito operatório. Produtor de molho deve ser evitado. Aguardar melhora para programar exames.
		
21/01/19		Paciente IMPACIENTE, exige regras FORTUNAS e INCONFOR- MADO COM O TEMPO NECESSÁRIO. Pede alteração do quadro e posição agendamento cirúrgico. Solicitado exame PCC - op.
		
22/01/19		Paciente em leito lito aguardando exames para operação para próximas 24h com urgência para 16h00
		
23/01/19		paciente persiste com edema facial. Solicitado Rx face Exames VIII - IGI - pro másterhios.
		

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

DADOS DA INTERNACAO

DADOS DA INTERNACAO: No. do BE: 1846053
Forma de Entrada.: 4 - EMERGENCIA
Clinica.....: 945 - PS VERDE TRAUMA II
Leito.....: 999.0182
Data da Internacao: 19/01/2019
Hora da Internacao: 21:26
Medico Solicitante: 040.048.324-62 - ALIPIO MIGUEL DA ROCHA NETO
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: BMGSANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

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

free-
10/11/10. Patient appears and seems fine!
→ (1) crepitus/mobility in right
side corpus mandibularis (2).

cd: + Sd RC do same




Odile Jones, M.D.
Médico
CRM-SE - 3691

SONDAS - DRENOS - CÂNULAS									
SNG	Nº:	SNE	Nº:	FOGARTY	Nº:	TRAQUEÓSTOMO	Nº:	GUEDEL	Nº:
DRENOS	SUCCÃO			Nº		TÓRAX	Nº	PENROSE	Nº
	ABDOMINAL			Nº		PIZZER	Nº	KHER	Nº
	BLAKE			Nº		OUTROS			
PASSAGEM DA SONDA FOLLEY			SEM RESTRIÇÃO			COM RESTRIÇÃO		VIAS	Nº:
FOLLEY	Nº:	FOLLEY SILICONE		Nº	SONDA NELATON (URETRAL)				Nº:
PASSADA POR							ANÁTOMO PATOLÓGICO	Nº PEÇAS	
SINAIS VITAIS									
FC (BPM)	59								
SpO2 (%)	100%								
EPCO2 (mmHg)									
PA (mmHg)									
PAI (mmHg)	106 X 64								
FR (RPM)	14								
TEMP (°C)									
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM									
HORA	REGISTRO								ASSINATURA
08:30	Foi admitido no CO procedente do HUde Brasília II, com a orientação de rebordo no rosto AVP em HSD, p/ hibernar e aí no procedimento - cirurgia espinha de Dr. Bressani -								01/01/01
09:30	min da orientação que é utilizada é tubo VP 7,5 cm com 60 cm de comprimento p/ drenar ventrículo								01/01/01
09:45	min da procedimento								01/01/01
12:00	Foi feito tubo aspirativo no rosto e o procedimento proximais de olho + glácia bico bico eletrônico respirador é feito de equipe médica -								01/01/01
13:00	fechamento do procedimento								01/01/01
13:30	remoção da bateria, tubos e o aparelho fute esc. p/ SRA -								01/01/01
14:00									
15:00									
16:00									
17:00									
18:00									
19:00									
20:00									
21:00									
22:00									
23:00									
24:00									

ENCAMINADO PARA:

ELABORADO PELOS ACADÉMICOS DE ENFERMAGEM DO 7º PÉRIODO DA FACULDADE ESTÁCIO/FASE (2014/ 01 E 02) ORIENTADO PELAS PROFESSORAS LUCIANA LÔBO E SILVIA SANDES

29/09/17 Paud. em 2- DFP late

Bruxismo e movimento

noturno de mordida

aggravado com humor

Quando dorme

~~100~~

~~30/9~~ Alta hospitalar

Examinado por exerto
para encaminhamento de
referência.

*1000\$ Alvaro S. da C.
Luis Vito Mariano
CRO-SE 738*

EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

Página nº 2

DATA	HORA	HISTÓRICO
26/01/19	09:00	<p>PT: Homem contíguo. Dolor em maxila (R). S/ má oper. mandibular fratura. Dentes dente tipo 1 superior com rotura da ímpulsos superior. Maxila externa / clínica</p>
25/01/19	CBMF	<p> paciente visitado no dia anterior com edema em face querendo se dar anestesia na face superior, apreendendo rotura de ímplexo para posterior maxilar de cunha para corrigir as fraturas de face.</p> <p>CD: - mandíbula.</p> <p><i>André Luiz S. Barreto Maxilo Facial CSE 1177</i></p>
26/01/19		<p>CBMF - paciente em BE (R), LOTE, expresso aperto, apresentando fratura de mandíbula. Exames prontos. Aguarda marcação de cirurgia</p> <p><i>Dra. Patricia Carvalho Cirurgia Bucomaxilofacial CRO-BA 7981 - CROSE 1128</i></p>



Relatório

Paciente Valdson de Oliveira
Santo RG: 1568967 - CPF:
035.216.165-50. Vítima de
acidente de moto no 19/01/2019
apresenta fratura do osso
da mandíbula em três re-
giões, corpo, rama e mento do
lado esquerdo, necessitando
de fixador e com ocorrência
de infecção gerando abscesso
do lado esquerdo. Ocorrendo
trismo, dormência, má oclusão
na face até

amelimaa@hotmail.com

(79) 3249-1265 | (79) 9198-9028

(79) 99936-9075

Centro Médico Jardins
Av. Min. Geraldo Barreto
Sobral, 2131 B, Jardins / Sala 805
Aracaju - SE

@draamerinamatos

Dra Amerina Matos
CIRURGIA DENTISTA



Dra. Amerina Matos
CIRURGIA DENTISTA

dia de hoje, trazendo desconforto
também para sua mastigação
do lado que houve a fratura.
Além da dificuldade de mastigar e
fratura de unidades dentárias.



✉ amelimaa@hotmail.com

📞 (79) 3249-1265 | (79) 9198-9028

📞 (79) 99936-9075

🏡 Centro Médico Jardins
Av. Min. Geraldo Barreto
Sobral, 2131 B, Jardins / Sala 805
Aracaju - SE

📷 @draamerinamatos



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - SE 00000491087 N° 014274771390
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	000 RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	01053263420	000000000000	2018
NOME			
HERNANI SANTOS DE SOUZA			
CPF / CNPJ			
086.809.355-49		PLACA	
QKR7406/SE		QCDNB4RAJGM211836	
PLACA ANT / UF		CHASSI	
EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO	
2018		04/07/2018	
ESPECIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTOCICLETA/		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	
JTA-SUZUKI/GR150T		2015	2018
CAP / POT / CIL		COR PREDOMINANTE	
2POCV/1500CC		VERMELHA	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
IPASO		100%	
PAÍSA LPVA.		PARCELAMENTO / COTAS	
30%		200%	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		ICF (R\$)	
0,00		0,00	
PRÉMIO TOTAL (R\$)		DATA DE PAGAMENTO	
0,00		04/07/2018	
OBSERVAÇÕES			
SEM RESTRIÇÕES FINANCEIRAS			
MOTOR: Q424-BR116532			
LOCAÇÃO		DATA	
NOSSA SENHORA DO SOCORRO -		04/07/2018	
LUTAR PELA MELHORIA DE MEL			
DIRETORA-PRESIDENTE			

Assinatura

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

SE N° 014274771390 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	000 RENAVAM	CPF / CNPJ	PLACA
1	01053263420	086.809.355-49	QKR7406
MARCA / MODELO		ANO FAB.	
JTA-SUZUKI/GR150T		2015	2018
NP CHASSI		CAT. TARE	
9CDNB4RAJGM211836		9	
EXERCÍCIO			
2018 04/07/2018			
CUSTO DO BILHETE (R\$)		ICF (R\$)	
4,15		0,70	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		TOTAL PAGO PELO SEGURO (R\$)	
4,15		185,50	
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA		<input type="checkbox"/> PARCELADO	
		28/05/2018	

PRÉMIO TARIFÁRIO

PMS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
81,29	9,03	90,32

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

PBT 32



SOLICITAÇÃO DE REANÁLISE

E

PERÍCIA MÉDICA

Eu, VALDSON DE OLIVEIRA SANTOS. Venho através desta, solicitar o pedido de perícia médica do meu processo, o qual sofri lesões que me deixaram com sequelas definitivas, como consta no relatório em anexo, sendo assim, estou a disposição para ser avaliado por uma perícia médica para uma melhor avaliação das minhas sequelas. Desde já agradeço !

Contatos: 079 99606-3112 / 079 99989-1177

Aracaju/se, 05/11/2019

DOCUMENTO 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 012.112.767



DADOS DO CLIENTE

MICHELE DA SILVA SANTOS
RUA C 122
NOSSA SENHORA DO SOCORRO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

3/873618-3

REFERÊNCIA
MAR/2019

APRESENTAÇÃO
21/03/2019

CONSUMO
74

VENCIMENTO
28/03/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 28,99

Acesse: www.energisa.com.br



ESTAQUE AQUI

MICHELE DA SILVA SANTOS
Roteiro: 13-020-587-1230
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 28/03/2019

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
28/03/2019	R\$ 28,99	873618-2019-03-5

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190260723 **Cidade:** Nossa Senhora do Socorro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDSON DE OLIVEIRA SANTOS **Data do acidente:** 19/01/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DUPLA DO MAXILAR, MENTO E CORPO DA MANDÍBULA A ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO CRÂNIO SIMÉTRICO, FACE ASSIMÉTRICA COM AUMENTO DO VOLUME DO CORPO DA MANDÍBULA À ESQUERDA E DO MENTO (CALOS ÓSSEOS), ROTAÇÃO DOS DENTES INFERIORES COM PERDA DA OCLUSÃO DENTARIA, DOR E PARESTESIA NA HEMIFACE E MANDÍBULA A ESQUERDA EVIDENCIADO A PALPAÇÃO, ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR COM DOR, ESTALOS E BLOQUEIO SEVERO BILATERAL, DESVIO DA MANDÍBULA PARA À ESQUERDA AO ABRIR A BOCA, RESTRIÇÃO DA ABERTURA DA BOCA. PERICIADO REFERE DIFÍCULDADE DE MASTIGAR, ESTÁ FAZENDO USO DE ALIMENTOS PASTOSOS E LÍQUIDOS. PERICIADO LUCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO, REFERE DIFÍCULDADE DE MASTIGAÇÃO, CEFALÉIA, TONTURA, FAZ USO DE ANALGÉSICOS.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO(A) LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 13/11/2019

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO RESIDUAL DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO LEVE DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 15 %	15%	R\$ 2.025,00
		Total	15 %	R\$ 2.025,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190260723 **Cidade:** Nossa Senhora do Socorro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDSON DE OLIVEIRA SANTOS **Data do acidente:** 19/01/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DUPLA DO MAXILAR, MENTO E CORPO DA MANDÍBULA A ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO CRÂNIO SIMÉTRICO, FACE ASSIMÉTRICA COM AUMENTO DO VOLUME DO CORPO DA MANDÍBULA À ESQUERDA E DO MENTO (CALOS ÓSSEOS), ROTAÇÃO DOS DENTES INFERIORES COM PERDA DA OCCLUSÃO DENTARIA, DOR E PARESTESIA NA HEMIFACE E MANDÍBULA A ESQUERDA EVIDENCIADO A PALPAÇÃO, ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR COM DOR, ESTALOS E BLOQUEIO SEVERO BILATERAL, DESVIO DA MANDÍBULA PARA À ESQUERDA AO ABRIR A BOCA, RESTRIÇÃO DA ABERTURA DA BOCA. PERICIADO REFERE DIFICULDADE DE MASTIGAR, ESTÁ FAZENDO USO DE ALIMENTOS PASTOSOS E LÍQUIDOS. PERICIADO LUCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO, REFERE DIFICULDADE DE MASTIGAÇÃO, CEFALÉIA, TONTURA, FAZ USO DE ANALGÉSICOS.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO(A) LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 13/11/2019

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO RESIDUAL DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO LEVE DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 15 %	15%	R\$ 2.025,00
		Total	15 %	R\$ 2.025,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190260723 **Cidade:** Nossa Senhora do Socorro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDSON DE OLIVEIRA SANTOS **Data do acidente:** 19/01/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON
 SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/11/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE MANDÍBULA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO).
 ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @-P-1-& APONTAMOS RELATÓRIO MÉDICO ASSISTENTE DRA. AMERINA MATOS(CRM 2738). SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.
 VÍTIMA JÁ INDENIZADA NO VALOR DE R\$ 1.350,00 POR DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE ESTRUTURAS CRÂNIOFACIAIS

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190260723 **Cidade:** Nossa Senhora do Socorro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDSON DE OLIVEIRA SANTOS **Data do acidente:** 19/01/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/04/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: F

Resultados terapêuticos: T

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190260723 **Cidade:** Nossa Senhora do Socorro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDSON DE OLIVEIRA SANTOS **Data do acidente:** 19/01/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON
 SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/11/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE MANDÍBULA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO).
 ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @-P-1-& APONTAMOS RELATÓRIO MÉDICO ASSISTENTE DRA. AMERINA MATOS(CRM 2738). SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.
 VÍTIMA JÁ INDENIZADA NO VALOR DE R\$ 1.350,00 POR DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE ESTRUTURAS CRÂNIOFACIAIS

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190260723 **Cidade:** Nossa Senhora do Socorro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDSON DE OLIVEIRA SANTOS **Data do acidente:** 19/01/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MANDÍBULA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Documentos complementares:

Observações:

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0116679/19

Vítima: VALDSON DE OLIVEIRA SANTOS

CPF: 035.216.165-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/01/2019

Titular do CPF: VALDSON DE OLIVEIRA SANTOS

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

VALDSON DE OLIVEIRA SANTOS : 035.216.165-50

Autorização de pagamento
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: 04/04/2019
Nome: VALDSON DE OLIVEIRA SANTOS
CPF: 035.216.165-50

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/04/2019
Nome: RODRIGO SILVEIRA DE OLIVEIRA
CPF: 011.995.625-05

VALDSON DE OLIVEIRA SANTOS

RODRIGO SILVEIRA DE OLIVEIRA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0116679/19

Número do Sinistro: 3190260723

Vítima: VALDSON DE OLIVEIRA SANTOS

CPF: 035.216.165-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/01/2019

Titular do CPF: VALDSON DE OLIVEIRA SANTOS

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/11/2019
Nome: VALDSON DE OLIVEIRA SANTOS
CPF: 035.216.165-50

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/11/2019
Nome: WILLIANS SANTOS DE FREITAS
CPF: 044.100.755-43

VALDSON DE OLIVEIRA SANTOS

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, 09 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190260723

Vítima: VALDSON DE OLIVEIRA SANTOS

Data do Acidente: 19/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALDSON DE OLIVEIRA SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190260723**

Vítima: VALDSON DE OLIVEIRA SANTOS

Data do Acidente: 19/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VALDSON DE OLIVEIRA 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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =

R\$ 1.350,00

Recebedor: **VALDSON DE OLIVEIRA SANTOS**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **104**

Agência: **000002448**

Conta: **0000025131-7**

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.

Atenciosamente,



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 Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190260723

Vítima: VALDSON DE OLIVEIRA SANTOS

Data do Acidente: 19/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), VALDSON DE OLIVEIRA SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

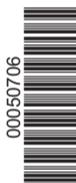
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190260723**

Vítima: VALDSON DE OLIVEIRA SANTOS

Data do Acidente: 19/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VALDSON DE OLIVEIRA SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.025,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: VALDSON DE OLIVEIRA SANTOS

Valor: R\$ 2.025,00

Banco: 104

Agência: 000002448

Conta: 0000025131-7

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.

Atenciosamente,



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 ASI:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

035.216.165.50 Volgerson de Oliveira Santos

Nome completo:

Volgerson de Oliveira Santos

Profissão:

Recebedor

Endereço:

Rua C

Bairro:

Parque das Flores

Cidade:

Nossa Senhora do Socorro

Estado:

E-mail:

CPF:

035.216.165.50

Número:

122

Complemento:

Casa

CEP:

44160000

Tel (DDD):

(71) 9606-3112

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

RENDA MENSAL:

REUSSO 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

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: 2448 CONTA: 25131 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 realizará perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo acima-ado, solicito a 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 costas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes e de outras de acidente de trânsito, conforme o art. 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão de indenização com a futura avaliação médica, nem renúncia ao direito de contestá-la, caso descreva o seu conteúdo.

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Jacobina 04.01.2019

Nome:

CPF:


Assinatura de quem assina o RODO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Herminio Santos de Souza

RG nº 1.365.276

, data de expedição 09/03/2005

Órgão SSP

, portador do CPF nº 986.809.355.49

com domicílio na cidade de, Nossa Senhora do Socorro, no Estado de

Sergipe

Rua 23

, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

, nº 1750

complemento Casa

, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

menionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Halldorson de Oliveira Santos

, cujo o condutor era

Halldorson de Oliveira Santos

Veículo: Motocicleta Modelo: GSXR 150 Ano: 2015

Placa: QKR7485 Chassi: 9CONG4AAGM241836

Data do Acidente: 19/01/2019

Local e Data:

Aracaju/SE

29/03/2019

* Herminio Santos de Souza

Assinatura do Declarante

5º OFÍCIO

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





PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: N° 190933325-1



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: www.prf.gov.br/novobat /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em Imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Documento assinado eletronicamente por FISCINA, matrícula 1880017, Policial Rodoviário Federal, em 19/01/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 19003372B01



Endereço: DA CAIXA DAGUA, 1116, CASA, TABOCA, NOSSA SENHORA DO SOCORRO-SE
Telefone: 007932535048

Email:

V1P1 - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Informações complementares:

Tipo de Receptor: SAMU

E1 - PEDESTRE - NÃO IDENTIFICADO

E1 - Informações

Nome:

Envolvimento: Pedestre

Sexo: Masculino

Data de Nascimento:

Estado civil:

Estado físico: Lesões Graves

E1 - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

E1 - Dados do Contato

Endereço

Telefone

Email:

E1 - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Informações complementares: Envolvido aparentemente embriagado devido ao odor etílico exalado e estar portando no momento do acidente uma garrafinha de pedra 90

Tipo de Receptor: SAMU



Documento assinado eletronicamente por FISCINA, matrícula 1880017, Policial Rodoviário Federal, em 19/01/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 5º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e no artigo 1º da Instrução N° 72

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO Nº 19003372801

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 19/01/2019 Hora: 18:10
BR: 101 KM: 92,0
Policial responsável pelo atendimento: FISCINA, 1880017

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal
Tipo de pista: Dupla
Estrutura Viária: Reta
Acostamento: Sim
Condição meteorológica: Céu Claro

Tipo de pavimento: Asfalto
Condição da Pista: Seca
Localidade urbanizada: Sim
Canteiro Central: Sim
Fase do dia: Plena Noite

IMAGENS PANORÂMICAS



SENIDO
DECRESCENTE



SENIDO CRESCENTE

NARRATIVA

Conforme vestígios materiais presentes ao local da ocorrência é possível abstrair como versão de maior verossimilhança, a seguinte: V1 - motocicleta JIA-SUZUKI/GSR150I, placa OKR7486/SE - SEGUIA FLUXO REGULAR, no sentido decrescente da via duplicada, quando de forma inadvertida e inopinada um pedestre, não identificado CRUZOU a via, de forma perpendicular ao eixo principal, objetivando o acesso para o lado da MARDISA CAMINHÓES. Assim, ato contínuo, tornou-se inevitável o ATROPELAMENTO DE PEDESTRE, com a consequente queda dos dois ocupantes da referida motocicleta (V1). A presente dinâmica encontra-se devidamente ilustrada no croqui que se segue. Registre-se ainda que o local da ocorrência caracteriza-se pela presença de sinalização horizontal, vertical e de canteiro central. Ocorrência com registro de uma vítima com lesões graves - pedestre não identificado (Socorrido por Unidade do SAMU da cidade de Nossa Senhora do Socorro/SE, sendo posteriormente encaminhado ao HOSPITAL DE URGENCIA DE SERGIPE). Registra-se ainda que o etíômetro ALCOOLSENSOR IV não estava disponível no momento. Em decorrência do acentuado fluxo viário da localidade, que ensejava permanente atividade de orientação e sinalização preventiva de novo acidente, o procedimento de amarração restou-se completamente prejudicado. Ademais, equipe PRF necessitou realizar atividade de isolamento, sinalização e orientação do tráfego com objetivo de garantir a segurança da equipe de



Documento assinado eletronicamente por FISCINA, matrícula 1880017, Policial Rodoviário Federal, em 19/01/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do Inciso IV do art. 2º

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO Nº 19003372B01



V1 - Proprietário

Nome: HERNANI SANTOS DE SOUZA
Email:
Endereço: NOSSA SENHORA DO SOCORRO-SE

CPF/CNPJ: 986.809.355-49
Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - VALDSON DE OLIVEIRA SANTOS

V1C - Informações

Nome: VALDSON DE OLIVEIRA SANTOS
CPF: 035.216.165-50
Sexo: Masculino
Usava capacete: Sim

Data de Nascimento: 11/03/1984
Estado civil:
Estado físico: Lesões Leves

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB Primeira habilitação: 11/02/2013 Nº Registro: 05708265660
UF: SE Vencimento da habilitação: 07/11/2022 Motorista profissional: Não
Observações CNH: 99

V1C - Alterações da Capacidade Motoria

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: RUA C, 139, PARQUE DOS FAROIS, NOSSA SENHORA DO SOCORRO-SE
Telefone:
Email:

V1C - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico Tipo de Receptor: SAMU
Informações complementares: Individuo encaminhado ao HUSE

V1P1 - PASSAGEIRO 1 DO V1 - VALDEMIR DE MATOS

V1P1 - Informações

Nome: VALDEMIR DE MATOS
CPF: 800.919.545-68
Sexo: Masculino
Usava capacete: Sim

Data de Nascimento: 18/05/1977
Estado civil:
Estado físico: Lesões Leves

V1P1 - Dados do Contato



Documento assinado eletronicamente por FISCINA, matrícula 1880017, Policial Rodoviário Federal, em 19/01/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.529, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.





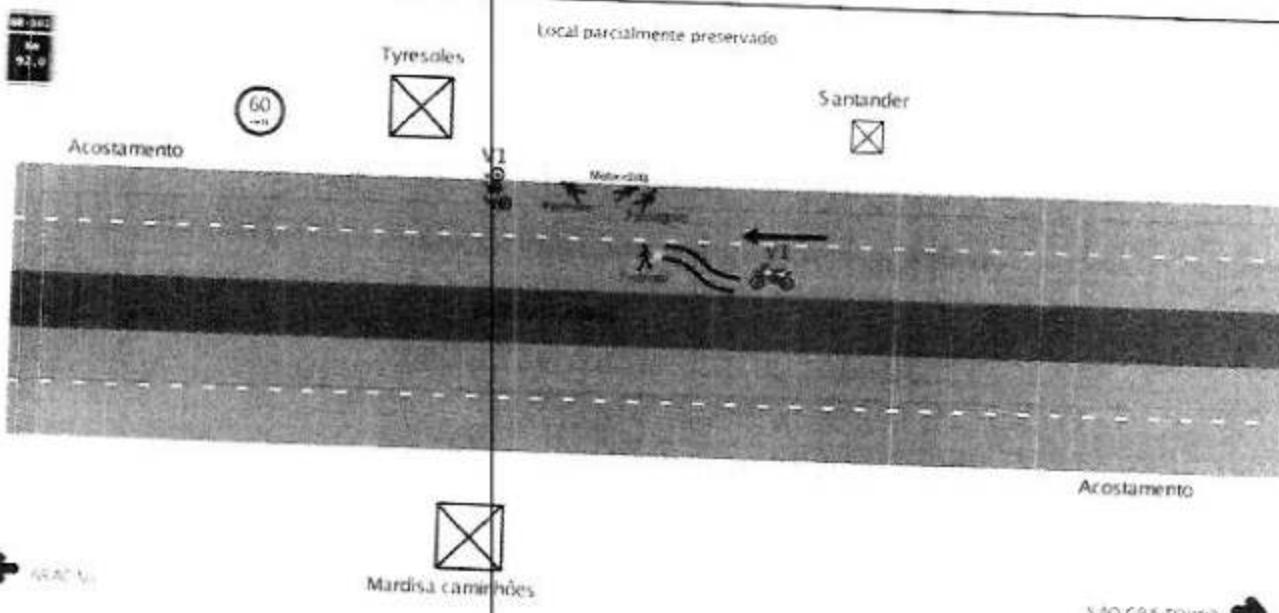
MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 19003372B01



SOCORRO - SAMU USB - / N.SRA. DO SOCORRO/SE - no desempenho de suas atividades. Dentre os possíveis fatores determinantes para a observância do sinistro elenca-se: 1 - É imperativo registrar que mesmo sem ser feito o etilômetro por não tê-lo disponível no momento e pelo pedestre não estar em condição física, o mesmo exalava odor etílico, além de, no momento do acidente, estar portando uma garrafinha de pedra 90, a qual foi identificada no local.

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Atropelamento de Pedestre	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)

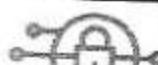
DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
SAMU	19/01/2019 18:10	

V1 - VEÍCULO 1 - QKR7486 - MOTOCICLETA

V1 - Informações



Documento assinado eletronicamente por FISCINA, matrícula 1880011, Policial Rodoviário Federal, em 19/01/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso II do art. 7º

191

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 ASI:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

035.216.165.50 Volgerson de Oliveira Santos

Nome completo:

Volgerson de Oliveira Santos

Profissão:

Recebedor

Endereço:

Rua C

Bairro:

Parque das Flores

Cidade:

Nossa Senhora do Socorro

Estado:

E-mail:

CPF:

035.216.165.50

Número:

122

Complemento:

Casa

CEP:

44160000

Tel (DDD):

(71) 9606-3112

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

RENDA MENSAL:

REUSSO 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

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: 2448 CONTA: 25131 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 realizará perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo acima-ado, solicito a 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 costas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes e de outras de acidente de trânsito, conforme o art. 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão de indenização, com a futura avaliação médica e ressalva ao direito de contestá-la, caso descreva o seu conteúdo.

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Jacobina 04.01.2019

Nome:

CPF:


Assinatura de quem assina o RODO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

[*] 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 íntimo teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

10X KX Alergia + Bucal Novo

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1846053

DATA: 19/01/2019 HORA: 19:20 USUARIO: AAOLIVEIRA
CNS: SETOR: 06-SUTURA

NOME: VALDSON DE OLIVEIRA SANTOS
IDADE: 34 ANOS NASC: 11/03/1984
ENDERECO: RUA C, BAIRRO: PARQUE DOS FAROES
COMPLEMENTO: MUNICIPIO: NOSSA SENHORA DO SOCORRO UF: SE CEP: 49160-000
NOME PAI/MAE: MANOEL LIMA SANTOS /VANEIDE DE OLIVEIRA SANTOS
RESPONSAVEL: TRAZIDO PELO SAMU / O CUNHADO - SERGIO TEL: 79-98810-848
PROCEDENCIA: NOSSA SENHORA DO SOCORRO
ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
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: [] / [] / []

Perdeu trazido pelo SAMU em protocolo, após acidente envolvendo motocicleta -
pedestre. O paciente conduziu a motocicleta, relata não se lembrar do acidente,
nega tê muco nasal, reflexo cefálico. Informa que fazia uso de cocaína, h
consumo de bebidas alcoólicas.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM: A- Vai pernas e cefalgia D=ECG=15
B- MÚTALITO RA Sat=97% Pupilas normais
C- BRUFAT E SP FC=92bpm e fotonegativa
E=equimise periorbita

CID: edema a E,

DIAGNOSTICO: PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Analgesico do bucosistema facial.

EXAME DE RADILOGIA - NUS

Soluço radiografia de tórax PA

REALIZADO EM []

Analgesico da NER

AS [] HORA

Dra Fernando Rodrigues Ribeiro
Medica

DATA DA SAIDA: [] / [] / [] CRM-SE 5736

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

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APÓS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

42986

19 01 19

Granit face pie
P. Ribeiro