

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: 26/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO PAULO SILVA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03303

CONTA: 000000025738-6

Nr. da Autenticação EC599D34A8DE5B06

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190637849 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO PAULO SILVA SANTOS **Data do acidente:** 12/08/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 15/16_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

JOAO PAULO SILVA SANTOS
POV CABECA DA VACA, 50 - CABECA DA VACA
NOSSA SENHORA DA GLORIA / SE CEP: 4960000 (AQ: 430)



Uso: MONOFÁSICO
Clt/Soc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Roteiro: 3.430-862-4280 Referência: Out / 2019
Medidor: E5017015582 Emissão: 08/10/2019

ENERGISA SERGIPE-DISTRIB ENERGIA SA
Rua Min Apolônio Sales, 81 - Inácio Barbosa
Aracaju / SE - CEP 49040-160
CNPJ 13.017.462/0001-83 Ins. Est. 270.787.436
Nota Fiscal / Carta de Energia Elétrica Nº 017.467.312
Cód. para Dct. Automática: 00000220170

Atendimento ao Cliente ENERGISA 08000 79 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/ RANI
Out / 2019	08/10/2019	06/11/2019	056.667.695-66

UC (Unidade Consumidora): 3/922917-0

Canal de contato
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.428, de 26 de abril de 2002.
- Conheça a Guia, nossa atendente virtual do WhatsApp?
- Ela pode te ajudar com informações sobre debitos, enviar e receber a sua conta de energia e até receber pedidos de instalação.
- Salve nosso número e nos chame sempre que precisar.
79 98101-0715

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
08/09/19	5723	08/10/19	5802	1	70	32
Demonstrativo						
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alc.	Item (R\$)
				TCM (R\$)	TCM (R\$)	TCM (R\$)
						Flu (Colo) (R\$)
						(0,2877%) (4,135%)
9501	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,196220	5,89	0,00	0
9502	Consumo - 31 a 103kWh-BR	49,000	0,319240	15,64	0,00	0
9503	Adic. B. Variável			1,25	0,00	0
9504	Adic. B. Amarela			0,14	0,00	0
9505	Subsidio			22,19	0,00	1
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
9507	CONTRIB LUM PUBLICA			8,76	0,00	9
9508	JUROS DE MORA 08/2019			0,65	0,00	0
9509	MULTA 08/2019			0,93	0,00	0
9510	REST. BANDO AMAR. RESIDENCIAL 08/2019			-0,05	3,00	0
9511	Devolução Subsidio			-21,09	0,00	0

CC: Total de Classificação do Item: TOTAL 34,01 0,00 0,00 44,90 0,40 1,35
Tarifa de Transmissão: 0,196220 Até 103kWh 0,319240

Média Últimos meses (KWh): 73
VENCIMENTO 15/10/2019
TOTAL A PAGAR R\$ 34,01

Histórico de Consumo (KWh)

09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Out/19	Nov/19	Dez/19	Jan/20	Fev/20	Mar/20	Abr/20	Mai/20	Jun/20	Jul/20	Ago/20	Sep/20											

RESERVADO AO FISCO
fa44.1957.0cdf.ede2.30e4.59ac.909e.9548.

Indicadores de Qualidade		Composição do Consumo	
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
115,00	0,00	NOMINAL	115
120,00	0,00	120	
125,00	0,00	125	
130,00	0,00	130	
135,00	0,00	135	
140,00	0,00	140	
145,00	0,00	145	
150,00	0,00	150	
155,00	0,00	155	
160,00	0,00	160	
165,00	0,00	165	
170,00	0,00	170	
175,00	0,00	175	
180,00	0,00	180	
185,00	0,00	185	
190,00	0,00	190	
195,00	0,00	195	
200,00	0,00	200	
205,00	0,00	205	
210,00	0,00	210	
215,00	0,00	215	
220,00	0,00	220	
225,00	0,00	225	
230,00	0,00	230	
235,00	0,00	235	
240,00	0,00	240	
245,00	0,00	245	
250,00	0,00	250	
255,00	0,00	255	
260,00	0,00	260	
265,00	0,00	265	
270,00	0,00	270	
275,00	0,00	275	
280,00	0,00	280	
285,00	0,00	285	
290,00	0,00	290	
295,00	0,00	295	
300,00	0,00	300	
305,00	0,00	305	
310,00	0,00	310	
315,00	0,00	315	
320,00	0,00	320	
325,00	0,00	325	
330,00	0,00	330	
335,00	0,00	335	
340,00	0,00	340	
345,00	0,00	345	
350,00	0,00	350	
355,00	0,00	355	
360,00	0,00	360	
365,00	0,00	365	
370,00	0,00	370	
375,00	0,00	375	
380,00	0,00	380	
385,00	0,00	385	
390,00	0,00	390	
395,00	0,00	395	
400,00	0,00	400	
405,00	0,00	405	
410,00	0,00	410	
415,00	0,00	415	
420,00	0,00	420	
425,00	0,00	425	
430,00	0,00	430	
435,00	0,00	435	
440,00	0,00	440	
445,00	0,00	445	
450,00	0,00	450	
455,00	0,00	455	
460,00	0,00	460	
465,00	0,00	465	
470,00	0,00	470	
475,00	0,00	475	
480,00	0,00	480	
485,00	0,00	485	
490,00	0,00	490	
495,00	0,00	495	
500,00	0,00	500	
505,00	0,00	505	
510,00	0,00	510	
515,00	0,00	515	
520,00	0,00	520	
525,00	0,00	525	
530,00	0,00	530	
535,00	0,00	535	
540,00	0,00	540	
545,00	0,00	545	
550,00	0,00	550	
555,00	0,00	555	
560,00	0,00	560	
565,00	0,00	565	
570,00	0,00	570	
575,00	0,00	575	
580,00	0,00	580	
585,00	0,00	585	
590,00	0,00	590	
595,00	0,00	595	
600,00	0,00	600	
605,00	0,00	605	
610,00	0,00	610	
615,00	0,00	615	
620,00	0,00	620	
625,00	0,00	625	
630,00	0,00	630	
635,00	0,00	635	
640,00	0,00	640	
645,00	0,00	645	
650,00	0,00	650	
655,00	0,00	655	
660,00	0,00	660	
665,00	0,00	665	
670,00	0,00	670	
675,00	0,00	675	
680,00	0,00	680	
685,00	0,00	685	
690,00	0,00	690	
695,00	0,00	695	
700,00	0,00	700	
705,00	0,00	705	
710,00	0,00	710	
715,00	0,00	715	
720,00	0,00	720	
725,00	0,00	725	
730,00	0,00	730	
735,00	0,00	735	
740,00	0,00	740	
745,00	0,00	745	
750,00	0,00	750	
755,00	0,00	755	
760,00	0,00	760	
765,00	0,00	765	
770,00	0,00	770	
775,00	0,00	775	
780,00	0,00	780	
785,00	0,00	785	
790,00	0,00	790	
795,00	0,00	795	
800,00	0,00	800	
805,00	0,00	805	
810,00	0,00	810	
815,00	0,00	815	
820,00	0,00	820	
825,00	0,00	825	
830,00	0,00	830	
835,00	0,00	835	
840,00	0,00	840	
845,00	0,00	845	
850,00	0,00	850	
855,00	0,00	855	
860,00	0,00	860	
865,00	0,00	865	
870,00	0,00	870	
875,00	0,00	875	
880,00	0,00	880	
885,00	0,00	885	
890,00	0,00	890	
895,00	0,00	895	
900,00	0,00	900	
905,00	0,00	905	
910,00	0,00	910	
915,00	0,00	915	
920,00	0,00	920	
925,00	0,00	925	
930,00	0,00	930	
935,00	0,00	935	
940,00	0,00	940	
945,00	0,00	945	
950,00	0,00	950	
955,00	0,00	955	
960,00	0,00	960	
965,00	0,00	965	
970,00	0,00	970	
975,00	0,00	975	
980,00	0,00	980	
985,00	0,00	985	
990,00	0,00	990	
995,00	0,00	995	
1000,00	0,00	1000	
1005,00	0,00	1005	
1010,00	0,00	1010	
1015,00	0,00	1015	
1020,00	0,00	1020	
1025,00	0,00	1025	
1030,00	0,00	1030	
1035,00	0,00	1035	
1040,00	0,00	1040	
1045,00	0,00	1045	
1050,00	0,00	1050	
1055,00	0,00	1055	
1060,00	0,00	1060	
1065,00	0,00	1065	
1070,00	0,00	1070	
1075,00	0,00	1075	
1080,00	0,00	1080	
1085,00	0,00	1085	
1090,00	0,00	1090	
1095,00	0,00	1095	
1100,00	0,00	1100	
1105,00	0,00	1105	
1110,00	0,00	1110	
1115,00	0,00	1115	
1120,00	0,00	1120	
1125,00	0,00	1125	
1130,00	0,00	1130	
1135,00	0,00	1135	
1140,00	0,00	1140	
1145,00	0,00	1145	
1150,00	0,00	1150	
1155,00	0,00	1155	
1160,00	0,00	1160	
1165,00	0,00	1165	
1170,00	0,00	1170	
1175,00	0,00	1175	
1180,00	0,00	1180	
1185,00	0,00	1185	
1190,00	0,00	1190	
1195,00	0,00	1195	
1200,00	0,00	1200	
1205,00	0,00	1205	
1210,00	0,00	1210	
1215,00	0,00	1215	
1220,00	0,00	1220	
1225,00	0,00	1225	
1230,00	0,00	1230	
1235,00	0,00	1235	
1240,00	0,00	1240	
1245,00	0,00	1245	
1250,00	0,00	1250	
1255,00	0,00	1255	
1260,00	0,00	1260	
1265,00	0,00	1265	
1270,00	0,00	1270	
1275,00	0,00	1275	
1280,00	0,00	1280	
1285,00	0,00	1285	
1290,00	0,00	1290	
1295,00	0,00	1295	
1300,00	0,00	1300	
1305,00	0,00	1305	
1310,00	0,00	1310	
1315,00	0,00	1315	
1320,00	0,00	1320	
1325,00	0,00	1325	
1330,00	0,00	1330	
1335,00	0,00	1335	
1340,00	0,00	1340	
1345,00	0,00	1345	
1350,00	0,00	1350	
1355,00	0,00	1355	
1360,00	0,00	1360	
1365,00	0,00	1365	
1370,00	0,00	1370	
1375,00	0,00	1375	
1380,00	0,00	1380	
1385,00	0,00	1385	
1390,00	0,00	1390	
1395,00	0,00	1395	
1400,00	0,00	1400	
1405,00	0,00	1405	
1410,00	0,00	1410	
1415,00	0,00	1415	
1420,00	0,00	1420	
1425,00	0,00	1425	
1430,00	0,00	1430	
1435,00	0,00	1435	
1440,00	0,00	1440	
1445,00	0,00	1445	
1450,00	0,00	1450	
1455,00	0,00	1455	
1460,00	0,00	1460	
1465,00	0,00	1465	
1470,00	0,00	1470	
1475,00	0,00	1475	
1480,00	0,00	1480	
1485,00	0,00	1485	
1490,00	0,00	1490	
1495,00	0,00	1495	
1500,00	0,00	1500	
1505,00	0,00	1505	
1510,00	0,00	1510	
1515,00	0,00	1515	
1520,00	0,00	1520	
1525,00	0,00	1525	
1530,00	0,00	1530	
1535,00	0,00	1535	
1540,00	0,00	1540	
1545,00	0,00	1545	
1550,00	0,00	1550	
1555,00	0,00	1555	
1560,00	0,00	1560	
1565,00	0,00	1565	
1570,00	0,00	1570	
1575,00	0,00	1575	
1580,00	0,00	1580	
1585,00	0,00	1585	
1590,00	0,00	1590	
1595,00	0,00	1595	
1600,00	0,00	1600	
1605,00	0,00	1605	
1610,00	0,00	1610	
1615,00	0,00	1615	
1620,00	0,00	1620	
1625,00	0,00	1625	
1630,00	0,00	1630	
1635,00	0,00	1635	
1640,00	0,00	1640	
1645,00	0,00	1645	
1650,00	0,00	1650	
1655,00	0,00	1655	
1660,00	0,00	1660	
1665,00	0,00	1665	
1670,00	0,00	1670	
1675,00	0,00	1675	
1680,00	0,00	1680	
1685,00	0,00	1685	
1690,00	0,00	1690	
1695,00	0,00	1695	
1700,00	0,00	1700	
1705,00	0,00	1705	
1710,00	0,00	1710	
1715,00	0,00	1715	
1720,00	0,00	1720	
1725,00	0,00	1725	
1730,00	0,00	1730	
1735,00	0,00	1735	
1740,00	0,00	1740	
1745,00	0,00	1745	
1750,00	0,00	1750	
1755,00	0,00	1755	
1760,00	0,00	1760	
1765,00	0,00	1765	
1770,00	0,00	1770	
1775,00	0,00	1775	
1780,00</			

ATENÇÃO
- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso haja fatura(s) não relacionada(s) anteriormente em atraso, o fomento poderá ser suspenso a partir de 20/10/2019. Conforme Resolução 414 da ANEEL, o pagamento após esta data não elimina a possibilidade da dívida, suspensão de fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado aos correios para não estelarmos a unidade consumidora para comprovação. Caso não tenha efetuado o pagamento de fatura(s) anterior, desconsidere esta mensagem.
- Fatura sujeita à inclusão em órgão de proteção ao crédito no caso de inadimplência.
- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$21,06.
Atenção: A responsabilidade pela iluminação pública é da prefeitura do município.

Faturas em atraso
Set/19 51,35

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
00190.00009 03087.893008 03332.030174 6 80430000003401
PAGADOR: JOAO PAULO SILVA SANTOS - CPF/CNPJ: 056.667.695-66
POV CABECA DA VACA, 50 - CABECA DA VACA - NOSSA SENHORA DA GLORIA / SE CEP: 49600000
Nosso Nr. 30878930003332030
Nr. Documento 000922917201910
Data de Vencimento 15/10/2019
Valor do Documento R\$ 34,01
Valor Pago
BENEFICIÁRIO: ENERGISA SERGIPE-DISTRIB ENERGIA SA CNPJ 13.017.462/0001-83
Rua Min Apolônio Sales, 81 - Inácio Barbosa - Aracaju / SE - CEP 49040-160

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAP².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu João Marcos Di Oliveira Rosa

inscrito (a) no CPF/CNPJ 000.003.675 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

João Paulo Silva Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 058.657.695 / 96,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDOZ da Vítima João Paulo Silva Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 058.657.695 / 96, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Dos Silos</u>	Número: <u>217</u>	Complemento: <u>Casa - A</u>
Bairro: <u>Silos</u>	Cidade: <u>Nossa Senhora da Glória</u>	Estado: <u>SE</u>
E-mail: <u>marcosdegloria@gmail.com</u>	CEP: <u>49680-000</u>	Tel.(DDD): <u>79-99918-9207</u>

Local e Data: Nossa Senhora da Glória; 11.11.2019

João Marcos Di Oliveira Rosa

Assinatura do Declarante

Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190637849

Vítima: JOAO PAULO SILVA SANTOS

Data do Acidente: 12/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO PAULO SILVA 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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOAO PAULO SILVA SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003303

Conta: 0000025738-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO

NÚMERO DA FICHA _____ DATA **12/8/2019** HORA **17:00**
RECEPCIONISTA **ELIANA**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME **JOAO PAULO SILVA SANTOS** NASC: **22/6/1990** RG: **TROUXE DOCUM**

CARTÃO SUS: **X** IDADE: **29** SEXO: **X** MASC **0** FEM

ENDEREÇO: **POVOADO QUEIMADA DA VACA** Nº **-** BAIRRO: **ZONA RURAL**

MUNICÍPIO: **N SRA DA GLÓRIA** UF: **SERGIPE** CEP: **49680-000**

MÃE: **LUCIENE INACIO DA SILVA** PAI: **GILENO ALVES DOS SANTOS**

RESPONSÁVEL: _____ TEL: _____

PROCEDÊNCIA: _____ QUEIXA: **ACIDENTE DE MOTO**

TIPO ATEND: ☐ 0 URGÊNCIA / EMERGÊNCIA ☐ 0 CL. MÉDICA ☒ X PEDIATRIA ☐ - OBSTETRICA

CASO POLICIAL ☐ ACIDENT. TRAB ☐ TRAUMA ☐ VIO DE AMBULANCIA ☐

EXAMES COMPLEMENTARES: ☐ RAIO - X ☐ SANGUE ☐ URINA

☐ LIQUOR ☐ ECG ☐ TC

SUSPEITA DE VIOLÊNCIA OU MAUS TRATOS: ☐ SIM ☐ NÃO

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM: _____ USO DE MEDICAÇÃO: ☐ SIM ☐ NÃO

Trouxe em substituição (E) _____ ALEX. Enfermagem _____ QUAIS: _____
CORREÇÃO 16.172

DADOS CLÍNICOS _____ DATA PRIMEIROS SINTOMAS _____

DIAGNÓSTICO: _____ CID: _____

PRESCRIÇÃO _____ HORÁRIO DA MEDICAÇÃO _____

RX no ombro G.
1. Droguidolamp 1 Magro
2. Niprona 01 mg 1 Magro
3. Examinatório
yi 01 mg 1 Magro
Juliana Cotrim
CRM/SE 6231

DATA DA SAÍDA *auto resumo* _____ HORA DA SAÍDA _____

ALTA ☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ DESISTÊNCIA ☐

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR): _____

TRANSFERÊNCIA (UNIDADE DE SAÚDE): *Unidade Regional de Saúde*

OBITO: ☐ ATÉ 48 HS ☐ APÓS 48 HS HORA DO ÓBITO: _____

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL _____ ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO _____

19/9
Juliana Cotrim
Médica
CRM/SE 6231

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

DE ORIGEM

HOSPITAL REGIONAL GOV. JOÃO ALVES FILHO - N. S^ª DA GLÓRIA/SE

PARA REFERÊNCIA

Hosp. Regional Gov. João Alves

DA UNIDADE DE REFERÊNCIA

ENCAMINHANDO O PACIENTE

para o Hospital de São

M

NASCIDO EM

26.05.1942

MATRÍCULA

PROBLEMA DE SAÚDE NECESSITA DE UM TIPO DE ATENDIMENTO QUE ESTA UNIDADE NÃO OFERECE.

DA CONSULTA / IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS OU PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Neuroma em omeio E

S A QUE FOI SUBMETIDO O PACIENTE, SEUS RESULTADOS E CONDUTA ADOTADA (RESUMO DOS PRINCIPAIS ACHADOS DO EXAME E DOS EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS ANTES DA SOLICITAÇÃO DO ENCAMINHAMENTO)

1. Imagem na
2. Radiografia

DO ENCAMINHAMENTO

Av. de la pedreira

Juliana Cotrim

Médica
CRM/SE 6231

TIPO DO ENCAMINHAMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

No. DO BE: 695 55
CNS:DATA: 12/08/2019 HORA: 19:34 USUARIO: CFSLIMA
SETOR: 04-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOAO PAULO SILVA SANTOS DOC...: 3,480,408
IDADE: 29 ANOS NASC: 22/06/1990 SEXO...: MASCULINO
ENDEFECO...: POV CABECA DA VACA NUMERO:
COMPLEMENTO : CASA BAIRRO: ZR
MUNICIPIO...: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE CEP...: 49680-000
NOME PAI/M : GILENO ALVES DOS SANTOS /LUCIENE INACIO DA SILVA
RESPONSAVE : A ESPOSA TEL...: 079.9909-972
PROCEDENC : NSA SRA DA GLORIA - SE
ATENDIMEN : TORCAO MEMBROS SUPERIORES
CAUSO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE...: NAO TRAUMA: NAO
AC D. TR ALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

EXAMES COMPLEMENTARES: ☒ RAIO X ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ TC
☐ LIQUOR ☐ ECG ☐ ULTRASSONOGRAFIAHISTÓRIA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: ☐ SIM ☐ NAO

HISTÓRIA CLINICA: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 12/08/2019

HISTÓRIA DA DOENÇA: LACERACAO CUTANEA A (E)

SINAIS E SINTOMAS DA ENFERMAGEM:

LACERACAO CUTANEA

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Rx curativo e pp. ferida: L.A.C. Grau II

DATA DA SAIDA:

HORA DA SAIDA:

ALTA: ☐ DECISAO MEDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASAO ☐ DESISTENCIA
☐ ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): A MAIORES

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: ☐ ATE 48HS ☐ APOS 48HS ☐ FAMILIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL

Assinatura do paciente/responsável

ASSINATURA E CRIMBO DO MEDICO

Antonio de Jesus
Técnico em Radiologia
CRTR 373 TDr. Leonardo Passos Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM 42287/EST 14309

UNIDADE DE ORIGEM

HOSPITAL REGIONAL GOV. JOÃO ALVES FILHO - N. Sª DA GLÓRIA/SE

UNIDADE PARA REFERÊNCIA

Hosp. Regional de Itaboraí

ENDEREÇO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA

ESTAMOS ENCAMINHANDO O PACIENTE

João Paulo Silva S/O

SEXO

M

NASCIDO EM

26.06.1990

MATRÍCULA

CUJO PROBLEMA DE SAÚDE NECESSITA DE UM TIPO DE ATENDIMENTO QUE ESTA UNIDADE NÃO OFERECE.

MOTIVO DA CONSULTA / IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS OU PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Trauma em ombro E

ESTUDOS A QUE FOI SUBMETIDO O PACIENTE, SEUS RESULTADOS E CONDUTA ADOTADA (RESUMO DOS PRINCIPAIS ACHADOS DO EXAME CLÍNICO E DOS EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS ANTES DA SOLICITAÇÃO DO ENCAMINHAMENTO)

RX ombro

1. Hipoxia

2. Pseudotumor

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Av. ortopedista

DATA DO ENCAMINHAMENTO

12.08.19

Juliana Catrim
Tarcia
CRM/SE 5231

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO



HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Receituário

SOM PAULO SILVA LAMIM

RESUMO MEDICO

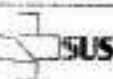
O PACIENTE LAMIM PAULO COM
DIAGNOSTICO DE LUXACAO
ACROMIOMETOPLICA E
RACHO TR. S. UNICO.

ANALISE DE C/ LUXACAO
CONSOLIDADA REABILITADO

CID: S-431

Dr. Antonio E. Lara Arce
22/10/19

Dr. Antonio E. Lara Arce
Ortopedia Traumatologia
CRM 2806 TEOT 6629

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		Medico <i>(assinatura)</i>	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				Identificação do Paciente			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <i>HRI</i>				2 - NOME DO PACIENTE <i>WANDERSON SILVA JACON</i>			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <i>HRI</i>				4 - NOME DO RESPONSÁVEL <i>Caroline Altmeyer Cassiano</i>			
5 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO) <i>Pq. Cabeço da Vaca</i>				6 - DATA DE NASCIMENTO <i>23/06/1990</i>			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <i>12345678901234567890</i>				8 - CID 10 PRINCIPAL <i>S-431</i>			
9 - CID 10 SECUNDÁRIO <i>S-431</i>				10 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS <i>S-431</i>			
11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Vila Sítio da Glória</i>				12 - CÓD. REG. MUNICÍPIO <i>123456789</i>			
13 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO <i>WANDERSON SILVA JACON</i> <i>21.</i>				14 - TELEFONE DE CONTATO <i>04.08.01.018-3</i>			
15 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>PK CASHW 13A DP</i>				16 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>040801018-3</i>			
17 - DIAGNÓSTICO FINAL <i>DM - Demência</i>				18 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>040801018-3</i>			
19 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>11/11/2020</i>				20 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>(assinatura)</i>			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
21 - CID 10 PRINCIPAL <i>S-431</i>		22 - CID 10 SECUNDÁRIO <i>S-431</i>		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS <i>S-431</i>		24 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>040801018-3</i>	
25 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>11/11/2020</i>		26 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>(assinatura)</i>		27 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>(assinatura)</i>		28 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>(assinatura)</i>	
AUTORIZAÇÃO							
29 - CID 10 PRINCIPAL <i>S-431</i>		30 - CID 10 SECUNDÁRIO <i>S-431</i>		31 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS <i>S-431</i>		32 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>040801018-3</i>	
33 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>11/11/2020</i>		34 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>(assinatura)</i>		35 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>(assinatura)</i>		36 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>(assinatura)</i>	



Nome:

Paulo Silva Santos

Idade:

Enfermaria:

Leito:

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA E DIETA

1º TURNO	2º TURNO	3º TURNO
07:00 AS 13:00	13:00 AS 19:00	19:00 AS 07:00
Ass.	Ass.	Ass.

03/09/19	1. DIETA LÍQUIDA	5ND		
	2. 1000 ml de leite de vaca cozido	800		
	3. 1000 ml de suco de laranja	10		
	4. 1000 ml de chá de erva-doce	10		
	5. 1000 ml de água de coco	10		
	6. 1000 ml de água	10		
	7.			
	8.			
	9.			
	10.			
	11.			
	12.			
	13.			
	14.			
	15. DIETA LÍQUIDA	5ND		
	16. 1000 ml de leite de vaca cozido	800		
	17. 1000 ml de suco de laranja	10		
	18.			
	19.			
	20.			
	21.			
	22.			
	23.			
	24.			
	25.			
	26.			
	27.			
	28.			
	29.			
	30.			

Dr. Roberto S. Lima Filho
Ouro Preto - 35001-000

Dr. Roberto S. Lima Filho
Ouro Preto - 35001-000

Dr. Roberto S. Lima Filho
Ouro Preto - 35001-000

Dr. Roberto S. Lima Filho
Ouro Preto - 35001-000

UNIDADE HOSPITALAR: *Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho*

SETOR:

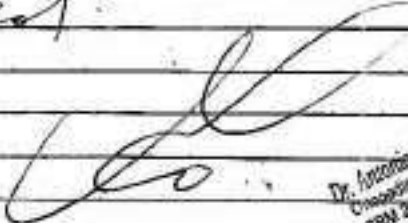
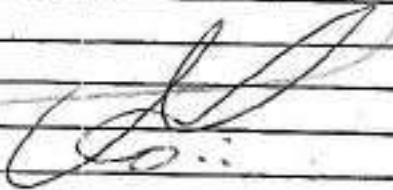
LEADS

PAGE# 1000 PWD SUP TEND

PAGE

SEX:

REG

DATA	HISTÓRICO
03/09	P.D. 172000000. Dado Gmmd WxDSM Acmmdcmmdm 201  Dr. Antônio E. Leite Alves Oncologia Translacional CRM 2806 TEOT 9820
09/09	10 DDD RAFI Wx Acmmd Cmmdmmd. WxDSM Acmmdcmmdm 201 Rafidcmmdmmdm  Dr. Antônio E. Leite Alves Oncologia Translacional CRM 2806 TEOT 9820

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

UNIDADE HOSPITALAR

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR: *Plano de Emergência*

LEITO: *E6*

PACIENTE: *JOÃO PAULO SILVA SANTOS*

IDADE: *29*

SEXO: *M*

REG:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	Glicemia
<i>03-09-19</i>	<i>9h</i>	<i>Paciente admitido neste setor proveniente de sua residência em companhia de familiares. Foi encaminhado para o Dr. Antunes para avaliação e alguns procedimentos. Foi visto desde as 24h de ontem.</i>					
	<i>12:50</i>	<i>Paciente encaminhado ao C.C. nos cuidados de Juciana.</i>					
<i>03-09-19</i>	<i>13h</i>	<i>Paciente, homem, digo, admitido neste setor centro cirúrgico proveniente da clínica ortopédica em cadeira de rodas, consciente, orientado, verbalizado, nega dor. Foi medicado em companhia de funcionário. Para o subseqüente procedimento cirúrgico: fratura de clavícula E, assepsia da área. As. Encaminhado para o posto em mesa cirúrgica onde pôs dorsal, monitorizado, realizado AP em MSD com gesso no 8. Início com SBL 148g por min.</i>				<i>118 SPO2</i>	
		<i>14:20</i>				<i>78 SPO2</i>	
		<i>Início do ato anestésico, anestesia geral, realizado entubação oral tubo nº 8.0, procedimento realizado com sucesso por Dr. Roberto.</i>					
		<i>14:28</i>					
		<i>Início do ato cirúrgico, parte estável, monitorizado em mesa cirúrgica em decubito dorsal, entubado, tubo oral nº 8.0, em uso de AP em MSD + SBL + medicamento, bisturi e fio. Placa dispersiva em MTP em região da panturrilha. As 14:40h trans. Operatório segue em andamento.</i>				<i>108 SPO2</i>	
		<i>14:45</i>				<i>71 SPO2</i>	
		<i>Termino do ato cirúrgico: fratura de garraço clavicular E, procedimento realizado com sucesso por</i>					

João Paulo Silva Santos
Un. de Enfermagem
CORRENTE 718.173

João Paulo Silva Santos
Un. de Enfermagem
CORRENTE 718.173

IV - DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

☒ Ansiedade	☐ Memória prejudicada	☐ Risco de função respiratória alterada
☐ Automutilação	☐ Mobilidade física prejudicada	☐ Risco de glicemia instável
☐ Comunicação verbal prejudicada	☐ Náusea	☐ Risco de integridade da pele prejudicada
☐ Conforto prejudicado	☐ Nutrição desequilibrada	☐ Risco de integridade tissular prejudicada
☐ Confusão	☐ Padrão de sono alterado	☐ Risco de intolerância à atividade
☐ Desatubulação prejudicada	☐ Padrão respiratório ineficaz	☒ Risco de infecção
☐ Débito cardíaco diminuído	☐ Perfusão tissular ineficaz	☐ Risco de queda
☐ Déficit no autocuidado com alimentação/banho/higiene	☐ Retenção urinária	☒ Risco de sangramento
☐ Deglutição prejudicada	☐ Termorregulação ineficaz	☐ Risco de temperatura corporal desequilibrada
☐ Desobstrução ineficaz das vias aéreas	☐ Troca de gases prejudicada	☐ Risco de volume de líquidos deficientes
☒ Dor aguda	☐ Ventilação espontânea prejudicada	☐ OUTROS:
☐ Dor crônica	☐ Volume de líquidos deficiente	
☐ Diarreia	☐ Volume de líquidos excessivo	
☐ Eliminação urinária prejudicada	☐ Risco de aspiração	
☐ Fadiga	☐ Risco de automutilação	
☐ Intolerância à atividade	☐ Risco de choque	
☐ Incontinência urinária	☐ Risco de confusão mental	
☐ Incontinência intestinal	☐ Risco de constipação	
☒ Integridade da pele prejudicada	☐ Risco de débito cardíaco diminuído	
☐ Integridade tissular prejudicada	☐ Risco de distúrbio hídrico-eletrolítico	
☐ Medo	☐ Risco de função cardiovascular prejudicada	

V - PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

INTERVENÇÕES	APRAZAMENTO
Perseguir ambiente calmo e tranquilo para o paciente;	Atenção
Administrar medicação para dor conforme prescrição, se queixa de dor;	Atenção
Observar sinais e sintomas de infecção;	Atenção
Realizar limpeza em incisões cirúrgicas diariamente;	Atenção

VI - EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

08/04 - Paciente no leito, acordado, consciente, orientado, responsivo, respondendo as solicitações verbais, em uso de AVP em 12/50 com oximetria e curativo limpo e seco em incisão cirúrgica. Refere estar sentindo dor em FO, mas náusea, vômito e tontura. Segue sob o cuidado da equipe?

Assinatura e carimbo:

 Santos

COTENISE 641596



HOSPITAL REGIONAL DE TABOIANA
DRº PEDRO GARCIA MORENO FILHO
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE
PROCESSO DE ENFERMAGEM
UNIDADE PRODUTIVA: 2. Urgência



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: João Paulo Silva Santos IDADE: 29 ANOS LEITO: E 6 DATA: 03/04/19
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Queda de oxímia - elavicular (E) DIAS DE INTERNAÇÃO: 1

II - HISTÓRIA CLÍNICA

ANTECEDENTES PESSOAIS:

() HAS () Estilismo ALERGIAS:
() DM () Tabagismo () NÃO
() Cardiopatias: () Outros: () SIM:

MEDICAÇÕES EM USO:

SINAIS VITAIS:

PA: 96/7 SpO2: 96%
FC: 70 bpm HGT:
FR: Tax:

III - EXAME FÍSICO

1.1. SISTEMA NEUROLÓGICO

☒ Consciente ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Sedado ☐ Peripneico ☐ Comatoso ☐ Agitado ☐ Reage a Estímulos ☐ Não Reage	PUPILAS ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas: à _____ ☐ Mióticas ☐ Midriáticas ☒ Fotorreagentes ☐ Não Reagentes	MOBILIDADE FÍSICA MMES ☒ Preservada ☐ Paresia à _____ ☐ Parestesia à _____ ☐ Plegia à _____ MMII ☒ Preservada ☐ Paresia à _____ ☐ Parestesia à _____ ☐ Plegia à _____	ESCALA DE COMA DE GLASGOW: <u>13</u> AO: <u>4</u> RV: <u>2</u> RM: <u>7</u>		
			Espontânea 4 A voz 3 A dor 2 Ausente 1	Orientada 5 Confusa 4 Palavras inapropriadas 3 Palavras incompreensíveis 2 Ausente 1	Obedece comandos 6 Localiza dor 5 Movimento de retirada 4 Flexão anormal 3 Extensão anormal 2 Ausente 1

1.2. SISTEMA RESPIRATÓRIO

☒ Eupneico ☐ Dispneico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico ☐ Tr. Intercoastal ☐ Tr. Subcoastal ☐ Uso de m. acessória	AUSCULTA PULMONAR Murmúrios Vesiculares ☒ Presentes ☐ Diminuídos à _____ Ruídos Adventícios ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores	VENTILAÇÃO ☒ Ambiente ☐ Cateter _____ ☐ Venturi _____ ☐ Hudson _____ ☐ TOT () TQT Modo: _____ FIO2: _____ VOL: _____ FR: _____ IE: _____ Tint: _____ Pisp: _____ PS: _____ PEEP: _____	DRENO DE TÓRAX ☐ SIM ☒ NÃO Data: _____ Secreção: _____ Volume: _____ ml	☒ Normocárdico ☐ Taquicárdico ☐ Bradicárdico ☐ Normotenso ☐ Hipertenso ☐ Hipotenso	PULSO ☒ Cheio ☐ Filiforme ☐ Ritm. co ☐ Arritmico TEC ☒ ≤ 2 seg ☐ ≥ 2 seg
--	--	--	---	--	---

1.4. SISTEMA GASTROINTESTINAL

☒ Plácido ☐ Tenso ☒ Plano ☐ Globoso DRENO ☐ Sim ☒ Não Data: _____ Secreção: _____ Volume: _____ ml	RHA: ☒ Presente ☐ Ausente	☐ Anúria ☐ Oligúria ☐ Polaciúria ☐ Hematúria ☐ Colúria ☐ Disúria ☐ Bexígonia	☐ Espontâneas ☐ Cistostomia ☐ SVD Data: _____ ☒ Acianótica ☒ Cianótica ☐ Ictérica	PELE ☒ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Acianótica ☒ Anictérica ☐ Ictérica	LESÃO POR PRESSÃO Local: _____ Grau: _____ Local: _____ Grau: _____ Local: _____ Grau: _____	EDEMA ☐ MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE
--	---	---	---	---	--	--

1.7. NUTRIÇÃO

☒ Oral ☐ SNG ☐ NPT Vazão: _____ ☐ SNE Vazão: _____ Secreção: _____ Volume: _____	1.8. ACESSO VENOSO ☒ AVP Data: <u>03/03</u> Local: <u>22</u> ☐ AVP Data: _____ Local: _____ ☐ AVP Data: _____ Local: _____ ☐ AVC Data: _____ Local: _____ ☐ AVC Data: _____ Local: _____	1.9. DROGAS VASOATIVAS ☐ Noradrenalina _____ ml/h ☐ Nitroprussiato _____ ml/h ☐ Nitroglicerina _____ ml/h ☐ Dopamina _____ ml/h ☐ Dobutamina _____ ml/h ☐ SEM USO	1.10. SEDAÇÃO ☐ Fentanil _____ ml/h ☐ Midazolam _____ ml/h ☐ Propofol _____ ml/h Outros: _____ ml/h ☐ SEM USO	1.11. DROGAS EM BIC ☐ Amiodarona _____ ml/h ☐ Bicarbonato _____ ml/h ☐ Insulina _____ ml/h Outros: _____ ml/h ☐ SEM USO
--	--	--	---	---

Anotações:

Assinatura e carimbo:

João L. Santos
Enfermeiro

Descrição	Und	Qtde
Agulha descartável 40x10, 25x7	Und.	4
Alcool 70%	Und.	30
Atadura Algodão Ortop.	Und.	-
Atadura Crepe 10cm	Und.	2
Atadura Crepe 15cm	Und.	4
Atadura Crepe 30cm	Und.	-
Atadura Gessada 10cm	Und.	-
Atadura Gessada 20cm	Und.	-
Azul de Metileno	MI	-
Bola de Algodão	Und.	-
Canalizador P' Oxigenoterapia (óculos)	Und.	1
Canalizador Cromado C/Agulha 0	Und.	01
Canalizador Cromado S/Agulha	Und.	-
Canalizador Simples C/Agulha	Und.	-
Canalizador Simples S/Agulha	Und.	-
Clorexidina alcólica	ml	50
Clorexidina aquosa	ml	-
Clorexidina degermante	ml	-
Coletor de Urina Simples	Und.	-
Coletor de Urina Fechado	Und.	-
Compressa Campo Op. Gde	Und.	10
Compressa Campo Op. Pna.	Und.	-
Compressa de Gaze 7,5 x 7,5	Und.	50
Cotonete	Und.	-
Cotonete Estéril	Und.	-
Dreno de Penrose nº. 01	Und.	-
Dreno de Penrose Nº. 02	Und.	-
Dreno de Penrose Nº. 03	Und.	-
Equipo Macro Gotas	Und.	1
Equipo Micro Gotas	Und.	-
Equipo P/Sangue	Und.	-
Espandrapo Comum	Cm.	50
Ethibond	Und.	-
Filtro de barreira	Und.	-
Fio de Algodão	Und.	-
Fita Adesiva Hospitalar	Cm.	-
Escola C/ Dejeção	Und.	4
Formol Líquido	MI	-
Gaze Algodoadas	Und.	-
Gelo 1kg. 18	Und.	1
Injecath	Und.	-
Lâmina de Bisturi nº 21	Und.	1
Luva Cirúrgica Descartável	Und.	6
Malha Tubular	Und.	-
Microfone	cm	-

Assinatura da Enfermagem (por extenso)

Descrição	Und	Qtde
Mononylon Comum 2-0	Und.	01
Povidine Degermante	MI	-
Povidine Tópico	MI	80 ml
Prolene	-	-
Scaip	Und.	-
Seringa Descartável 1ml	Und.	-
Seringa Descartável 3ml	Und.	1
Seringa Descartável 5ml	Und.	1
Seringa Descartável 10ml	Und.	1
Seringa Descartável 20ml	Und.	1
Sonda de aspiração Traqueal 14 x 1/4	Und.	01
Sonda de Foley 2vias	Und.	-
Sonda de Foley 3 vias	Und.	-
Sonda (tubo) Endot. C/ Balão nº 8	Und.	01
Sonda (tubo) Endot. S/ Balão	Und.	-
Sonda (tubo) Endot. Aramado	Und.	-
Sonda Nasoenteral	Und.	-
Sonda Nasogástrica	Und.	-
Sonda Retal	Und.	-
Sonda Uretal de Nelaton	Und.	-
Torneirinha 3-vias multirres	Und.	1
Vicril	Und.	-
Agulha Desc. P/Bloqueio	Und.	-
Dreno de Sucção	Und.	-
Dreno de Tórax	Und.	-
Luvas (par) 7,0	Und.	1
Luvas (par) 7,5	Und.	1
Luvas (par) 8,0	Und.	01
Luvas (par) 8,5	Und.	-
Máscaras Descartáveis	Und.	5
Gorro	Und.	5
Pro pé	Par	2
Latex	Und.	5
Eletrodos	Und.	5
Ar Comprimido	Hora	8m 45s
Bisturi Elétrico	Hora	17
Monitor Cardíaco (cardioscópio)	Hora	17
Oxigênio	Hora	17
Oxímetro de Pulso	Hora	17
N20 (protóxido de azoto)	Hora	17
Sala de Recuperação	Taxa	17
Vácuo	Hora	17
Furadeira	Hora	17

Assinatura da Enfermagem (por extenso)

Medicação e Material Médico - Cirúrgico

João Paulo Silva Santos

Data: 03-09-19

Lote: E-05

Descrição	Und	Qtde
Adrenalina Sol. Molesimal	Amp.	
Água bidestilada 10ml	Amp.	
Água Oxigenada	Fr.	
Amicacina 100mg	Amp.	
Amicacina 250mg	Amp.	
Aminofilina	Amp.	
Ampicilina 1gr	Amp.	
Ampicilina 500mg	Amp.	
Ampicilil	Amp.	
Atropina (sulfato) 1ml	Amp.	
Bicarbonato de Sódio 8.4%	Amp.	
Bilacopan 5ml	Amp.	
Cataflam (diclofenaco)	Amp.	
Cedilanide 0.4mg	Amp.	
Cisatracurio	Amp.	
Clexane 20mg	Amp.	
Clexane 40mg	Amp.	
Clindamicina	Amp.	
Clonidin	Amp.	
Clofenicol 1gr	Amp.	
Cloreto Potássio 19.1%	Amp.	
Cloreto de Sódio 20%	Amp.	
Decadron 4mg	Amp.	01
Diazepam (valium) 10mg	Amp.	
Dimorf 1mg	Amp.	
Dimorf 0.2mg	Amp.	
Dimorf 10mg (morfina)	Amp.	
Diprivan	Amp.	
Dolantina	Amp.	
Dormonid 15mg	Amp.	
Dormonid 5mg	Amp.	
Efonil 0.1gr	Amp.	
Esmeron	Amp.	
Etonidazo	Amp.	
Fenergan 50mg	Amp.	
Fentanil 2ml 10ml	Amp.	
Flumazenil 0.1mg	Amp.	
Garamicina 10mg	Amp.	
Garamicina 20mg	Amp.	
Garamicina 40mg	Amp.	
Garamicina 80mg	Amp.	
Guardal 200ml	Amp.	
Glicose 25%	Amp.	
Glicose 50%	Amp.	

Descrição	Und	Qtde
Gluconato de Cálcio	Amp.	
Heparina 5000 UI/ml	Amp.	
Hidantal 250mg	Amp.	
Insulina	Amp.	
Kanakion	Amp.	
Kefazol 1g	Amp.	02
Keflin	Amp.	
Ketalar 50mg - 10ml	Amp.	
Lasix 20mg	Amp.	
Marcaína 0.5% c/v - 20ml	Amp.	
Marcaína Pesada 4ml	Amp.	
Megapen 5.000.000 UI	Amp.	
Metronidazol 500mg (flagyl)	Fr	
Nausedron 8mg	Amp.	01
Neomicina pomada	Gr	
Nibium	Amp.	
Nilperidol	Amp.	
Novalgina (dipirona)	Amp.	02
Omeprazol 20	Amp.	01
Rancuronio	Amp.	01
Pavulon	Amp.	
Plasil	Amp.	01
Profenid 50	Amp.	01
Propofol	Amp.	01
Prostigmine 0.5mg	Amp.	
Quelicin 100mg	Amp.	
Quelicin 500mg	Amp.	
Ranitidina	Amp.	01
Remifentanil 2mg	Amp.	
Ringer Lactato 500ml	Fr	3
Rocefin 1mg	Amp.	
Rocefin 500mg	Amp.	
Sevoflurano	Fr	
Solu-cortef 500mg	Amp.	
Solu-cortef 100mg	Amp.	
Soro Fisiológico 0.9% 500ml	Amp.	01
Soro Glicosado 5% 500ml	Amp.	01
Sulfato de Magnésio 50%	Amp.	
Tramal 100 mg	Amp.	
Xilocaina 1% c/v	Amp.	
Xilocaina 1% s/v	Amp.	01
Xilocaina 2% c/v	Amp.	01
Xilocaina 2% s/v	Amp.	
Xilocaina Geléia	Fr.	

Assinatura da Enfermagem (por extenso)

KIPRO 400mg
 Bromoprida
 Fr 01

Maria Aparecida dos Santos Lima
 T4 - Enfermagem
 COREN-SE 308.545

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Nome do Paciente:

JOÃO PEDRO SILVA SANTOS

Diagnóstico Pré-operatório:

LESÃO DE TENDÃO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR

Cirurgia realizada:

ARTROSCOPIA DE JOELHO

Cirurgião:

DR. ANTONIO S. LOPES

Anestesiologista:

Anestesiologista:

DR. ROBERTO

Anestesia:

Diagnóstico Pós-operatório:

LESÃO DE TENDÃO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. MARCA-POSIÇÃO
2. PREPARAÇÃO DO CAMPO
3. INSERÇÃO DO TUBO
4. REALIZAÇÃO DA ARTROSCOPIA
5. FIXAÇÃO DO TENDÃO CRUZADO ANTERIOR
6. SUTURA DO TENDÃO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR
7. SUTURA DO TENDÃO DO LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR
8. SUTURA DO TENDÃO DO LIGAMENTO CRUZADO LATERAL

Dr. Antonio S. Lopes
Ortopedia Traumatologia
CRM 2838 TEND 5529

03/09/19

Data:

Assinatura do cirurgião

FICHA DE ANESTESIA

NOME: JOÃO PAULO SILVA SANTOS Nº PRONTUÁRIO: 704287
 CONVENIO: SUS DATA: 03.07.2019 SEXO: MDC COR: PB IDADE: 29 PESO:
 NATURAL: EST. CIVIL: SANGUE:
 SETOR MÉDICO: AMBULATÓRIO: APTº: E. FÍSICO(ASA): 01 (F)
 DIAG. PRE-OP: LUXAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR A ESPONDA
 CIRURGIA PROPOSTA: REDUÇÃO CIRURGICA DA LUXAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR R.F.
 DIAG. PÓS-OP: COMPLUTADO
 CIRURGIA REALIZADA: REDUÇÃO CIRURGICA DA LUXAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR
 PRE-ANESTÉSICO: ESPONDA CI FIXAÇÃO HORA: EFEITO:
 CIRURGIÃO: Dr. ALEXANDRE LARA 1º AUXILIAR: MIRIAM SOUZA
 2º AUXILIAR: INSTRUMENTADOR: JOSEPHINE SILVA
 AGENTE HORA: 150 160 170 1800

[illegible][illegible][illegible]

FICHA DO ATO CIRÚRGICO

Roberto Menzies
Anestesista
CREMESA 691

ELETRCARDIOGRAMA DE REPOUSO

Dados do Paciente

Nome: João Paulo Silva Santos

Data de Nascimento: 22/06/1990

Sexo: Masculino

Dados do Exame

Exame: 4261/2019

Data: 16/08/2019

Convênio: Particular

Responsável: Dr. Lauro Costa de Oliveira

CRM: 3241 - SE

Lauda

RTMO: Sinusal

FC: 50 bpm

P: 80 mms

P-R: 160 mms

S/QRS: +90 graus

CONCLUSÃO:

- Bradicardia sinusal com frequência cardíaca de 50 sístoles por minuto.

Dr Lauro Costa de Oliveira

Cardiologia/Ergometria

CRM 3241 - SE

Assinado Eletronicamente

Av. Dourival Batista, 157 - Centro - N. Senhora da Glória/SE - (79) 3411-1200 / 3411-2018 / 3411-1134

Rua Alcino Alves de Oliveira, 32 - Centro - N. Senhora da Glória/SE

Rua Otávio Fernandes de Souza, 391 - Canindé do São Francisco/SE - (79) 3346-1129

email: clinicasagradafamilia@hotmail.com



Exame: 4261

Reg. Clin.:

Data: 16/08/2019

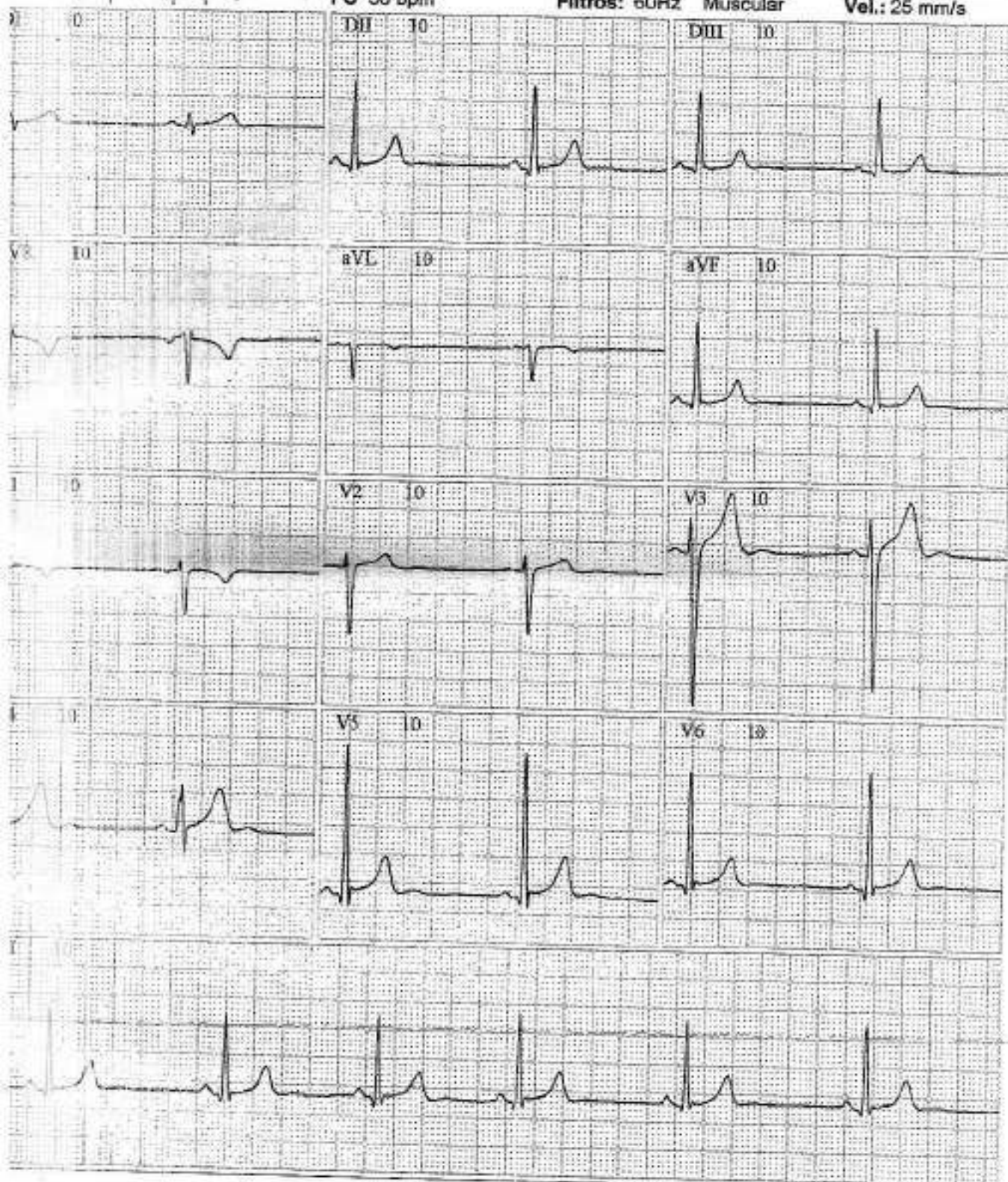
Nome: JOAO PAULO SILVA SANTOS

Nasc.: 22/06/1990

FC 50 bpm

Filtros: 60Hz Muscular

Vel.: 25 mm/s



FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Definitivo...: 27695
Numero do CNS.....: 0000000000000000
Nome.....: JOAO PAULO SILVA SANTOS
Documento.....: 3,480,408-0 Tipo :
Data de Nascimento: 22/06/1990 Idade: 29 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: GILENO ALVES DOS SANTOS
Nome da Mae.....: LUCIENE INACIO DA SILVA
Endereco.....: POV CABECA DA VACA CASA
Município.....: ZR Cep.: 49680-000
Telefone.....: 079.9909-7972
Origem.....: 2804508 - - SE
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Município.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Tipo de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 704287
Clínica.....: 100 - ENF "A" ADULTO - CIRURG
Valor.....: 999.1769
Data da Internacao: 03/09/2019
Hora da Internacao: 08:27
Solicitante: 789.410.595-34 - ANTONIO ESTEBAN LARA ARCE
Motivo da Solicitação: *NÃO INFORMADO*

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

No. Registro.: 27695

Numero do CNS: 0000000000000000

Nome.....: JOAO PAULO SILVA SANTOS

Documento.....: 3,480,408-0 Tipo:

Nascimento....: 22/06/1990

Estado Civil.:

Idade.....: 29 - ANOS Cor:

Sexo.....: MASCULINO

Responsavel...: GILENO ALVES DOS SANTOS

Nome da Mae...: LUCIENE INACIO DA SILVA

Endereco.....: POV CABECA DA VACA, CASA CEP: 49680.000

Telefone.....: 079.9909-7972

Bairro.....: ZR

Município.....: 2804508 - NOSSA SENHORA DA GLORIA - SE

Nacionalidade: BRASILEIRO

Naturalidade.: SERGIPE

Cadastramento: 3/09/2019



HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Receituário

SONO PAULO SILVA LAMM

RESUMO MEDICO

O PACIENTE SUPRACITADO COM
DIAGNOSTICO DE LUXACAO
ACROMIoclavicULAR E
REACAO TX. SINCUA.

ANALISANDO C/ LUXACAO
CONSOLIDADA REABILITADO

CID: S-431

22/10/15

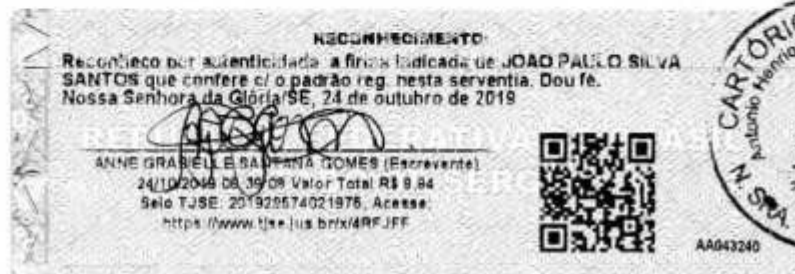
Dr. Antonio E. Lara Arce
Ortopedia Traumatologia
CRM 2000 TEO 6029

**PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE
PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

Por este instrumento particular, eu (nome completo) João Paulo Silva Santos
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Advogado, portador da cédula
de identidade RG nº 3480408-0, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 058.657.693-96, residente na (endereço
completo) Rua Labrea Da Vaza, na cidade de
N. Sra. Da Glória (UF) SE, CEP 49.680-000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) Jose Marcos Du O. Rosa
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Consultor, portador da cédula
de identidade RG nº 21233829, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na (endereço
completo) Rua Dos Silos, na cidade de
N. Sra. Da Glória, (UF) SE, CEP 49.680-000, a quem confiro
amplos e gerais poderes para , tratar , requerer, assinar papéis e
documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO
SEGURO DPVAT** da vítima (nome da vítima) João Paulo Silva Santos
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) N. Sra. Da Glória 24.10.19

(assinatura) João Paulo Silva Santos
(RG) 3480408-0



OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0399704/19

Vítima: JOAO PAULO SILVA SANTOS

CPF: 058.657.695-96

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 12/08/2019

Titular do CPF: JOAO PAULO SILVA SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA : 020.003.675-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOAO PAULO SILVA SANTOS : 058.657.695-96

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 13/11/2019
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2019
Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO
CPF: 221.365.090-04

JOSE MARINO GOYA ARAUJO

Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190637849

Vítima: JOAO PAULO SILVA SANTOS

Data do Acidente: 12/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO PAULO SILVA 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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 058.657.695-96 4 - Nome completo da vítima: João Paulo Silva Santos

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

5 - Nome completo: João Paulo Silva Santos 6 - CPF: 058.657.695-96
7 - Profissão: Camaradeiro 8 - Endereço: Povoado Calvea da Vaca 9 - Número: S/N 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Área Rural 12 - Cidade: Nossa Senhora da Glória 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49680-000
15 - E-mail: marcosdegloria@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 79-999189207

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR: ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3303 CONTA: 25738 6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascer? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário (se aplicável)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Nossa Senhora da Glória, 11-11-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CAIXA

POUPANÇA



603689 0010 58787 6087

JOAO PAULO SILVA SANTOS
05/21

MasterCard

3303 013 00025738-6

débito



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



BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 118674/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/11/2019 10:30 Data/Hora Fim: 11/11/2019 11:10
Delegado de Polícia: Fabio Santos Santana

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Delegacia Regional de Nossa Senhora da Glória Aisp
Data/Hora do Fato: 12/08/2019 16:30

Local do Fato

Município: Nossa Senhora da Glória (SE)
Logradouro: POVOADO TANQUE DE PEDRAS

Bairro: Povoado

CEP: 49.680-000

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOAO PAULO SILVA SANTOS (VÍTIMA , COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: SE - Nossa Senhora	Sexo: Masculino	Nasc: 22/06/1990
Profissão: Agricultor			
Estado Civil: Casado(a)			
Nome da Mãe: Luciene Inacio da Silva Santos	Nome do Pai: Gileno Alves dos Santos		

Endereço

Município: Nossa Senhora da Glória - SE
Logradouro: povoado cabeça da vaca

CEP: 49.680-000

Telefone: (79) 9909-7972 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição HONDA/C100 BIZ ES	CPF/CNPJ do Proprietário 267.056.055-53
Placa HZU5359	Renavam 769438237
Número do Chassi 9C2HBA0710YR260578	Ano/Modelo Fabricação 2000/2000
Cor VERMELHA	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Nossa Senhora da Glória	Marca/Modelo HONDA/C100 BIZ ES
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Joao Paulo Silva Santos	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

RELATA O noticiante que na data acima citada, trafegava pela estrada de chão que dá acesso ao Povoado Tanque de Pedra, quando colidiu frontalmente com uma outra motocicleta que vinha em sentido contrario trafegando na contra mão.



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 186602019

Que devido choque, fraturou a clavícula esquerda sendo socorrido por populares e conduzido ao Hospital de Nossa Senhora da Glória, sendo posteriormente transferido ao Hospital da cidade de Itabaiana. Que não conseguiu identificar o condutor da outra motocicleta envolvida no acidente. É o relato.

ASSINATURAS

Jose Roberto de Melo Santos

Ag. Pol. Administr. de Sergipe

Matr. CIVIL 306374612682

Responsável pelo Atendimento

Joao Paulo Silva Santos

(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 058.657.695-96 4 - Nome completo da vítima: João Paulo Silva Santos

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

5 - Nome completo: João Paulo Silva Santos 6 - CPF: 058.657.695-96
7 - Profissão: Camaradeiro 8 - Endereço: Povoado Calvea da Vaca 9 - Número: S/N 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Área Rural 12 - Cidade: Nossa Senhora da Glória 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49680-000
15 - E-mail: marcosdegloria@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 79-999189207

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR: ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3303 CONTA: 25738 6

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascer? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário (se aplicável)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Nossa Senhora da Glória, 11-11-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CAIXA

POUPANÇA



603689 0010 58787 6087

JOAO PAULO SILVA SANTOS
05/21

MasterCard

3303 013 00025738-6

débito