

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 Vitimas 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 Faróis 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 ÓSSEOS), 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. PERICÍDIO REFERE DIFICULDADE DE MASTIGAR, ESTÁ FAZENDO USO DE ALIMENTOS PASTOSOS E LÍQUIDOS. PERICÍDIO LUCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO, REFERE DIFICULDADE DE MASTIGAÇÃO, CEFALÉIA, TONTURA, FAZ USO DE ANALGÉSICOS.

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

DÉFICIT FUNCIONAL 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"

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):

LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

% do dano: ☐ () 10% residual ☒ (X) 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

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 Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827



RELATÓRIO MÉDICO

Fundação
Hospitalar
de Saúde

NOME DO PACIENTE: Valdson de Oliveira Santos
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 trazido pelo SAMU, vítima de acidente de moto, apresentando ferimentos periorbitais e edema na face. O TC cranial / cervical foi normal. O exame físico mostrou fratura de mandíbula. Submetido a procedimentos cirúrgicos de fratura bilateral de mandíbula, sem complicações. Evoluiu bem e teve alta hospitalar.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Redução de fratura de mandíbula, com placas de fixação.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx torax
TC cranial / face / cervical
ECG

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Miguel
Dr. Carlos
Dr. Marcos Antonio Martins
Dr. Marcos Silveira
Dr. André Luiz Santos
Dr. Alexandre Melo

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

ARACAJU, 19 de março de 2019

André Luiz P. B. L.
MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

TCX KX Alergia + BUCOF Neurol

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 SEXO...: MASCULINO
ENDEREÇO.....: RUA C, NUMERO: 130
COMPLEMENTO...: BAIRRO: PARQUE DOS FAROES
MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA DO SOCORRO UF: SE CEP...: 49160-000
NOME PAI/MAE...: MANOEL LIMA SANTOS /VANEIDE DE OLIVEIRA SANTOS
RESPONSÁVEL...: 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 TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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: ____/____/____

Paciente trazido pelo SAMU em protecao, após acidente envolvendo motocicleta -
pedestre, o pct conduzia a motocicleta, relatando não se lembrar do acidente,
nega L.M.V. ou roubo, ref. cefaleia. Informa que fez uso de bebida alcoólica
comum de 1h. do almoço

ANOTACOES DA ENFERMAGEM: A-va pulso / cefaleia D=ECG=15
B-MU+ALTURA Sat=97% Pulso=100
C- BRUFTE SP FC=96bpm E=equimose periorb.

DIAGNOSTICO: CID: J20.0 - A.E.

PRESCRICAO: Profenid 100mg / 100ml SFA 9% EVAGORA HORARIO DA MEDICACAO

Avaliacao do bico-manifesta. EXAME DE RADIOLOGIA - HIJS

Solicitado radiografia de tórax PA REALIZADO EM ____/____/____

Avaliacao da VCR AS ____ HORA

Dr. Fernando Rodrigues Rocha CRM-SE 5736

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

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): DATA: 19/01/19

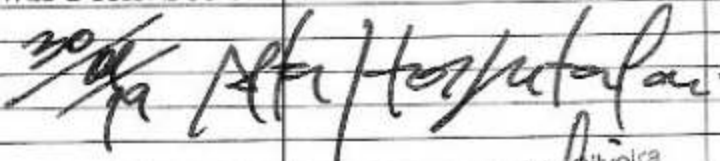
TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IME [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

42986
19.01.19
Gromet face pie

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 MANDÍBULA
CIRURGIA REALIZADA: TRAT CIR FRATURA BILATERAL DE MANDÍBULA C/ FIXAÇÃO
CIRURGIÃO: DR MARCELO AMARAL
AUXILIARES: DR AUREMIR HELO
ANESTESIA: GERA ANESTESISTA DR ANTONIO
DIAGNÓSTICO PÓS- OPERATÓRIO: O MESMO
() CIRURGIA LIMPA (X) 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

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. Paciente em DDH sob anestesia geral e intubação orotraqueal
2. Anestesia e monitorização - Apoiado de decúbito supino
3. Incisão e exposição submandibular (E) e fixação de placa mandibular (E)
4. Incisão submandibular (E) e fixação de placa mandibular (E)
5. Fixação das placas (fixação) Placas maxilares mandibulares
6. com parafusos de bloqueio (E)
7. Fixação da placa { inferior: 02 placas de 20mm + 8 parafusos
superior (E) 02 placas de 20mm + 8 parafusos


Remoção do BNM
Sutura

DATA: 27/05/19

Dr. Auremir Mein
Cirurgia Buco-Maxilo-Facial
CRO 1432
Assinatura do Cirurgião

27/05/19
21.08

Registro de Enfermagem no Trans-Operatório

NOME <u>Valdson de Oliveira Santos</u>				PRONTUÁRIO <u>183224</u>			
RECEBIDO NA S.O. POR <u>Equipe Médica</u>				DATA <u>27/01/19</u>		SALA <u>06</u>	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA		ACORDADO <u>8</u>		SONOLENTO		AGITADO	
CIRCULANTE		<u>Anúrio</u>		PROCEDÊNCIA		<u>Unidade Fratura II</u>	
ENTRADA S.O.		<u>08:05 h</u>		INÍCIO DA ANESTESIA		<u>08:30 h</u>	
SAÍDA DA S.O.		<u>13:20 h</u>		FIM DA ANESTESIA		<u>13:05 h</u>	
CIRURGIÃO		<u>Dr. A. A. A.</u>		1º AUXILIAR		<u>Dr. Alguem Miguel</u>	
ANESTESISTA		<u>Dr. Anúrio</u>		2º AUXILIAR			
INSTRUMENTADOR		<u>N. M.</u>		LATERALIDADE		() DIREITA () ESQUERDA () NA	
CIRURGIA PROPOSTA							
CIRURGIA REALIZADA		<u>T.T. Correção da Fratura de Mandíbula</u>					
TÉCNICA ANESTÉSICA							
GERAL VENOSA		GERAL INALATÓRIA		GERAL COMBINADA		GERAL BALANCEADA	
PERIDURAL C/ CATETER		PERIDURAL S/ CATETER		SEDAÇÃO		BLOQUEIO DO PLEXO	
TUBO ENDOTRAQUEAL () ORAL () NASAL		No:		TUBO ARAMADO		No: <u>7,5</u>	
MÁSCARA LARÍNGEA							
ASSEPSIA							
PVPI TÓPICO		PVPI ALCOÓLICO		PVPI DEREGMANTE		CLOREXID. ALCOÓLICO	
						CLOREXID. DEGERMANTE	
						CLOREXID. AQUOSA	
EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS UTILIZADOS							
BOMBA DE INFUSÃO		DEFIBRILADOR		MONITOR CEREBRAL (BIS)		INTENSIFICADOR DE IMAGEM	
FIBROSCÓPIO		MONITOR CARDÍACO		PA (NÃO INVASIVA)		PA (INVASIVA)	
FOCO AUXILIAR		FONTE DE LUZ		VIDEOLAPAROSCÓPIO		BRONCOSCÓPIO	
						OUTROS	
COXINS DE CONFORTO UTILIZADOS							
CABEÇA		MSD		MSE		MIE	
						MID	
BISTURI ELÉTRICO							
BIPOLAR				MONOPOLAR			
PLACA BISTURI							
							
LOCAL <u>Na Rima</u>							
ELETRODOS							
INCISÃO CIRÚRGICA							
AVP		D		E			
AVC		D		E			
GASOMETRIA: SIM () NÃO ()							
COMPRESSAS							
GRANDES							
ENTREGUE				DEVOLVIDA			
<u>40</u>				<u>40</u>			
PEQUENAS							
ENTREGUE				DEVOLVIDA			
POSICÃO DO PACIENTE							
DORSAL		VENTRAL		LAT. ESQ		LAT. DIR	
<u>X</u>							
CANIVETE		TRENDELEMBURG		LITOTOMIA			

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

Nome do Paciente: **VALDSOM DE OLIVEIRA**

Idade:

Sexo:

Unidade de Produção:

Leito:

Nº do Prontuário:

NOTA DE SAÍDA

Acusado submetido a análise geral para
trabalho completo de fratura bilateral de
mandíbula. Optado pelo tratamento conservador
para fratura de zigoma (G).

Procedimento transmaxilar de acordo com opções
feito em transmaxilar.

Material utilizado { 04 placas nos de 70 cm
16 parafusos 1.0 mm
04 parafusos de bloqueio

Solpedado Rx Pós-Op

[Assinatura]
Dr. Auremir Melo
CRM 145.120

28/01/19
08:30h

Revisão em 12 DPO, de ACQUA MANDIBULAR,
COM ODM - EQUIPADO COMPARADO COM ANO
CIRURGIA, VERIFICANDO BOM NÍVEL DE CURA
MANDIBULAR IMPRACIONAL. Rx Pós-Op de acompanhamento


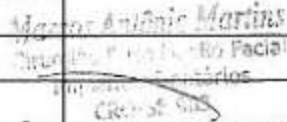

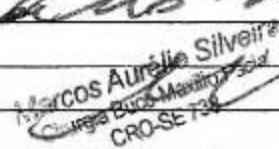
EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE

PRONTO SOCORRO ADULTO

Página nº 1

Nome do Paciente: Valdir Oliveira S.J. Idade: Sexo:
Unidade de Produção: Leito: Nº do Prontuário:

DATA	HORA	HISTÓRICO
20/01/19	15hr	Paciente em leito 100 apresentando fratura de maxila edema e hematoma no maxilar inferior por traumatismo.
		 Dr. Davis Vieira de Faria Almeida Cirurgião Buco-Maxilo-Facial CRM-SE 1320
31/01/19		Paciente IMPACIENTE, CIENTE DA FRATURA E INCONFORMADO COM O TEMPO MULTISSIMULADO PARA REALIZAÇÃO DE RUADE E POSTERIOR AGENDAMENTO CIRÚRGICO. SOLICITAÇÃO EXATAS PRE-OP.
		 Marcos Aurélio Martins Cirurgião Buco-Maxilo-Facial CRM-SE 1320
28/01/19		Paciente em leito 100 aguardando exames pré-operatórios para realização de cirurgia pelo B.M.F.
		 Dr. Davis Vieira de Faria Almeida Cirurgião Buco-Maxilo-Facial CRM-SE 1320
23/01/19		Paciente persiste com edema facial solicitando Rx para Exatidão pré-op. no maxilar inferior.
		 Marcos Aurélio Silveira Cirurgião Buco-Maxilo-Facial CRM-SE 736

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO
=====

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 183224
Numero do CNS.....: 0000000000000000
Nome.....: VALDSON DE OLIVEIRA SANTOS
Documento.....: 1568967 Tipo :
Data de Nascimento: 11/03/1984 Idade: 34 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: MANOEL LIMA SANTOS
Nome da Mae.....: VANEIDE DE OLIVEIRA SANTOS
Endereco.....: RUA C , 130
Bairro.....: PARQUE DOS FAROES Cep.: 49160-000
Telefone.....: 79-98810.0848
Município.....: 2804805 - - SE
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 1846053
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 Saida:
Especialidade:
Tipo de Saida:
CID Principal:
CID Secundario:
Principal:
Secundario:
Outro:

Free-
10/1/19.

paciente apresentando como principal
sintoma: 1) hipertensão / mobilidade - rega
de corpo mandibular (B).

CD: 1 Sd TC do Raul



1/1/2019
0:29h

paciente vítima de queda de altura com caputo.
Não se lembra do ocorrido.
do dano: GSW 45, Sina 45/101.
TC 51 crânio: Sina 45/101
TC 52 coluna cervical: Sina 45/101
ALM 51 ALM.


Médico
CRM-SE - 3694

SONDAS - DRENOS - CÂNULAS										
SNG	Nº:	SNE	Nº:	FOGARTY	Nº:	TRAQUEÓSTOMO	Nº:	GUEDEL	Nº:	
DRENOS	SUÇÃO		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						ANATOMO PATOLÓGICO	Nº PEÇAS			

SINAIS VITAIS

FC (BPM)	39	
SpO2 (%)	100%	
EPCO2 (mmHg)		
PA (mmHg)		
PAI (mmHg)	106 X 64	
FR (RPM)	14	
TEMP (°C)		

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM


HORA	REGISTRO	ASSINATURA
08:30	Ata admitido no C.O. procedente do UIDE	
	Assunto II - Coluna direita, arborizada em um	
	AVP em USD, p/ (M) - e a que procedem -	
	circunferência da cintura de 100 cm -	
09:30	Unidade da estrutura geral entusado e tubos	
	7,5 orando o sucesso p/ Dr. Antonio	
09:40	Unidade do procedimento	
12:30	Ata no 1º andar - arborizada em um monitor cardíaco	
	Foram utilizados de 1000 e placa bisturi elétrico	
	na unidade da equipe médica - 1 - 1 -	
13:30	Unidade do procedimento	
13:30	Unidade da estrutura entusado e os pinos	
	de 100 - p/ S.R.P.A - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 -	

ENCAMINADO PARA:

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

29/04/19 Paciente em 2.º DPD. Este
 tem função de monitor
 e o bolo branco em per
 oprimido, melhor o quadro
 clínico.

30/04/19 Alta Hospitalar
 encaminhado por exento
 para acompanhamento de
 rotina.

Assinado por: 
 Marcos Augusto Silva
 Médico Bico Médio
 CRO-SE 738

EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

Página nº 2

DATA	HORA	HISTÓRICO
		<p>24/01/19</p> <p>Paciente com queixa de dor no maxilar inferior. Exame físico: edema e hematoma no maxilar inferior. Radiografia: fratura de mandíbula. Tratamento: imobilização com arco fixo. Acompanhamento: 15 dias.</p>
25/01/19		<p>CBMF - Paciente visitado no LOTE, apresentando edema e hematoma no maxilar inferior. Exame físico: edema e hematoma no maxilar inferior. Radiografia: fratura de mandíbula. Tratamento: imobilização com arco fixo. Acompanhamento: 15 dias.</p> <p>Cl: - mandíbula</p> <p>André Luiz S. Barreto Cirurgião Maxilo Facial CRO-SE 1177</p>
26/01/19		<p>CBMF - Paciente em BEG, LOTE, apresentando edema e hematoma no maxilar inferior. Exame físico: edema e hematoma no maxilar inferior. Radiografia: fratura de mandíbula. Tratamento: imobilização com arco fixo. Acompanhamento: 15 dias.</p> <p>Patrícia Carvalho Cirurgiã Bucomaxilofacial CRO-BA 7981 - CROSE 1128</p>



Dra. **Amerina Matos**
CIRURGIÁ DENTISTA

Relatório

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

✉ amelinam@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 M. L. de Oliveira
Cirurgiã Dentista



Dra. **Amerina Matos**
CIRURGIÁ DENTISTA

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

Dra. Amerina Matos
Cirurgiã - Dentista
CRD - 12.712

✉ amelinamatos@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

VALDEON DE OLIVEIRA SANTOS



DOC. IDENTIDADE (CPF, PASSAPORTE)	1568967	SSP	SE
CPF	035.216.165-50	DATA NASCIMENTO	11/03/1984
FILIAÇÃO			
MARCEL LIMA SANTOS			
VANEIDE DE OLIVEIRA SANTOS			
PERMISSÃO	0000000000	CLASSE	A2
APRESENTAÇÃO	05768265660	VALIDADE	07/11/2022
		PRIMEIRAÇÃO	11/02/2013

OBSERVAÇÕES:

SEM OBSERVAÇÃO:

Valdeon de Oliveira Santos

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL	ARACAJU, SE	DATA DE EMISSÃO	08/11/2017
SINCE DE AZEVEDO CORREIA NETO DIRETOR - PRESIDENTE		51752464281 88020172390	
ASSINATURA DO DIRETOR			

SERGIPE

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1552858991

PROIBIDO PLASTIFICAR
1552858991

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - SE 000004910877 Nº 014274771390
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 01053263420 R.N.T.R.C. 000000000000 EXERCÍCIO 2018

NOME
HERNANI SANTOS DE SOUZA

CPF / CNPJ 786.809.355-49 PLACA QKR7406

PLACA ANT / UF QKR7406/SE CHASSI 9CDNB4AAJBM211836

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO JTA-SUZUKI/GBR1501

CAP / POT / CIL 250CV/150CC CATEGORIA ALUGUEL COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º VENC. / COTAS

PASSO 1º

PAGA LVLA. PARCELAMENTO / COTAS 2º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 81,29 IOF (R\$) 9,03 PREMIO TOTAL (R\$) 90,32 DATA DE PAGAMENTO 28/05/2018

SEGURO PAPO REF. AO EXERCÍCIO 2018

OBSERVAÇÕES
SEM RESTRICÇÕES FINANCEIRAS
MOTOR: 0424-BR115532

LOCAÇÃO DO VEÍCULO
NOCOA SINDHORO DE SOUZA

DATA 04/07/2018

DIRETORA PRESIDENTE

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

SE Nº 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

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 04/07/2018

VIA 1 COD. RENAVAM 01053263420 R.N.T.R.C. 000000000000 EXERCÍCIO 2018

NOME HERNANI SANTOS DE SOUZA

CPF / CNPJ 786.809.355-49 PLACA QKR7406

PLACA ANT / UF QKR7406/SE CHASSI 9CDNB4AAJBM211836

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO JTA-SUZUKI/GBR1501

CAP / POT / CIL 250CV/150CC CATEGORIA ALUGUEL COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º VENC. / COTAS

PASSO 1º

PAGA LVLA. PARCELAMENTO / COTAS 2º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 81,29 IOF (R\$) 9,03 PREMIO TOTAL (R\$) 90,32 DATA DE PAGAMENTO 28/05/2018

SEGURO PAPO REF. AO EXERCÍCIO 2018

OBSERVAÇÕES
SEM RESTRICÇÕES FINANCEIRAS
MOTOR: 0424-BR115532

LOCAÇÃO DO VEÍCULO
NOCOA SINDHORO DE SOUZA

DATA 04/07/2018

DIRETORA PRESIDENTE

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.: N° 012.112.767



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

DADOS DO CLIENTE
MICHELE DA SILVA SANTOS RUA C 122 NOSSA SENHORA DO SOCORRO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

3/873618-3

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAR/2019	21/03/2019	74	28/03/2019	R\$ 28,99

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE 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: VALDSO 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 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 À ESQUERDA AO ABRIR A BOCA, RESTRIÇÃO DA ABERTURA DA BOCA. PERICIA DO REFERE DIFICULDADE DE MASTIGAR, ESTÁ FAZENDO USO DE ALIMENTOS PASTOSOS E LÍQUIDOS. PERICIA DO 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.

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 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 À ESQUERDA AO ABRIR A BOCA, RESTRIÇÃO DA ABERTURA DA BOCA. PERICIA DO REFERE DIFICULDADE DE MASTIGAR, ESTÁ FAZENDO USO DE ALIMENTOS PASTOSOS E LÍQUIDOS. PERICIA DO 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

Valoração 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: 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: VALDSO 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

Valoração 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: VALDSO 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: VALDSO DE OLIVEIRA SANTOS

CPF: 035.216.165-50

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

Data do acidente: 19/01/2019

Titular do CPF: VALDSO DE OLIVEIRA SANTOS

CPF de: Próprio

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

VALDSO 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: VALDSO DE OLIVEIRA SANTOS
CPF: 035.216.165-50

VALDSO DE OLIVEIRA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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 médico-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

VALDSON DE OLIVEIRA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

WILLIANS SANTOS DE FREITAS

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

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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



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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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:

035.216.165.50

Nome completo da vítima:

Volgibson de Oliveira Santos

Nome completo:

Volgibson de Oliveira Santos

CPF:

035.216.165.50

Profissão:

Recalço

Endereço:

Rua C

Número:

122

Complemento:

Casa

Bairro:

Parque das Laranjeiras

Cidade:

Nossa Senhora do Socorro SE

Estado:

CEP:

44160000

E-mail:

Tel. (DDD):

(71) 91606-3112

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

RECEITA 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

☒ 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

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª 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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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, Hernani 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, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua 23, nº 1750

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

Valdison de Oliveira Santos, cujo o condutor era

Valdison de Oliveira Santos

Veículo: Motocicleta Modelo Suzuki / GSR 150 Ano: 2015

Placa: QKR4405 Chassi: 3CONG4AA6GM211836

Data do Acidente: 19/01/2019

Local e Data:

Aracaju/SE

29/03/2019

* Hernani Santos de Souza

Assinatura do Declarante

5.º OFÍCIO

Assinatura do Condutor

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

5º Serviço Notarial e Registral AMINTHAS GARCEZ
Rua Laranjeiras, 47 - Centro - CEP 49.010-000 - Aracaju/Sergipe
Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) supra de HERNANI SANTOS DE SOUZA
Aracaju, 29 de Março de 2019
Custas: R\$8,00 Alex Conceição dos Santos
Selo TJSE: 201929308049417 Acesso: <http://www.tjse.jus.br/s/AFZYXV>





PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 190033725 11



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



Para cópia do seu Boletim acesse o site: 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 Nº 2.200-2, de 04 de outubro de 2001, e no art. 6º da Lei Nº 11.343, de 23 de setembro de 2006, e no art. 1º da Lei Nº 11.344, de 23 de setembro de 2006.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 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:

Tipo de Receptor: SAMU

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



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. 7º da Instrução Normativa Nº 400, de 2015.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19003372B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 19/01/2019 Hora: 18:10

BR: 101 KM: 92,0

Policial responsável pelo atendimento: FISCINA, 1880017

Município: NOSSA SENHORA DO SOCORRO/SE

Sentido: Decrescente

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



SENTIDO
DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

Conforme vestígios materiais presentes ao local da ocorrência é possível abstrair como versão de maior verossimilhança, a seguinte: V1 - motocicleta jta-suzuki/GSR150I, placa QKR7486/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 CAMINHÕES. 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 URGÊNCIA DE SERGIPE). Registra-se ainda que o etilômetro 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
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO 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
UF: SE
Observações CNH: 99

Primeira habilitação: 11/02/2013
Vencimento da habilitação: 07/11/2022

Nº Registro: 05708265660
Motorista profissional: Não

V1C - 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

V1C - Dados do Contato

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

Email:

V1C - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico
Informações complementares: Indivíduo encaminhado ao HUSE

Tipo de Receptor: SAMU

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, Polícia Rodoviária 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 da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

191



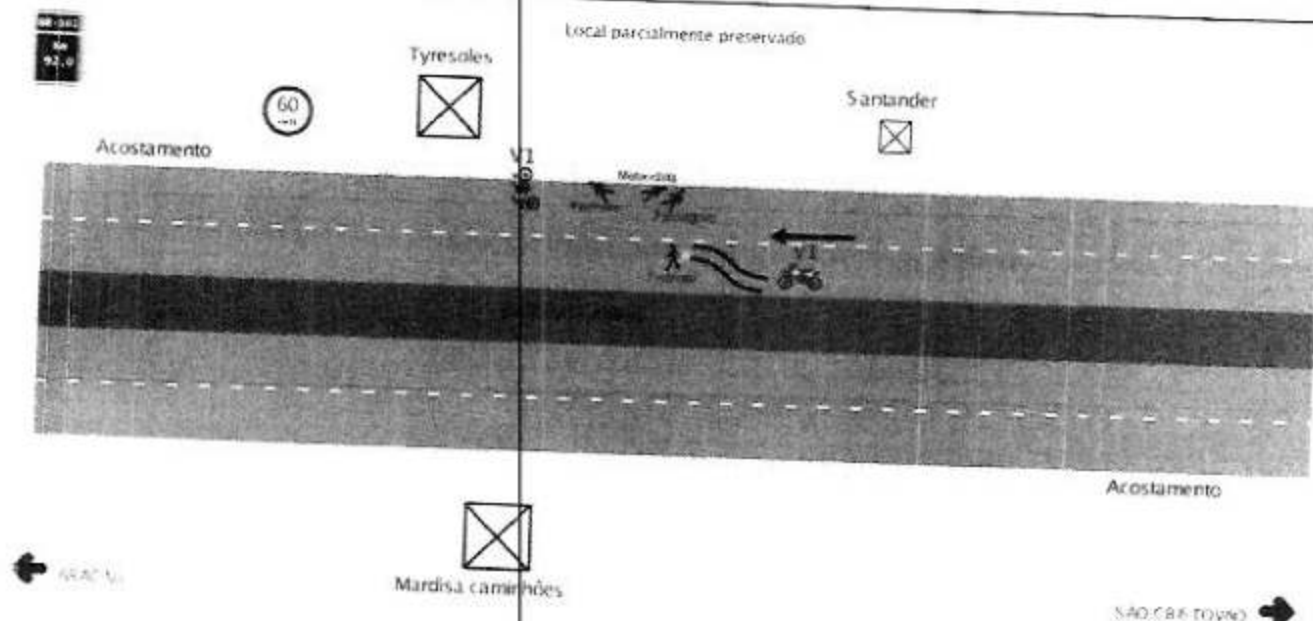
MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 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 Rodoviária 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 III do art. 9º

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: **035.216.165.50** Nome completo da vítima: **Volgibson de Oliveira Sontes**

Nome completo: **Volgibson de Oliveira Sontes** CPF: **035.216.165.50**

Profissão: **Recalço** Endereço: **Rua C** Número: **122** Complemento: **Casa**

Bairro: **Parque das Laranjeiras** Cidade: **Nossa Senhora do Socorro SE** Estado: **SE** CEP: **44160000**

E-mail: _____ Tel. (DDD): **(71) 91606-3112**

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

RECEITA 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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: **2448** CONTA: **25131** **7** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda 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 a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74 art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso ocorra do seu conteúdo.

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **Joazeiro SE 04.06.2014**

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª 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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

TCX KX Alergia + Biot Neuro

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
IDADE: 34 ANOS NASC: 11/03/1984
ENDERECO: RUA C, BAIRRO: PARQUE DOS FAROES
COMPLEMENTO: UF: SE
MUNICIPIO: NOSSA SENHORA DO SOCORRO CEP: 49160-000
NOME PAI/MAE: MANOEL LIMA SANTOS / VANEIDE DE OLIVEIRA SANTOS
RESPONSAVEL: TRAZIDO PELO SAMU / O CUNHADO: SERGIO
PROCEDENCIA: NOSSA SENHORA DO SOCORRO TEL: 79-98810.848
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: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Paciente trazido pelo SAMU em protecao, capa avincenta e envolvente motociclista -
pedista. O pct conduziu a motocicleta, relatando que se lembra do acidente,
nega a mu. e trauma reflexo celular. Informa que fez uso de cafe e álcool,
consumo de bebidas alcoolicas.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM: A-va pulso / cefalalgia D=ECG=15
B-MV+ALTURA Sat=97% e fotomicrografia
C-BRUFET SP FC=92bpm E=equimose perib.

DIAGNOSTICO:

CID: A85.0 A E,

PRESCRICAO

Preferid 100mg + 100ml SFA 9% EVAGORA

HORARIO DA MEDICACAO

Avaliacao do luxomaxilofacial

Solicitado radiografia de tórax PA

Avaliacao da NCR

EXAME DE RADIOLOGIA - NUS

REALIZADO EM ___/___/___

AS ___ HORA

Drª Fernanda Rodrigues Rocha

CRM-SE 5736

DATA DA SAIDA: / /

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

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[] FAMILIA [] IME [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

42986

19 01 19

Gonçalo