

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: 20/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DE REZENDE CUNHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00561

CONTA: 000000147088-7

Nr. da Autenticação 84A01F188F58895F

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190090378 **Cidade:** Itabaiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE REZENDE CUNHA **Data do acidente:** 14/03/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER) E ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA, COM DATA DE 16/12/2018, EMITIDA PELO DR. ADELINO CARVALHO NETO, CRM No. (ILEGÍVEL)(PÁGINA 1).

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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

**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: 3190090378
Nome do(a) Examinado(a): Maria de Rezende Cunha
Endereço do(a) Examinado(a): R Josefa V dos Santos, 691
Bananeiras Itabaiana SE CEP: 49501-630
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 1.563.239
Data local do acidente: [14/03/2018]
Data local do exame: [25/10/2019] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE EPÍFISE DISTAL DO RÁDIO E ULNA COM LUXAÇÃO RÁDIO ULNAR A DIREITA.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DAS FRATURAS COM FIOS DE KIRSCHNER CRUZADOS.
Complicações: BLOQUEIO MODERADO NA ARTICULAÇÃO DO PUNHO DIREITO, RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS
Data da Alta: 16/03/2018
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM FORÇA MUSCULAR DA MÃO E ANTEBRAÇO DIMINUIDA (+++/+5), PRESENÇA DE CICATRIZES CIRÚRGICAS (02) NUMULARS NA FACE MEDIAL E LATERAL DO PUNHO, LOCAL DE INTRODUÇÃO DOS FIOS DE KIRSCHNER, ATROFIA DA MUSCULATURA DO ANTEBRAÇO E MÃO POR DESUSO, GRANDE DEFORMIDADE NO PUNHO COM DESVIO DA MÃO NO SENTIDO LATERAL, DOR, EDEMA E BLOQUEIO MODERADO DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, SUPINAÇÃO E PRONAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO.
AMPLITUDE DE MOVIMENTO ARTICULAR DO PUNHO: EXTENSÃO 25° / FLEXÃO 40°
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
PUNHO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


Manoel Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827

MBM
SEGURODORA
01 FEV 2019
DPVAT/RJ

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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: 0800-1596 / 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, ALBERTO GOMES BRAGA

RG nº 1021762, data de expedição 19/12/2016

Órgão SSP/SE, portador do CPF nº 601.186.525-91

com domicílio na cidade de ITABAIANA, no Estado de SERGIPE

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA: PROJETADA LOTEAMENTO SANTA MARIÁ nº 55 CEP 49.500-000

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

MURIA DE REZENDE CUNHA, cujo o condutor era

ALBERTO GOMES BRAGA

Veículo: MOTO HONDA Modelo: CG/150 Ano: 2014

Placa: QKN0781 Chassi: 9C2KC1650 ER 509909

Data do Acidente: 14/03/2019

Local e Data: ITABAIANA - SERGIPE 17 DE JANEIRO DE 2019

Alberto Gomes Braga

Assinatura do Declarante

Alberto Gomes Braga

Assinatura do Condutor

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

2º Cartório de Notas de Itabaiana*
CARTÓRIO DE NOTAS
ITABAIANA

Reconheço por autenticidade a firma de ALBERTO GOMES BRAGA (3782), dou fe...
Itabaiana - SE, 18 de janeiro de 2019.
Em Testemunho da verdade.
Selo: 20192951500085. Acesso: www.tjse.jus.br/

☐ Tabelião Maria Heloisa Oliveira ☐ Tabelião Substituto Maria Heloisa Oliveira
☐ Escrivão Romário Marcelo da Silva Oliveira ☐ Escrevente Romário Marcelo da Silva Oliveira

MBM
SEGURODORA

01 FEV 2019

DPVAT/RJ

RECONHECER FIRMAS EM CONCORDÂNCIA COM AUSENCIADADE
OU VERDADEIRO



Dr. Adelino Carvalho Neto
CRM RJ 161.180-1
Ouro Preto - Minas Gerais

RELATÓRIO MÉDICO PERICIAL
(SOLICITAÇÃO SEGURO D.P.V.A.T.)

Decorrente de acidente de trânsito em 14/03/2018

MARIA DE REZENDE CUNHA, devido a trauma de alta energia, sofreu fratura no punho direito. CID10-S60.9

Tratada na clínica por via cirúrgica e fisioterápica.

Houve agravamento das lesões durante o tratamento já concluído com prejuízo para a integridade física do paciente.

Das sequelas:- Consolidação viciosa do membro com transtornos frequentes e redução significativa dos movimentos do mesmo.

Aracaju, 16 de dezembro de 2018

Adelino Carvalho Neto – Médico perito

2º
CARTÓRIO DE NOTAS
ITABAIANA

*2º Cartório de Notas de Itabaiana**
Praça Fausto Cardoso, 75 - Centro - CEP 43500-000 - Itabaiana/SE
Fone/Fax: (79) 3431-2384 - E-mail: denaeficiodn@oi.com.br

AUTENTICAÇÃO
Certifico que a presente cópia e reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fe.
Itabaiana - SE, 11 de janeiro de 2019.

Selo TJSE: 201929519002177 Acesse: www.tjse.jus.br/x/DBKDDP

☐ 2º Tabelião de Notas de Itabaiana/SE
☐ 2º Tabelião de Notas de Itabaiana/SE
☐ 2º Tabelião de Notas de Itabaiana/SE

Adelino C. - R
Dr. Adelino Carvalho Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM RJ 161.180-1

MBM
SEGURADORA

01 FEV 2019

DPVAT/RJ

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Maria de Rezende Cunha
DATA DA ENTRADA: 14/03/2018
DATA DA SAÍDA: 14/03/2018

INTERNAÇÃO: PS () ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Exatente de 45 anos, materna, tripla para AM, em pré-natal. Nega desmaios e/ou vômito. Refere am cesárea. Gestação 15. Rx fratura de perna direita. Realizado redução fechada e colocação de alça gessada. Alta hospitalar.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

Radiografias

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Manoel M. de Azevedo, Dr. Otávio S. Gomes Filho, Dr. Fábio França Farias, Dr. Ronaldo Buzo Buzo

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

ARACAJU, 19 de Abril de 2018

Saete Pontam de Carvalho
Análise de Prontuário
SANTHEL SE

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

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.



ATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

Nº. DO BE: 1693496
INS:

DATA: 14/03/2018
SETOR: 06-SUTURA

HORA: 16:39

USUARIO: ACFERREIRA

Faturado
PS - Adulto

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : MARIA DE REZENDE CUNHA
IDADE.....: 41 ANOS NASC: 23/03/1977
ENDEREÇO.....: RUA MANOEL MEUCLIDES
COMPLEMENTO....: 898000419049918 BAIRRO: BANANNEIRA
MUNICIPIO.....: ITABAIANA UF: SE
NOME PAI/MAE...: MANOEL AURELINO DE REZENDE /MARIA JOSEFA DE REZENDE
RESPONSÁVEL....: FILHA/LARISA
PROCEDENCIA....: ITABAIANA
TENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
ASSO. POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO
CID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

DOC....:
SEXO...: FEMININO
NUMERO: 196
CEP....: 49500-000
TEL....: 79/9985594
50

TRAUMA: NAO

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

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

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

SINAIS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

Vítima de colisão moto-moto, trazida pelo SAMU em protocolo, com capote. Nega desmaio e vômitos. Vias aéreas permeáveis, reflexos da cervical (manter edas). Respiração espontânea (Satur = 98%). FC = 105, pulso cheio, Glasgow = 15, Provável fratura de punho D (não conseguiu palpar pulso, edema local). Edema e possível fratura de tornozelo. SINAIS DA ENFERMAGEM: ⊕ pulso pedioso proximal. Abdome indolor à palpação.

Dipirona e Cetoroleno (SAMU)

DIAGNOSTICO: Politrauma

CID:

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MEDICACAO

Rx cervical perfil; Rx punho ⊕ AP e perfil;
Rx tornozelo ⊕ AP e perfil; Rx tórax AP.
Av. ortopedia

DATA DA SAIDA: / /

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

HORA DA SAIDA: :
[] DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[] FAMILIA [] ANAT. PATOL

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Médico

Carimbo do HUSE

Tramadol 100 mg + 100 mL 5% 0,9% IV 6/6h

Dr. Cláudio S. Sobral Filho
Médico Residente

Cirurgião Geral
CRM - 5635 / SE

Carimbo de Radiologia
HORA: 16:39
01 FEV 2019

DPVAT/RJ

estipula sobre a morte de Francisco

- para o 4º e 5º e sobre

regras de do - perna, etc

(E) Red. imediata para o

Tob. gerado sub. p. l. m. a

I.P. F. - there to richo d. l. m. a

Sd) No para o 4º + 5º

Red. perna (E) 4º

Red. p. l. m. a (E) 4º + 5º

Alta

Roberto Francisco Fortes
Médico
CRM 1950

Ronaldo Bispo Barreto
Diretor Técnico
CRM 3807-DeCds

1484

PRH

DAF

CONT. MAT. IN
CONTINUED

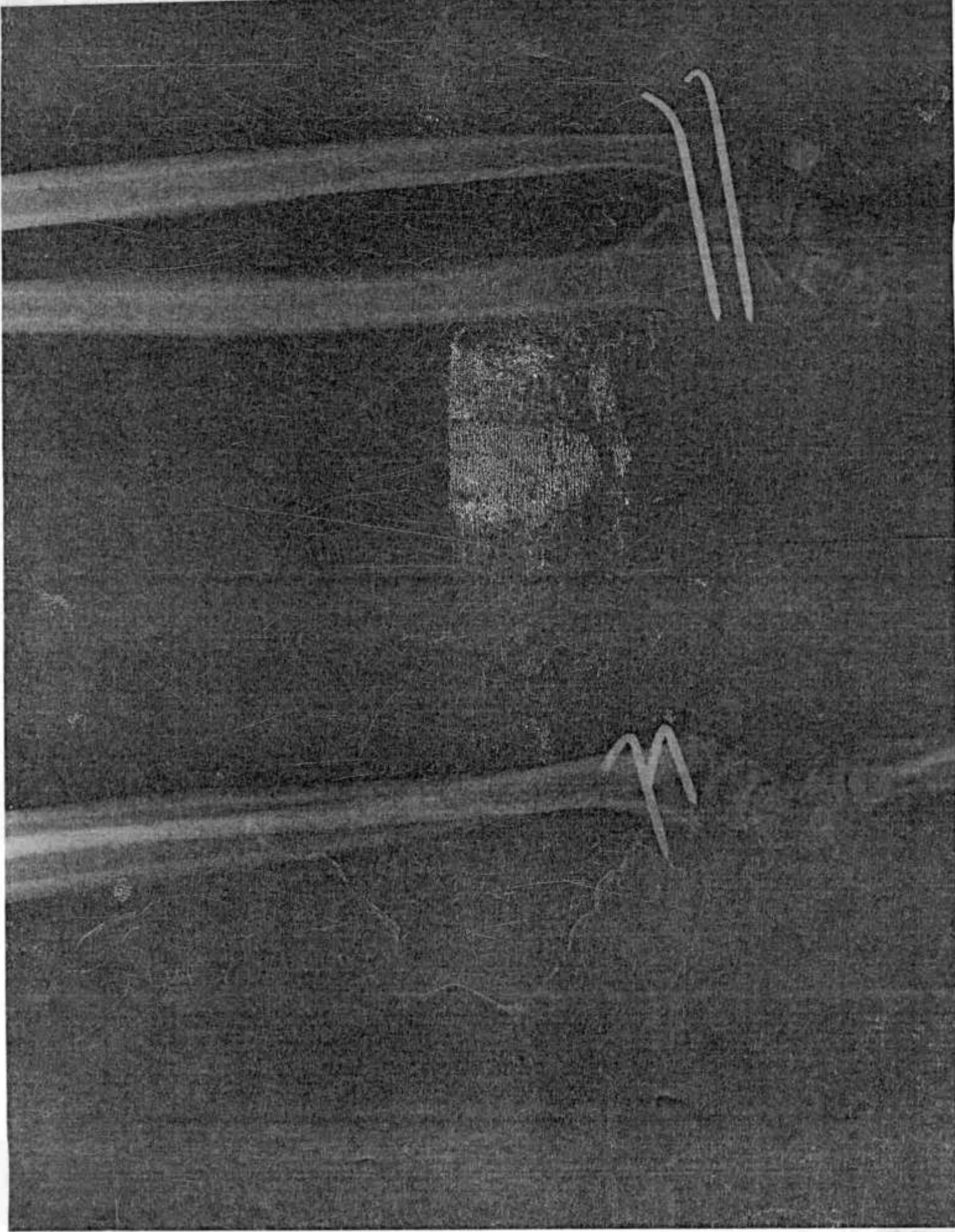
2019

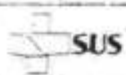
DPVAT/RJ



FUNDACIÃO HOSPITAL ARDE S.A. 1960
HOSPITAL DR. PEDRO GARCIA LA MORENO FILHO
06.04.19
EXAME DE RAIO
DNI e nome do paciente
Emissão e validação

LIBRARY OF THE
MUSEUM OF NATURAL HISTORY
OF THE
CITY OF
NEW YORK
1000
1000
1000





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXISTENTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA

36 - Nº DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

37 - 1 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - 2 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

37 - 3 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - Nº DO BILHETE

40 - SÉRIE

41 - CNPJ EMPRESA

42 - CNES DA EMPRESA

43 - CBO

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APOSENTADO

NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

MINISTÉRIO
SEGURADORA

01 FEV 2013

DPVAT/P

PRONTUÁRIO DE CLINICA CIRÚRGICA, MÉDICA E PEDIÁTRICA.

Data. Internamento

Data. Saída

Nº. da Internação

23/03/18

24/03/18

19919

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Cartão SUS: _____

NOME DO PACIENTE:

Maria de Rezende Cunha

DATA DO NASC.

23/03/1974

SEXO: () Masc. (X) Fem.

NOME DA MÃE:

Maria Josefa de Rezende

NOME DO RESPONSÁVEL:

Manoel Aureliano de Rezende

LOG: (X) RUA(081) () AV.(008) () TVA(100) () PRAÇA(065) () CONJ.(020) () POV.(092) () LOTE(056)

LOGRADOURO:

Manoel Pires da Silva

Nº 196

BAIRRO:

Centro

CEP:

49500-00

TEL:

TIPO DOC: 01 - PIS/PASEP () 02 - IDENT. () 03 - REGISTRO () 04 - CPF () 05 - IGNORADO ()

Nº. DOCUMENTO:

1563239

IDENTIFICAÇÃO DE INTERNAÇÃO

PROCED. SOLIC.

CID PRINC.

5525

ESPECIALIDADES: (X) 01 CIRURGIA () 03 CLÍ. MÉDICA () 07 PEDIATRIA.

CARATER DE INTERNAÇÃO: () 01 ELET. (X) 02 URG.

MOTIVOS DE SAÍDA: () 41 ÓBITO (X) 12 ALTA M. () 14 ALTA PEDIDO () 16 EVAÇÃO () 31 TRANSF.

PROF. SOLICIT.:

Dr. Guilherme

ANEST.:

Dr. Marcelo

PROCED. REALIZADO	QUANT.	PROCEDIMENTO	CBO	CNES
CONS. AVAL. PCTE. INTERN.		0301010170		2477661
EXAME PRÉ TRANSF.		0212010034		2477661
TRANSF. UNID. DE SANGUE		0306020149	223505	2477661
ACOMPANHANTE (IDOSO)		0802010040		2477661
ACOMPANHANTE (CRIANÇA)		0802010024		2477661
EXAME PATOLÓGICO		0203020030		2477661
Radiografia (cateter)	01			2477661
Radiografia ()				2477661
Radiografia ()				2477661
Tomografia ()				0002895
Tomografia ()				0002895
ECG	01			3073533
USG ()				

Nome: *Marip de Rezende Cunha*

Idade:

Enfermaria:

Leito: *2*

ATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA E DIETA

1º TURNO

2º TURNO

3º TURNO

07:00 AS 13:00

Ass.

13:00 AS 19:00

Ass.

19:00 AS 07:00

Ass.

<i>23/03/18</i>	1. <i>Dieta Líquida</i>				
	2. <i>Insulina 6/6h</i>	<i>Retina</i>			
	3. <i>Sondagem</i>				
	4. <i>Sol. 0,9% 500ml</i>				
	5. <i>Sol. 5% 0 + 500</i>				
	6. <i>Kafazol 1g EV 8/8h</i>				
	7. <i>Cetoprofeno 1g EV 12/12h</i>				
	8. <i>Dipiridona 750mg EV 6/6h</i>				
	9. <i>ABD 6ml</i>				
	10. <i>Planal 1 amp EV</i>				
	11. <i>ABD 10ml</i>				
	12. <i>Cond. dos Lm</i>				

Dr. Guilherme L. S. Silva
Ortopedia - Traumatologia
CRM 27728

Nome: Stano R. Cunha Idade: Enfermaria: Leito:

DATA: PRESCRIÇÃO MÉDICA E DIETA 1º TURNO 2º TURNO 3º TURNO
07:00 AS 13:00 Ass. 13:00 AS 19:00 Ass. 19:00 AS 07:00 Ass.

24/03/19
1) Dieta leve
2) Sinais vitais
3) Curativos e gaze colada
4) Alta hospitalar

**EVOLUÇÃO
MÉDICA**

HOSPITAL DR. PEDRO GARCIA MOREIRA

Unidade Hospitalar
Unidade de Saúde

UNIDADE HOSPITALAR: Hospital Dr. Pedro Garcia Moreira - F.H. 10

SEÇÃO:

PACIENTE:

CADEN

SEÇÃO

SEÇÃO

DATA

HISTÓRICO

23
10/3
18

Paciente vítima de trauma
no punho D e consequente
fratura de incidência com
foco.
AMP.

Quimicamente paciente em
edema do punho D e h
mitaxia de mobilidade e
hemiparalisia distal
R. radiografias 1/3 distal
radiografias de
D. - Radiografias D
Cond. Potenciais de cura

Guilherme E. S. Silva
Ortopedia - Traumatologia
CRM 2778

23
10/3
18

C.C. Paciente submetida
a Redução Cirúrgica do
frat 1/3 distal rádio D.
Procedimento cirúrgico
de reposição imobilização
tela fixada

Guilherme E. S. Silva
Ortopedia - Traumatologia
CRM 2778

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Fundação
Hospitalar
de Saúde

2000年12月31日

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

1528

अनुविषयः

2570

52

NAME Resende Cunha

PAGE 41

SEND *Five*

REG

TA	HORA	EVALUACIÓN	T	P	R	PA	Glicemia
23 53	11:20	Pte admitida neste setor procedente de casa desacompanhada, por submeter-se a procedimento cirúrgico aos cuidados de Dr. Guilherme. Neg. droga medicamentosa, DNE e HAS (está em jejum). Sem intercorrências. — B.Hang.					
16:00		Pte da internada no C.C. oriunda da clínica cirúrgica p/ submeter-se a T.O. cirúrgica de fratura de rádio (S) aos cuidados de Dr. Guilherme. Puncionada em mesa operatória, monitorizada, puncionado AUP em MSE com glicos no 2º sem intercorrências. —	81			117/36	100%
18:30		Ata anestésica aos cuidados de Dr. Marcelo. Bloqueio de plexo, sem intercorrências. — Início do ato cirúrgico pte estável monitorizada, AUP operante em MSE, respiração confortável sob cateter nasal sem intercorrências. — Fim da operação realizada sem complicações, realizada pacificamente com fio de Kuxhner sem hemorragias. — Fim do procedimento, realiza- do sem intercorrências. pte estável, monitorizada, p/ RPA, DNE segue em observação na enfermaria. —					
19:50		ppe de controle. Exame físico, ausência de supuração, cicatrização normal. Realizado em encefalograma de 3137 cm. AUP MSE foi reaparelhado e reposto após o término da cirurgia. —	110			150/93	98%
		— B.Hang. 73				135/64	50%

M^{ra} Janicleide de O. Moura

COREN 609548.TF

**EVOLUÇÃO
NFERMAGEM**

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO



Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho	SETOR	LEITO
Nº de Higiene Bucal	IDADE	SEXO
		REG

HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	Glicemia
20h	Paciente, portuguesa do ec. acompanhada por familiar + furosemida, diurética osmótica, acordada, responde as solicitações verbais. FF auxilia após cirurgia percutânea no momento, segue em observação de enfermagem.					
20h	PCE e queixa de náusea, administrado pantoprazol 40mg.					
22h	depois medicação de rotina conforme prescrição médica. Pirofenid.					
24h	Administrado as medicações de rotina: Keppra 1g + Dipirona 1g conforme prescrição médica.					
13/06 08h	Paciente no leito acordada calma, consciente orientada verbalmente acompanhada, apresenta diurese após ato cirúrgico não referir queixas administrado dipirona 2g eo conforme prescrição médica.					
13/06 13h	Volta à sala Hospitalar, concordada por Dr. Guilherme. Me. consiente orientada. Segundo recada, retorno e internamento - a just. por ausência.					

Handwritten signature: [Illegible]

Handwritten signature: [Illegible]

Handwritten signature: [Illegible]

Handwritten signature: [Illegible]

Handwritten signature: [Illegible]

Medicação e Material Médico - Cirúrgico

Maria Rezende e Cunha

Data 23.03.19

Leito 0.2

Descrição	Und	Qtde
Adrenalina Sol. Molesimal	Amp.	
Água Bidestilada 10ml	Amp.	01
Água Oxigenada	Fr.	
Amoxicina 100mg	Amp.	
Amoxicina 250mg	Amp.	
Aminofilina	Amp.	
Ampicilina 1gr	Amp.	
Ampicilina 500mg	Amp.	
Amplietil	Amp.	
Atropina (sulfato) 1ml	Amp.	
Bicarbonato de Sódio 8.4%	Amp.	
Buscopam 5ml	Amp.	
Catalfan (diclofenaco)	Amp.	
Cedilanide 0.4mg	Amp.	
Cisatracurio	Amp.	
Clexane 20mg	Amp.	
Clexane 40mg	Amp.	
Clindamicina	Amp.	
Clonidin	Amp.	
Clorafenicol 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.	
Dipelsan	Amp.	
Dolantina	Amp.	
Dormonid 15mg	Amp.	
Dormonid 5mg	Amp.	
Efortil 0.01gr	Amp.	
Esmeron	Amp.	
Etomidato	Amp.	
Encegan 50mg	Amp.	
Fentanil 2ml 10ml	Amp.	
Flumazenil 0.1mg	Amp.	
Garamicina 10mg	Amp.	
Garamicina 20mg	Amp.	
Garamicina 40mg	Amp.	
Garamicina 80mg	Amp.	
Cardenal 200ml	Amp.	
Glicose 25%	Amp.	
Glicose 50%	Amp.	

Assinatura da Enfermagem (por extenso)

AE e Cunha e Cunha

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	
Nauseudron	Amp.	04
Neomicina pomada	Gr	
Nibium	Amp.	
Nilperidol	Amp.	
Novalgina (dipirona) 1g	Amp.	02
Omeprazol	Amp.	
Pancuron	Amp.	
Pavulon	Amp.	
Plasil	Amp.	
Profenid EV	Amp.	03
Propofol	Amp.	
Prostigmine 0.5mg	Amp.	
Quelicin 100mg	Amp.	
Quelicin 500mg	Amp.	
Ranitidina	Amp.	
Remifentanil 2mg	Amp.	
Ringer Lactato 500ml	Fr	
Rocefin 1mg	Amp.	
Rocefin 500mg	Amp.	
Sevoflurano	Fr	
Solu-cortef 500mg	Amp.	
Solu-cortef 100mg	Amp.	
Soro Fisiológico 0.9%	Amp.	
Soro Glicosado 5%	Amp.	
Sulfato de Magnésio 50%	Amp.	
Tramal 100 mg	Amp.	
Xilocaina 1% c/v	Amp.	
Xilocaina 1% s/v	Amp.	
Xilocaina 2% c/v	Amp.	01
Xilocaina 2% s/v	Amp.	
Xilocaina Geleia	Fr.	

Kipro 400mg

Fr

01 FEV 2019



Ficha de Ato
Cirúrgico

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Nome do Paciente:

ARIA DE REZENDE UNHA

Diagnóstico Pré-operatório:

Fratura 1/3 distal

Cirurgia realizada:

Int. Cirúrgica

Cirurgião:

BERNARDINI

Auxiliares:

Anestesiologista:

MARCELO

Anestesia:

Diag. Pós-operatório:

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

- 1) Paciente D.D.H. 202, 46 anos de idade, sexo masculino + redução
- 2) A + A + C.
- 3) Incisão dorsal (ponto D)
- 4) Dissecção por planos
- 5) Identificação da fratura 1/3 distal, redução + interposição manual
- 6) Redução da fratura e fixação com 2 fios Kirschner 2,0 mm nos pontos
- 7) Lavagem da ferida cirúrgica
- 8) Fechamento pele + curativo, todo ferido

Data:

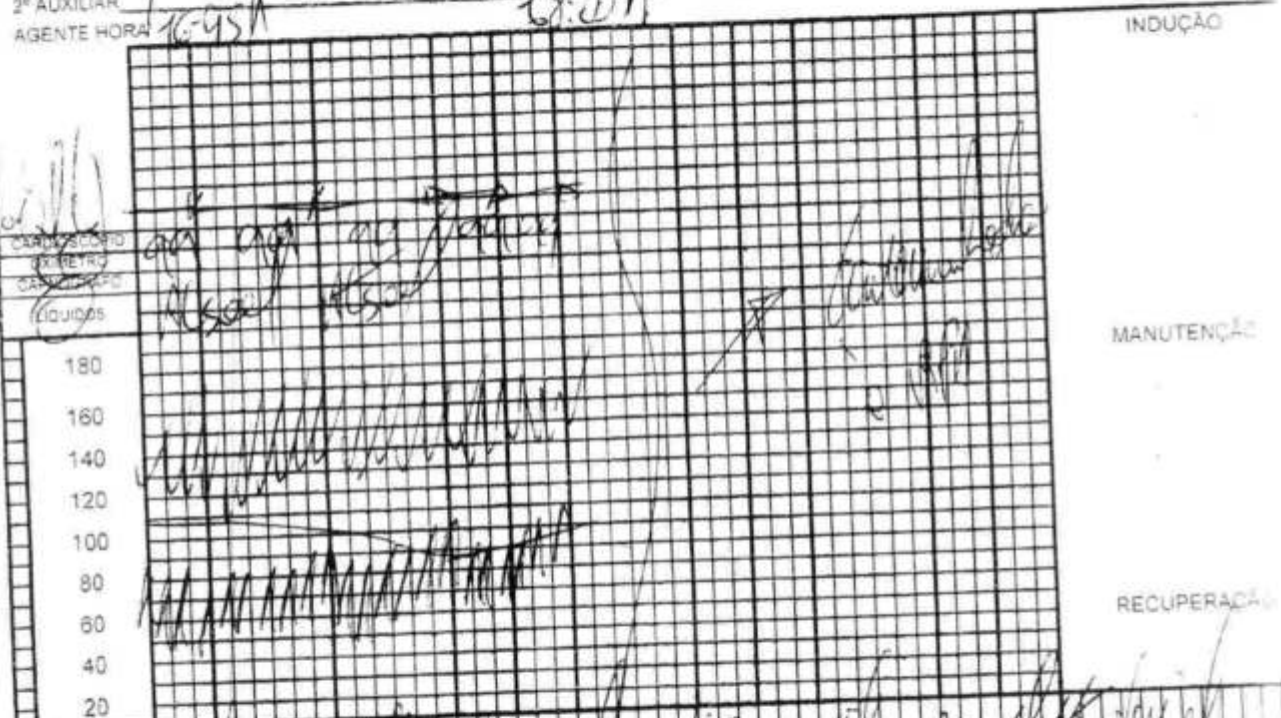
Assinatura do cirurgião:

WILNERME B. S. SILVA
Ortopedia - Traumatologia
CRM 2725

01 FEV 2019

FICHA DE ANESTESIA

NOME: Maria de Fátima Almeida Nº PRONTUÁRIO: _____
 CONVÊNIO: SUS DATA: 23/03/18 SEXO: F COR: _____ IDADE: 41a PÊSO: _____
 NATURAL: _____ EST. CIVIL: _____ SANGUE: _____
 SETOR MÉDICO: _____ AMBULATORIO: _____ APTº: _____ E FÍSICO(A): _____
 DIAG PRE-OP: Artroscopia do joelho direito
 CIRURGIA PROPOSTA: Tratamento artroscópico de lesão do ligamento cruzado anterior direito
 DIAG PCS-OP: 0 mesor
 CIRURGIA REALIZADA: 0 mesor HORA: _____ EFEITO: _____
 PRE-ANESTÉSICO: _____
 CIRURGIÃO: Guilherme Schae 1º AUXILIAR: _____
 2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: _____
 AGENTE HORA: 16:45h 18:20h



ANOTAÇÕES

Checklist de segurança: verificar + anotar por checklist

início A

Monitorização: ECG, SpO2, PA, Tc

CPF: 034.515.205-72

CRM: 0031

DRUGAS / MATERIAL	CONC.	QUANT.	ANESTESIA	Agente	Semi-achado	Circuito	Válvula
<u>Propofol 1%</u>	<u>10/100</u>	<u>1</u>	<u>Semi-Renalação</u>	<u>Agente</u>	<u>Semi-achado</u>	<u>Circuito</u>	<u>Válvula</u>
<u>Oxigênio</u>	<u>10</u>	<u>1</u>	<u>Oxigênio</u>	<u>Oxigênio</u>	<u>Oxigênio</u>	<u>Oxigênio</u>	<u>Oxigênio</u>
<u>Arterial</u>	<u>30</u>	<u>1</u>	<u>Arterial</u>	<u>Arterial</u>	<u>Arterial</u>	<u>Arterial</u>	<u>Arterial</u>
<u>Posição</u>	<u>Local</u>	<u>Punção</u>	<u>Posição</u>	<u>Local</u>	<u>Punção</u>	<u>Posição</u>	<u>Local</u>
<u>Pos. Appt.</u>	<u>Pos. Op.</u>	<u>Pos. Op.</u>	<u>Pos. Appt.</u>	<u>Pos. Op.</u>	<u>Pos. Op.</u>	<u>Pos. Appt.</u>	<u>Pos. Op.</u>
<u>Cond. Final</u>	<u>Resultado</u>	<u>BR - V</u>	<u>Cond. Final</u>	<u>Resultado</u>	<u>BR - V</u>	<u>Cond. Final</u>	<u>Resultado</u>
<u>Líquidos</u>	<u>Sangue</u>	<u>Anestesiologia</u>	<u>Líquidos</u>	<u>Sangue</u>	<u>Anestesiologia</u>	<u>Líquidos</u>	<u>Sangue</u>

FICHA DO ATO CIRÚRGICO

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO
=====

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 19919
Numero do CNS.....: 0000000000000000
Nome.....: MARIA DE REZENDE CUNHA
Documento.....: 1563239 Tipo :
Data de Nascimento: 23/03/1977 Idade: 41 anos
Sexo.....: FEMININO
Responsavel.....: MANOEL AURELINO DE REZENDE
Nome da Mae.....: MARIA JOSEFA DE REZENDE
Endereco.....: RUA MANOEL MELQUIADES DA SILVA 196 CASA
Bairro.....: CENTRO Cep.: 49500-000
Telefone.....: 079 998349807
Município.....: 2802908 - - SE
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 513994
Clinica.....: 760 - ENF "J" ADULTO - CLINICA
Leito.....: 999.0107
Data da Internacao: 23/03/2018
Hora da Internacao: 11:20
Medico Solicitante: 144.820.292-20 - GUILHERME ELIAS SENNA
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: JFSANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

Proc.Realizado:
Dt.Hr Saida:
Especialidade:
Tipo de Saida:
CID Principal:
CID Secundario:
Principal:
Secundario:
Outro:



HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO
=====

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

No. Registro.: 19919

Numero do CNS: 0000000000000000

Nome.....: MARIA DE REZENDE CUNHA

Documento.....: 1563239 Tipo:

Nascimento...: 23/03/1977

Estado Civil.:

Idade.....: 41 - ANOS Cor:

Sexo.....: FEMININO

Responsavel...: MANOEL AURELINO DE REZENDE

Nome da Mae...: MARIA JOSEFA DE REZENDE

Endereco.....: RUA MANOEL MELQUIADES DA, 196 CASA CEP: 49500.000

Telefone.....: 079 998349807

Bairro.....: CENTRO

Município.....: 2802908 - ITABAIANA - SE

Nacionalidade: BRASILEIRO

Naturalidade.: SERGIPE

Registro de casamento: 23/03/2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

COORDENADORIA GERAL DE FISCALIA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "DR. CARLOS MENEZES"

INSCRIÇÃO FISCAL

39233

Maria de Rezende Cunha

ALMA MATRÍCULA

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

INSCRIÇÃO GERAL 1.563.239 2.VIA DATA DE EMISSÃO 25/02/2004

NOME MARIA DE REZENDE CUNHA

RELACÃO

MARCEL AURELIO DE REZENDE

MARIA JOSEFA DE REZENDE

NACIONALIDADE ITALIANA-SE DATA DE NASCIMENTO 25/03/1977

DOC ORIGEM CT. CIVIL NR 2906 LV RIO EL LISV

CPF 047 DIST CUN ITABONA/SE

ASSINATURA

LEIA E ASSINATURE

MBM
SEGURADORA

01 FEV 2019

DPVAT/RJ



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
002.330.925-36

Nome
MARIA DE REZENDE CUNHA

Nascimento
23/03/1977

CÓDIGO DE CONTROLE
F8AB.B597.875B.965D



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 18:11:13 do dia 23/11/2017 - (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

MBM
SEGURADORA

01 FEV 2019

DPVAT/RJ

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - SE Nº 013638140090
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
1 0100351 000000000 2018

NOME
ALBERTO DE SOUZA PIRES
ENDEREÇO
RUA SANTO ANTONIO, 150 - JARDIM
SANTO ANTONIO - FLORESTA - JACAREZINHA - SP
CEP 13.080-000

CPF / CNPJ PLACA
901.186.525-91 QKNC781

PLACA ANT. / LP CHASSI
QKNC781-3 902KC1850ER506989

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
28. AUTOMO. QUATRO RODAS 1300 CC

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA / CG 150 TITAN ES1 2014 2014

CAP. POT. / CIL. CATEGORIA COR. PREDOMINANTE
287 1100 / 125 CC PARTIO VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
1 1.000 1.000 1.000

FAIXA LPVA PARCELAMENTO / COTAS
1 1.000 1.000 1.000

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
100,00 0,00 100,00 22/03/2018

OBSERVAÇÃO

DOCUMENTO DE ROTEIRO OBRIGATORIO

AT. RIBDDC - ANO DE CENS. NACIONAL VED.

LOCAL DATA
ITABAIANA - SE 22/03/2018

EX-300000

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

SE Nº 013638140090 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 DATA EMISSÃO
2018 12/03/2018

VIA CPF / CNPJ PLACA
1 901.186.525-91 QKNC781

RENAVAM MARCA / MODELO
13/0312478 HONDA / CG 150 TITAN ES1

ANO FAB. CAT. TAB. Nº CHASSI
2014 9 902KC1850ER506989

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DEPMATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
81,29 9,03 90,32

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO POR SEGURO (R\$)
4,15 0,70 185,00

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
COTA ÚNICA PARCELADO 22/03/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.245.601/0001-04

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - SE Nº 013638140090
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CDD-RENAVAM RNTTC EXERCÍCIO
0100051/70 0000000000 2016

NOME
ALBERTO RIBEIRO DIAS
CPF/CNPJ
601.186.925-91
PLACA
QKN0741

PLACA ANT./UF
JKN0741/35
CHASSI
30440-26011008-589

ESPECIE/TIPO
ABRILHOS-OTOMOBIL
COMBUSTÍVEL
GASOLINA
MARCA/MODELO
HONDA/CG 150 TITAN ESE

ANO FAB. ANO MOD.
2014 2014
CAP. POT./CL.
150 150
CATEGORIA
LAVAR
COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
1º 2º 3º
P V A
TAXA LPVA PARCELAMENTO / COTAS
PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
4,15 0,70 135,50 22/03/2016

LOCAL DATA
ITAPIANA-SE 22/03/2016

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

SE Nº 013638140090 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 DATA EMISSÃO
2016 12/03/2016
VIA CPF / CNPJ PLACA
0100051/70 601.186.925-91 QKN0741

RENAVAM MARCA / MODELO
0100051/70 HONDA/CG 150 TITAN ESE
ANO FAB. CAT. IVV Nº CHASSI
2014 8 904EC1680ER509989

PRÊMIO TARIFÁRIO
FMS (R\$) DETRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
81,29 9,03 90,32
CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGADO SEGURO (R\$)
4,15 0,70 135,50
PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
COTA ÚNICA PARCELADO 22/03/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.609/0001-04

DPVAT/RJ



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIAS
INSTITUTO MÉDICO LEGAL "DR. AUGUSTO LEITE"

LAUDO DO EXAME DE LESÕES CORPORAIS

quinta-feira, 18 de julho de 2019

Nº Laudo
6605/2019

Dados Da Vítima

Nome da Vítima

MARIA REZENDE CUNHA

Estado Civil

SOLTEIRO

Instrução

1º Grau Completo

Endereço

R. JOSEFA VIEIRA DOS SANTOS, 181

Nome da Autoridade

JOSEFA VALERIA N. ANDRADE

Sexo

FEMININD

Nome da Mãe

MARIA JOSEFA DE REZENDE

Cor

PARDA

Bairro

CENTRO

Função

JOSEFA VALERIA N.
ANDRADE

Nascimento

23/03/1977

Idade

42

Naturalidade

ITABAIANA

Profissão

LAVRADORA

Nome do Pai

MANOEL AURELINO DE REZENDE

Município

ITABAIANA/SE

Unidade

UF

SE

1º Perito Relator

DR. VICTOR VASCONCELOS BARROS

Cremesi/Croso

3296

2º Perito Relator

Cremesi/Croso

MASC/LAUDO

Nº6605/2019

Local da Perícia

Sala de IML

Tipo

Causa

Historico/Descrição

Historico

Relata a pericianda que fora vítima de acidente de trânsito do tipo colisão entre duas motocicletas, fato ocorrido por volta das 14h00 do dia 14/03/2018, no município de Itabaiana-Se. Socorrida pelo SAMU e encaminhada ao H. Reginal de Itabaiana e transferida em seguida ao HUSE onde foi atendida e constatado fratura do punho direito.

Descrição

Ao exame apresenta cicatriz cirúrgica incisa, de morfologia linear, medindo 3,0 cm, localizada em terço distal do antebraço direito. Durante o exame apresentou limitação leve para os movimentos do punho direito. Trouxe cópia de prontuário médico do HUSE, datado de 14/03/2018, onde consta que a pericianda fora vítima de acidente de trânsito apresentando fratura em punho direito. Foi submetida à redução e imobilização com tala gessada. Recebeu alta hospitalar para aguardar procedimento cirúrgico. Trouxe prontuário médico do H. Regional de Itabaiana, datado de 23/03/2018, onde consta que a pericianda fora submetida à cirurgia para correção de fratura do rádio direito com fixação percutânea. Recebeu alta no dia seguinte. Trouxe película de raio-X que evidencia fratura de terço distal do rádio.

Comentário Médico/Conclusão/Questões Respostas

Comentário Médico - Forense

Existe compatibilidade entre os achados e a ação contundente. As lesões não resultaram em perigo de vida, porém se faz necessário afastá-la de suas ocupações habituais por período superior a 30 dias. Resultaram, entretanto em

INSTITUTO MÉDICO LEGAL
LAUDO PERICIAL
Lesões Corporais
MARIA REZENDE CUNHA

LAUDO Nº 6605/2019



dano funcional permanente e parcial incompleto de repercussão leve, comprometendo a mobilidade do punho direito.

Conclusão

Em face do exposto concluímos que do acidente, resultou para a pericianda um dano permanente e parcial incompleto de repercussão leve, comprometendo a função motora do punho direito.

Exame realizado às 10h35 do dia 18/07/2019.

Quesitos/Respostas:

1º) Houve ofensa a integridade ou a saúde do paciente?

Sim.

2º) Qual o instrumento ou meio que produziu a ofensa?

Contundente.

3º) A ofensa foi produzida com emprego de veneno, fogo, explosivo, asfixia, tortura ou por meio insidioso ou cruel, ou que podia resultar perigo comum?

Sem elementos.

4º) Da ofensa resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta (30) dias?

Sim.

5º) Da ofensa resultou perigo de vida?

Não.

6º) Da ofensa resultou incapacidade incurável perda ou inutilização de membro, sentido ou função ou deformidade permanente?

Sim, dano funcional permanente e parcial incompleto de repercussão leve, comprometendo a mobilidade do punho direito.

Este documento foi expedido via eletrônica (expresso), nos termos da legislação vigente. Confere com o original em arquivo digital disponível no banco de dados do Instituto Médico Legal. Deverá conter o carimbo da unidade policial responsável pela impressão.

DR. VICTOR VASCONCELOS BARROS

Dr. Victor Barros
Perito Médico - Legal
CRM 3296

MASC/LAUDO Nº 6605/2019





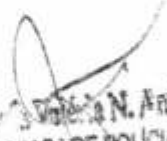
GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA EM ATENDIMENTO À MULHER DE ITABAIANA

GUIA DE EXAME NO VIVO
S/N/ 2019

06635/2019
6605 IML-SE

AUTORIDADE REQUISITANTE: JOSEFA VALERIA NASCIMENTO ANDRADE
NATUREZA DA PERÍCIA: LESÃO CORPORAL EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
REMETER O LAUDO PARA: DELEGACIA DE ATENDIMENTO À MULHER DE ITABAIANA
PERICIANDO: MARIA DE REZENDE CUNHA SEXO: FEMININO
ESTADO CIVIL: UNIÃO ESTÁVEL PROFISSÃO: LAVRADORA
R.G: 1.563.239 NATURALIDADE: ITABAIANA/SE
GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO
FILIAÇÃO: MANOEL AURELINO DE REZENDE E MARIA JOSEFA DE REZENDE
ENDEREÇO: RUA JOSEFA VIEIRA DOS SANTOS, 181, CENTRO, ITABAIANA/SE
DATA DO FATO: 23/03/2019 HORA DO FATO: 14:00H
TELEFONE: 79 9 9951-0999
RESUMO DA OCORRÊNCIA: TRATA-SE DE EXAME PERICIAL PARA AVALIAÇÃO DAS LESÕES
SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRANSITO

ITABAIANA/SE, 27 DE MAIO DE 2019.


JOSEFA VALERIA NASCIMENTO ANDRADE
Delegada de Policia

Recebido em:

Assinatura do Periciando: _____

Recebi uma Guia de

Apresentado para ser submetido a perícia médica de

Ficando a mesma registrada à página _____ sob o nº _____ do livro da Porta.

Aracaju/SE: _____ de _____ de 2019.

O PORTEIRO

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone number	
JOSE BONIFACIO DE GOIS		(79) 996066460	
ENDERECO / Address		(79) 991358159	
RUA: JOSE ANTONIO DOS PASSOS, 243 CASA			
Bairro - BAIXA FRIA			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAIS / Country
49530000	Ribeirópolis	SE	BRASIL

DESTINATÁRIO / Recipient		TELEFONE / Phone number	
MBM SEGURADORA S/A		212223.0809	
ENDERECO / Address			
RUA: ALVARO ALVIM, nº 21, 3º ANDAR - CENTRO			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAIS / Country
20031010	RIO DE JANEIRO	RJ	BRASIL

Correios REGISTRADO URGENTE registered priority		PESO (kg) weight
Recebedor	AR MP	
Assinatura	Doc.	
JU 19886307 6 BR		
		



MBM SEGURADORA
29 JAN 2019
DPVAT / RJ



Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número

002.330.925-36

Nome

MARIA DE REZENDE CUNHA

Nascimento

23/03/1977

CÓDIGO DE CONTROLE

F8AB.B597.B75B.965D



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 18:11:13 do dia 23/11/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

MBM
SEGURADORA

07 MAR 2019

DPVAT/RJ

REMETENTE / Sender		TELEPHONE / Phone number	
JOSÉ ROJÍCIO DE GÓIS		(11) 996066468	
ENDERECO / Address		(31) 981359159	
RUA: JOSÉ AUGUSTO DOS PASSOS, 243 - CASA			
Bairro - BAIXA ERICA			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
48500000	Itaboraí	SE	BRASIL

DESTINATÁRIO / Recipient		TELEPHONE / Phone number	
ENDERECO / Address		0122230809	
RUA: Alvaro Alvim, nº 21, 3º Andar - CENTRO			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
20031010	RIO DE JANEIRO	RJ	BRASIL

Correios REGISTRADO URGENTE		PESO (kg)	
Rastreio / Registered priority		AR MP	
Assinatura / Signature		Data / Date	
JU 01945274 0 BR			



MBM SEGURADORA	
26 FEB 2013	
DPVAT / RJ	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190090378 **Cidade:** Itabaiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE REZENDE CUNHA **Data do acidente:** 14/03/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER) E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: #-& APONTAMOS LAUDO PERICIAL Nº 6605/2019, DE 18/07/2019 MÉDICO ASSISTENTE DR. VICTOR BARROS, CRM 3296. 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\$ 1.687,50 POR MODERADA DO PUNHO DIREITO.

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 punhos	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0039110/19

Vítima: MARIA DE REZENDE CUNHA

CPF: 002.330.925-36

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 14/03/2018

Titular do CPF: MARIA DE REZENDE CUNHA

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
Outros

MARIA DE REZENDE CUNHA : 002.330.925-36

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: 01/02/2019
Nome: MARIA DE REZENDE CUNHA
CPF: 002.330.925-36

MARIA DE REZENDE CUNHA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/02/2019
Nome: MICHELE DOMINGOS KLAUS
CPF: 014.491.660-67

MICHELE DOMINGOS KLAUS

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 002.330.925-36 Nome completo da vítima: MARIA DE REZENDE CUNHA

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

Nome completo: MARIA DE REZENDE CUNHA CPF: 002.330.925-36

Profissão: _____ Endereço: _____ Número: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

E-mail: univdeseguros19@gmail.com Tel. (DDD): (79) 996066460

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0561 013 CONTA: 00147088 7

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

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ 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 àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, ITABAIANA-SERGIPE 21/01/2019

Nome: MARIA DE REZENDE CUNHA

CPF: 002.330.925-36

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura 01 FEV 2019

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.**





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIAL DE ATENDIMENTO À GRUPOS VULNERÁVEIS-
ITABAIANA - ITABAIANA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 023087/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 05/11/2018 15:21 Data/Hora Fim: 05/11/2018 15:29
Delegado de Polícia: Josefa Valéria Nascimento Andrade

DADOS DA OCORRÊNCIA

Ato: Delegacia Especial de Atendimento À Grupos Vulneráveis- Itabaiana
Data/Hora do Fato: 14/03/2018 14:00

Local do Fato

Município: Itabaiana (SE)
Logradouro: CRUZAMENTO DAS RUAS MONSENHOR CONSTANTINO E GENERAL

Bairro: Mamede Paes

CEP: 49 509-073

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1223 Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: NÃO IDENTIFICADO (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)		
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Não	Idade: 0
Estado Civil: Sem Informação		

Endereço

Município: Itabaiana - SE

Nome Civil: MARIA DE REZENDE CUNHA (VÍTIMA, COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: SE - Itabaiana	Sexo: Feminino	Nasc: 23/03/1977
Profissão: Agricultor			
Estado Civil: União Estável			
Nome da Mãe: Maria Josefa de Rezende		Nome do Pai: Manoel Aurelino de Rezende	

Endereço

Município: Itabaiana - SE
Logradouro: R Josefa V dos Santos
Bairro: Anizio Amancio de Oliveira
Telefone: (79) 99951-0999 (Celular)

Nº 181
CEP: 49 503-480

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

RELATA QUE ESTAVA NA GARUPA DA MOTO HONDA CG/150, PLACA POLICIAL QKN0781, CHASSI 9C2KC1050ER509989, COM CRLV EM NOME DE ALBERTO GOMES BRAGA, QUANDO O REFERIDO VEÍCULO FOI SURPREENDIDO POR UMA MOTO NÃO IDENTIFICADA, QUE CRUZOU A ESQUINA, QUE COLIDIU NA MOTO, E VIERAM A CAIR, QUE A NOTICIANTE TEVE O PUNHO DIREITO FRATURADO E SOFREU ALGUMAS ESCORIAÇÕES, QUE A MOTO ESTAVA SENDO CONDUZIDA POR ALBERTO GOMES BRAGA, O QUAL POSSUI CNH Nº 06460594687, CATEGORIA A, VÁLIDA ATÉ 29/10/2019, QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU E ATENDIDA NO HOSPITAL GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO, EM ARACAJÚ, COMO CONSTA EM BE Nº 1693496, REGISTRA COM O FITO DE OBTER O SEGURO DPVAT.

Delegado de Polícia Civil Josefa Valéria Nascimento Andrade
Impresso por: Râmilya Roosevelt Melo Barbosa Cardoso
Data de Impressão: 05/11/2018 15:29
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

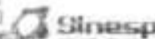
PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

2ª Cartório de Notas de Itabaiana
Rua 7 Junho Cordeiro, 75 - Centro - CEP 49000-000 - Itabaiana/SE
Fone/Fax: (79) 3431-2344 - E-mail: dnas@dnas.com.br

AUTENTICAÇÃO
Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que se foi exibido, em 14/03/2019, em Itabaiana - SE, 22 de Janeiro de 2019.

Selo TUSE: 201929519004773 Acesso: mla.tjse.jus.br/x/VT6ETI

☐ Escaneamento realizado no Sistema Sinesp
☐ Escaneamento realizado no Sistema Sinesp

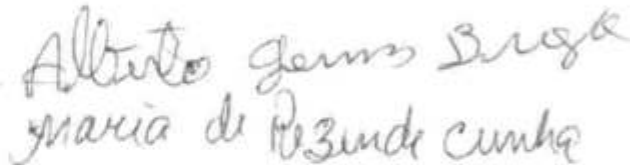


EM BRANCO

EM BRANCO

ASSINATURAS


Râmilly Roosevelt Melo Barbosa Cardoso
Responsável pelo Atendimento


Alberto Gomes Braga
maria de Rezende Cunha

Declaro para os devidos fins de direito que sou (sou) responsável pelas informações acima escritas e declaro que cumpri o dever de responder civil e criminalmente pela presente declaração que originou, conforme previsto nos Artigos 326-Denúnciação Calúnia e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

2º
CARTÓRIO DE NOTAS
ITABAIANA

"2º Cartório de Notas de Itabaiana"
Praça Fausto Cardoso, 75 - Centro - CEP: 48100-000 - Itabaiana/SE
Fone/Fax: (79) 3421-2384 - E-mail: douanofoto@oi.com.br

AUTENTICAÇÃO
Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fe.
Itabaiana - SE, 22 de janeiro de 2019.

Selo TJSE: 201929519004773 Acesse: www.tjse.jus.br/x/TT6ETT

☐ Devidos Maria Helena Silveira ☐ Tereza Schmitt ☐ Maria Helena Silveira Ferreira
☐ Exatidão: Rômulo Marcelo da Sousa Oliveira ☐ Exatidão: Rômulo Marcelo da Sousa Oliveira ☐ Exatidão: Rômulo Marcelo da Sousa Oliveira

MBM
SEGURADORA

01 FEV 2019

DPVAT/RJ

EM BRANCO

EM BRANCO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 002.330.925-36 Nome completo da vítima: MARIA DE REZENDE CUNHA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: MARIA DE REZENDE CUNHA CPF: 002.330.925-36
Profissão: _____ Endereço: _____ Número: _____ Complemento: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____
E-mail: unidadeseguros19@gmail.com Tel. (DDD): (79) 996066460

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0561 013 CONTA: 00147088 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ 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 àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, ITABAIANA-SERGIPE 21/01/2019
Nome: MARIA DE REZENDE CUNHA
CPF: 002.330.925-36

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: MBM SEGURADORA
Data: 01 FEV 2019
Assinatura: DPVAT/RJ

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.

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos. * nascimentos (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser **representados pelos pais**, (tutor ou curador, a declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal).
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189
Ouvidoria: 0800 021 91 35

RELATÓRIO 0510 / 2018 REFERENTE À OCORRÊNCIA

NÚMERO: 1803140543 / ESUS – SAMU

O SAMU 192 SERGIPE foi acionado às 14h07min do dia 14 de Março de 2018, para atendimento de vítima identificada como **Maria de Rezende Cunha**, com relato de **colisão moto x moto**, no município de Itabaiana.

A equipe da **Unidade de Suporte Básico – Areia Branca** realizou atendimento no local, seguido de remoção para o **Hospital de Urgência de Sergipe – HUSE** do município de Aracaju, onde deixou o paciente aos cuidados da equipe.

Aracaju, 09 de Abril de 2018


Tiemi S. M. Oki Fontes
Coordenadora Médica
SAMU 192 - Sergipe
CRM 4653

Tiemi Sayuri Menezes Oki Fontes

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE

2º
CARTÓRIO DE NOTAS
ITABAIANA

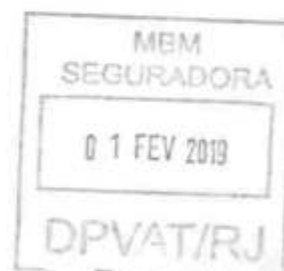
2º Cartório de Notas de Itabaiana
Praça Fausto Cardoso, 78 - Centro - CEP 49100-000 - Itabaiana/SE
Fone/Fax: (79) 3431-2384 - E-mail: dtonaoficial@jbs.com.br

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia e reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fe.
Itabaiana - SE, 11 de janeiro de 2019.

Selo TJSE: 201929519002174 Acesse: www.tjse.jus.br/x/MFT7XF

☐ Exatidão: Registro Público de Imóveis ☐ Exatidão: Registro Público de Veículos ☐ Exatidão: Registro Público de Empresas



EM BRANCO

EM BRANCO