

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: 24/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE NIVALDO DE ALMEIDA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03303

CONTA: 000000039437-5

Nr. da Autenticação 85A83C630ED32E29

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190503229 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE NIVALDO DE ALMEIDA **Data do acidente:** 22/06/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 4º METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.(PÁG.20)

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

IS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLORIA

No. DO BE: 437098
CNS:DATA: 22/06/2019 HORA: 04:32 USUARIO: LAOREIS
SETOR: 02-CONSULTORIO ADULTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE NIVALDO DE ALMEIDA
IDADE.....: 29 ANOS NASC: 20/11/1989
ENDERECO.....: POVOADO BARRA VERDE
COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE CEP....: 49680-000
NOME PAI/MAE...: JOSE DE ALMEIDA /GILVANDETE DA SILVA ALMEIDA
RESPONSAVEL....: O MESMO TEL....: 79 9867-0986
PROCEDENCIA....: NOSSA SENHORA DA GLORIA-SE
ATENDIMENTO...: OUTROS NAO ESPECIFICADOS ACIDENTE MOTOCICLISTA
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS: *Conto* DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

*ferida de grande quantidade de pele exposta de tendões, com
Tea ma drogada de noje eoga eufra queixas. Nega
Outras queixas. Nega alergia. Última Vt 30 dias*

DIAGNOSTICO: *Trauma Conto Contuso pé D* CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

- 1) Celofolima 50g AD, EV
- 2) Orsico/engado on ampm
- 3) tramadol 100mg 4x
- 4) Soro Anti Tetânico 1 ALTA

05:10h fechada 9-

INVESTPREV

28 AGO 2019

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

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

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[] FAMILIA [] IME [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. Sydney Correia Leão

CRM-SE 4403
Clínica Geral/Patologia

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: JOSE NIVALDO DE LIMA
DATA DA ENTRADA: 22/06/19
DATA DA SAÍDA: 24/06/19

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

INTERNAMENTO: PS. (X) ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente de 45 anos, masculino, com queixa de dor no membro superior direito, com início há 02 dias, evoluindo para dor no membro inferior direito, com início há 01 dia. Paciente em uso de medicação analgésica e anti-inflamatória.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

22/06/19: Tratamento cirúrgico da fratura do pé.

EXAMES COMPLEMENTARES:

RX: Fratura do pé.

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Silvano L. L. Rodrigues

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

ARACAJU, 06 de Agosto de 2019

Dr. Silvano L. V. Almeida
SAIMA / HUSE
CRM 2510

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 9547

DATA: 22/06/2019 HORA: 12:55 USUARIO: CMSLEITE

CNS:

SETOR: 05-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE NIVALDO DE ALMEIDA DOC...:
IDADE.....: 29 ANOS NASC: 20/11/1989 SEXO...: MASCULINO
ENDereco.....: POVOADO BOA VISTA NUMERO:
COMPLEMENTO...: SUS FORA BAIRRO:
MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE CEP...: -
NOME PAI/MAE...: /GILVANDETE DA SILVA ALMEIDA
RESPONSAVEL...: IRMA - RAFAELA TEL...:
PROCEDENCIA...: NOSSA SENHORA DA GLORIA-SE
ATENDIMENTO...: TRAUMA
CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

fraco autopsia D.
Acidente moto

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: *Fist. Exposta 4º UTR* (CID *Exat. Complicado 4º Grau*)

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

① Keftozel 2g EV Agor 12:30
② BAT 5000 UI IM 12:30
③ SF 500 ml EV luto
Saluto 3.0

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

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

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

R. P. D. 28

[Carimbo e Assinatura]

GUIA DE TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

TIPO DE AMBULÂNCIA: () Tipo A (X) Tipo B () Tipo C () Tipo D

A- remoções simples e de caráter eletivo / B- transporte inter-hospitalar sem risco / C- Veículo de Resgate Pré-Hospitalar de suporte básico / D- Veículo de Resgate Pré-Hospitalar de Suporte Avançado

HOSPITAL DESTINO: PRH

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: João Nivaldo de Almeida Identidade: _____

SEXO Masc ☒ Fem () IDADE: _____ anos Data de Nascimento: ____/____/____

ESTADO CIVIL: Casado () Solteiro () Outros () Cartão do SUS: _____

ENDEREÇO: _____

TEL: _____

QUADRO CLÍNICO

CID-10: _____ COD. DE PROCEDIMENTO: _____

FC _____ bpm FR: _____ ipm PA: _____ x _____ mmHg GLASGOW 15

RESUMO: Rx de resgate de 1º grau de lesão torácica

posicionada em decúbito lateral

17/06/18

Unidade com (1) 911 gdx

e com 1 grupo para tratamento de urgência

TRATAMENTO INSTITUÍDO ATÉ O MOMENTO

MEDICAÇÃO(ÕES) UTILIZADA(S): Vida Transferência de

17/06

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS (Resumo dos resultados) Rx de tórax

INFORMAÇÕES DA TRANSFERÊNCIA

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: () falta de vaga (X) procedimento especializado () outros

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO

MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ: Dr. Lucas S. Lima

ENCAMINHAR FOTOCÓPIAS (XEROX) DOS EXAMES REALIZADOS.

ENCAMINHAR PRESCRIÇÃO ATUALIZADA.

ENFª RESPONSÁVEL PELO SETOR

DATA

17/06/18
Dr. Lucas S. Lima
Ortopedia / Traumatologia
CRM/SE 4778

HUSE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

REGISTRO DE ENFERMAGEM NO TRANS-OPERATÓRIO



NOME (s/abreviações): Jose Nivaldo de Almeida REGISTRO: 4065

DATA: 23/06/19 INÍCIO (Entrada/sala) 17 H TÉRMINO (Saída/sala) 18 H ALERGIA: Nega

CIRURGIÃO: Dr. Alisson 1º AUXILIAR:

ANESTESISTA: Dr. Igor 2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR: Aldemir CIRCULANTE: Elia

CIRURGIA PROGRAMADA: trocântico de fêmur em pé direito LATERALIDADE

CIRURGIA REALIZADA: a mesma ☐ DIREITA ☐ ESQUERDA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ ACORDADO ☐ SONOLENTO ☐ TORPOROSO ☐ COMATOSO

TÉCNICA ANESTÉSICA: ☐ GERAL VENOSA ☐ GERAL INALATÓRIA ☐ GERAL COMBINADA ☐ GERAL BALANCEADA ☒ RAQUIA

☐ PERIDURAL C/ CATETER ☐ PERIDURAL S/ CATETER ☐ SEDAÇÃO ☐ BLOQUEIO DE FLEXO ☐ LO

TOT: ☐ ARAMADO Nº ☐ MÁSCARA LARÍNGEA ☐ TRAQUEÓSTOMO ☐ GUEDEL ☐ SNG ☐ S

DISPOSITIVOS: SVD ☐ SILICONE ☐ SUCÇÃO ☐ D. TÓRAX ☐ D. PIZZER ☐ D. KHER ☐ D. BLAKE ☐ D.

☐ LÁTEX CVC ☐ DL ☐ AVP ☐ CATETER FOGARTY

ASEPSIA: ☒ PVR TÓPICO ☐ PVR ALCOÓLICA ☒ PVI DEGERMANTE ☐ CLOREXIDINA ALCOÓLICA ☐ CLOREXIDINA DEGERMANTE ☐ CLORE AQU

EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS UTILIZADOS

☐ BOMBA DE INFUSÃO ☐ DESFIBRILADOR ☐ MONITOR CEREBRAL (BIS) ☐ INTENSIFICADOR DE IMAGEM ☐ MANTA TÉRMICA ☐ MICRO


☐ FIBROSCÓPIO ☒ MONITOR CARDÍACO ☒ PA NÃO INVASIVA ☐ PA INVASIVA ☒ OXÍMETRO ☐ CAPNÓGRAFO

☐ FOCO AUXILIAR ☐ FONTE DE LUZ ☐ BRONCOSCÓPIO ☐ VIDEOLAPAROSCÓPIO ☐ OUTROS

POSIÇÃO: ☒ DORSAL ☐ VENTRAL ☐ LATERAL DIREITO ☐ LATERAL ESQUERDO ☐ CANIVETE ☐ TREDEMBURG ☐ LITOT

COXINS DE CONFORTO UTILIZADOS ☐ CABEÇA ☐ MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ ME

BISTURI ELÉTRICO: ☐ BIPOLAR ☐ MONOPOLAR

PLACA DE BISTURI 

LOCAL: ☒ ELETRODOS ☐ INCISÃO CIRÚRGICA

CONTAGEM DE COMPRESS. ENTREGUE 10 RECOL 10

CONTAGEM DE INSTRUMENTO ENTREGUE RECOL

SINAIS VITAIS

	SpO2 (%)	FC (BPM)	FC (BPM)	PA (mmHg)	PAI (mmHg)	TEMP (°C)	FR (RPM)
PRÉ-OPERATÓRIO	<u>97</u>	<u>76</u>		<u>117x60</u>			<u>12</u>
INTRA-OPERATÓRIO	<u>100</u>	<u>59</u>		<u>105x59</u>			<u>12</u>
PÓS-OPERATÓRIO	<u>100</u>	<u>58</u>		<u>116x69</u>			<u>12</u>

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 9.101.562-2

DATA DE EXPEDIÇÃO 01/07/2019

NOME JOSÉ NIVALDO DE ALMEIDA

RELACÃO GILVANEITE DA SILVA ALMEIDA

NATURALIDADE JOSÉ DE ALMEIDA

DATA DE NASCIMENTO 20/11/1989

NÚMERO DA SENHA DA GLÓRIA-SE 11069201551989100021385001950601

DOC ORGÃO CT. NASCIMENTO

CPF 026.445.421-97

OFICINA DE REGISTRO CIVIL DO MUNICÍPIO DE GLÓRIA-SE

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

COORDENADORIA GERAL DE IDENTIFICAÇÃO

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Foto de José Nivaldo de Almeida

Impressão digital

INVESTPREV

28 AGO 2019

Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190503229

Vítima: JOSE NIVALDO DE ALMEIDA

Data do Acidente: 22/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE NIVALDO DE ALMEIDA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: JOSE NIVALDO DE ALMEIDA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000003303

Conta: 0000039437-5

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





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA AISP
SENHORA DA GLÓRIA SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº 0083712919A03

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 23/08/2019 10:15 Data/Hora Fim: 23/08/2019 10:51
Origem: Data: 23/08/2019
Delegado de Polícia: Samuel Souza de Brito Oliveira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Regional de Nossa Senhora da Glória Aisp

Data/Hora do Fato: 22/06/2019 04:00

Local do Fato

Município: Nossa Senhora da Glória (SE)
Logradouro: POVOADO LAGOA BONITA

Bairro: Povoado
Nº: SN
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: JOSE NIVALDO DE ALMEIDA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Nossa Senhora Sexo: Masculino Nasc: 20/11/1989
Profissão: Agricultor Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Gilvandete da Silva Almeida Nome do Pai: Jose de Almeida

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 026.445.421-97

Endereço

Município: Nossa Senhora da Glória - SE
Logradouro: POVOADO BOA VISTA
Bairro: POVOADO

Nº: SN
CEP: 49.680-000

INVESTPREV

28 AGO 2019

Nome Civil: REGINALDO NUNES (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Nossa Senhora da Glória - SE

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

RELATA O COMUNICANTE QUE NO DIA 22 DE JUNHO 2019 POR VOLTA DAS QUATRO HORAS DA MANHA SEGUIA DO POVOADO BOA VISTA PARA A CIDADE DE GLÓRIA, NA GARUPA DE UMA MOTO CONDUZIDA PELO SEU CUNHADO REGINALDO NUNES, QUANDO NAS PROXIMIDADES DO POVOADO LAGOA BONITA COLIDIRAM LATERALMENTE COM UMA CARROÇA QUE SEGUIA NA MESMA DIREÇÃO. QUE A MOTOCICLETA EM QUE SEGUIA O COMUNICANTE E SEU CUNHADO ERA DE MARCA HONDA 150 /CG TITAN ESD PLACA NVI 4214 CHASSI 9C2KC1650BR527775, RENAVAM 00327280590, QUE APOS O ACIDENTE FOI SOCORRIDO PELO UMA AMBULÂNCIA QUE O LEVOU PARA O HOSPITAL REGIONAL DE GLÓRIA EM SEGUIDA PARA O HOSPITAL DE ITABAIANA E POR FIM PARA O HUSE ONDE FICOU INTERNADO POR QUATRO DIAS E APOS OPERAR UM DOS DEDOS DO PÉ QUE



Delegado de Polícia Civil Samuel Souza de Brito Oliveira
Impresso por: Anson Simões de Almeida
Data de Impressão: 23/08/2019 10:52
Protocolo nº: Não disponível

Página 3 de 20

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA AISP - NOSSA
SENHORA DA GLÓRIA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº 0888827079-A03

ESTAVA QUEBRADO OBTIVE ALTA RETORNOU PARA CASA QUE ALÉM DE QUEBRAR O DEDO NO ACIDENTE A PELE DO PÉ FOI ARRANCADA E OS TENDÕES E OSSOS FICARAM PARCIALMENTE EXPOSTOS NECESSITANDO DE CERCA DE 60 DIAS PARA RECUPERAÇÃO. QUE SEU CUNHADO NÃO TEVE SEQUELAS NO ACIDENTE. REGISTRO O FATO PARA ACIONAR O SEGURO DPVAT.

ASSINATURAS

Ailson Simões de Almeida
Responsável pelo Atendimento

Jose Nivaldo de Almeida
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 329-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

INVESTPREV

28 AGO 2019



Delegacia Regional de Nossa Senhora da Glória AISP
Impressão por: Ailson Simões de Almeida
Data de Impressão: 23/08/2019 09:00:52
Protocolo nº: N888827079-A03

Página 2 de 3

PPS - Procedimentos Policiais e Estatísticos

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:

026.445.421-97

Nome completo da vítima:

Jose Nivaldo De Almeida

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

Nome completo:

Jose Nivaldo De Almeida

CPF:

026.445.421-97

Profissão:

Camponês

Endereço:

Rua Algodoeiro

Número:

514

Complemento:

200A

Bairro:

Zona rural

Cidade:

St. Sra. da Glória

Estado:

SE

CEP:

49.680-000

E-mail:

marconduloria@gmail.com

Tel. (DDD):

99.99189207

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:

3303

CONTA:

39437

5

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

☐ 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 do Seguro DPVAT, para a existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º. Declaro que esta declaração não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVESTPREV

28 AGO 2019

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:

Vivos:

Falecidos:

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:

St. Sra. da Glória 27-08-19

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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.

IS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLORIA

No. DO BE: 437098
CNS:DATA: 22/06/2019 HORA: 04:32 USUARIO: LAOREIS
SETOR: 02-CONSULTORIO ADULTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE NIVALDO DE ALMEIDA
IDADE.....: 29 ANOS NASC: 20/11/1989
ENDERECO.....: POVOADO BARRA VERDE
COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE CEP....: 49680-000
NOME PAI/MAE...: JOSE DE ALMEIDA /GILVANDETE DA SILVA ALMEIDA
RESPONSAVEL....: O MESMO TEL....: 79 9867-0986
PROCEDENCIA....: NOSSA SENHORA DA GLORIA-SE
ATENDIMENTO...: OUTROS NAO ESPECIFICADOS ACIDENTE MOTOCICLISTICO
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS: *Conto* DATA PRIMEIROS SINTOMAS: *Conto*

ferida de grande quantidade de pele exposta de tendões, dura
Tea ma deitada de nojo e a perna queixas. Nega
ANOTACOES DA ENFERMAGEM: *Outras queixas, Nega alergias. Última Vt 30 anos*

DIAGNOSTICO: *Trauma Conto Contuso pé D* CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

- 1) Celofolima 1g - 4x/dia
- 2) Diclofenaco 75 mg 1x/dia
- 3) Tramadol 100 mg 1x/dia
- 4) Soro Anti Tetânico 1 dose

05:10h ferida 9.

INVESTPREV

28 AGO 2019

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

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

[] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE): *H. Reg. Taboiana*

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

FAMILIA

IME

[] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. Sydney Correia Leão

CRM-SE 4403
Clínica Geral/Patologia

Clínica Geral