

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

Valorização 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 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

DATA: 22/06/2019 HORA: 04:32 USUARIO: LAOREIS
CNS: SETOR: 02-CONSULTORIO ADULTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: JOSE NIVALDO DE ALMEIDA DOC...: 1990957-8
 IDADE: 29 ANOS NASC: 20/11/1989 SEXO...: MASCULINO
 ENDERECO: Povoado Barra Verde NUMERO: 0
 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 9867-09
 PROCEDENCIA: NOSSA SENHORA DA GLORIA-SE 86
 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: [] RAIOS X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS: *Fractura contusão no pé direito, com*
ferida grande quantidades de pele exposta detendo-se duran-
te a maltratado de 10 dias. Nao a outras queixas. Nao
anotacoes da enfermagem:
Fractura contusão no pé direito, com
ferida grande quantidades de pele exposta detendo-se duran-
te a maltratado de 10 dias. Nao a outras queixas. Nao

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1) Cefalotina 1g x 03,60
 2) Diclofenaco 0,050 mg x 01,60
 3) Tramadol 0,050 mg x 01,60
 4) Soro fisiológico 1000 ml

INVESTIGACAO

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: [] ATÉ 48HS [] APÓS 48HS

[] FAMILIA [] IME [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. Sydney Correia Leão

CRM-SE 4403
Clinica Geral/Patologia

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA

PROFISSÃO:

ANAMNESE DE ENFERMAGEM

HORÁRIO:

TIPO

ALERTA/orientado

LETARGICO

OBNUBILADO

TORPOROSO

COMATOSO

OUTROS

HISTÓRIA PREGRESSA

DIABETES

HIPERTENSÃO ARTERIAL

CARDIOPATIA

AVC

OUTROS:

QUAIS:

ALERGIAS / INTOLERÂNCIA

SIM

NÃO

MEDICAMENTO EM USO

SIM

NÃO

QUAIS:

QUAIS:

SINAIS VITais

Glicose

Pressão Arterial

Frequência Cardíaca

Temperatura

Frequência Respiratória

Saturação de Oxigênio

Peso

mg/dl

1

mmHg

bpm

°C

irpm

%

RISCO:

VERMELHO

AMARELO

VERDE

AZUL

OBSERVAÇÃO:

infarto: Rai e X de pe direito; Enfermaria em extremidade distal de 4º metatarso a D. / luxação em oligofrâncio de longa duração.

Ass. Enfermeiro(a) / Carimbo

ATENDIMENTO MÉDICO

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

4ºD. Fratura 4º metatarso Puxa sôv/alongamento
trauma contuso contuso extenso em sup do calcanhar
d. ① ameaça minima oper. cirúrgica. 10g.
J. Gabarina (cabo de aço) 10g. Gil van - onto de
distal de 4º metatarso (inserção genital)

EVOLUÇÃO MÉDICA

HOSPITAL REGIONAL DE SANTA CATARINA

Realização do Exame de Rota X 11/03/2002

COO. PROG. 2549 DATA 01

Dr. Sydney Correia Léo

CRM-SE 4403
Clínica Geral/Patologia

REGISTRO DE ENFERMAGEM

Carimbo de saída

Assinatura e Carimbo

NOME DO PACIENTE: JOSÉ NIVALDO DE LIMA
DATA DA ENTRADA: 22/06/19
DATA DA SAÍDA: 29/06/19

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 (X) UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

*Praticante de curta duração no HHS VISITA 31
Acidentado no trânsito com lesões ósseas e contusas
na face-pal com perda de sentimento
foi levado, medicado e amparado clínica
HHS em alta imediata*

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

22/06/19: Tomada cirurgia de fixação do pé

EXAMES COMPLEMENTARES:

rx: ferida de pé

MÉDICOS ASSISTENTES:

Alcides C. L. Almeida

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

ARACAJU, 06 de Julho de 2019

*Dr. Silvio L. V. Almeida
SAMAT/ HSE
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
 IDADE.....: 29 ANOS NASC: 20/11/1989
 ENDERECO....: Povoado BOA VISTA
 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: [] RAIOS X [] SANGUE [] URINA [] TC
 [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

*Fraco auto p/ d.
Adulto moto.*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

Fis +. Exame 4º UTT

PRESCRICAO

Lidocaina 4º Pdy

HORARIO DA MEDICACAO

① Kefogel 2g EV Agow 14:00 AM
 ② BAT 5000 CT 14:00 AM
 ③ SF 500 ml EV auto
 Salto 3.0

DATA DA SAIDA: / /

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

HORA DA SAIDA: / /

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

[] DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

R. P. D. 28

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

HOUSPE

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: PK

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: José Nivaldo do Prado 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: _____ lpm PA: _____ x _____ mmHg GLASGOW: 15RESUMO: Px elongação do pé 1 lesão 5
Posição encostado 5
rigidez
imobilizado com bracelete
elástico para estabilizar
o corpo cirúrgico
de extensão
de extensão
de extensão

TRATAMENTO INSTITuíDO ATÉ O MOMENTO

MEDICAÇÃO(ÕES) UTILIZADA(S): Cida TransfusãoEXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS (Resumo dos resultados): Px de amissão

INFORMAÇÕES DA TRANSFERÊNCIA

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

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO: Dr. Lucas S. Lima
Ortopedista / Traumatologista
CRM/SE 4778MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ: AC 27/06/19

ENCAMINHAR FOTOCÓPIAS (XEROX) DOS EXAMES REALIZADOS.

ENCAMINHAR PRESCRIÇÃO ATUALIZADA.

ENFº RESPONSÁVEL PELO SETOR

DATA

27/06/19
Lucas S. Lima
Dr. Lucas S. Lima
Ortopedista / Traumatologista
CRM/SE 4778
Inte
Carinbo

HUSE

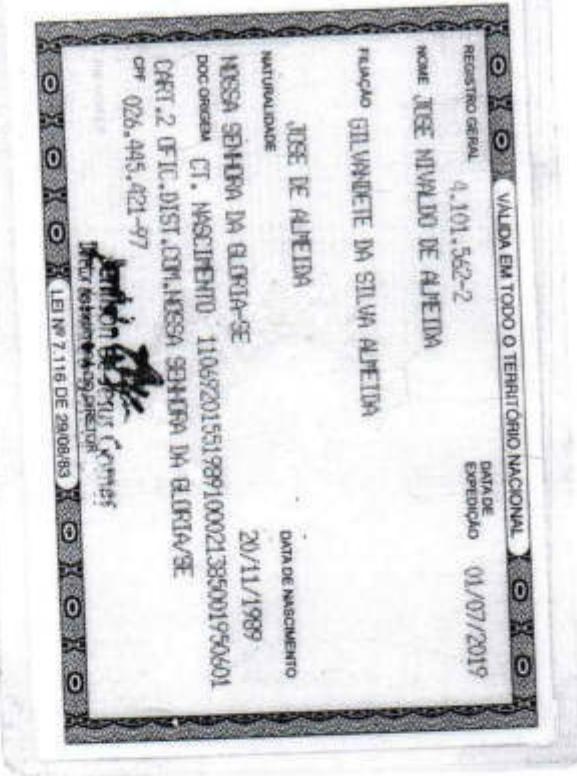
HOSPITAL DE URGENCIA DE SERGIPE

REGISTRO DE ENFERMAGEM NO TRANS-OPERATÓRIO



NOME (s/abreviações): <i>José Nivaldo de Almeida</i>		REGISTRO: <i>4065</i>					
DATA: <i>23/06/19</i>	INÍCIO (Entrada/sala) <i>07</i> H	TERMINO (Saída/sala) <i>8</i> H	ALERGIA: <i>Nega</i>				
CIRURGÃO: <i>Dr. Alisson</i>	1º AUXILIAR:						
ANESTESISTA: <i>Dr. S. G. S.</i>	2º AUXILIAR:						
INSTRUMENTADOR: <i>Dr. Ademir</i>	CIRCULANTE <i>S. G. S.</i>						
CIRURGIA PROGRAMADA: <i>Tratamento cirúrgico de fistula em pé direito</i>		LATERALIDADE					
CIRURGIA REALIZADA: <i>a mesma</i>		<input type="checkbox"/> DIREITA	<input type="checkbox"/> ESQUERDA				
NÍVEL DE CONSCIENCIA: <input checked="" type="checkbox"/> ACORDADO <input type="checkbox"/> SONOLENTO <input type="checkbox"/> TORPOROSO <input type="checkbox"/> COMATOSO <input type="checkbox"/> GERAL <input type="checkbox"/> GERAL <input type="checkbox"/> GERAL <input type="checkbox"/> GERAL VENOSA INALATÓRIA COMBINADA BALANCEADA TÉCNICA ANESTÉSICA: <input type="checkbox"/> PERIDURAL C/ CATETER <input type="checkbox"/> PERIDURAL S/ CATETER <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO <input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO <input type="checkbox"/> LO							
TOT. <input type="checkbox"/> ARAMADO <input type="checkbox"/> MÁSCARA LARINGEA <input type="checkbox"/> TRAQUEÓSTOMO <input type="checkbox"/> GUEDEL. <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> COMUM							
DISPOSITIVOS: SVD <input type="checkbox"/> SILICONE <input type="checkbox"/> SUÇÃO <input type="checkbox"/> D. TÓRAX <input type="checkbox"/> D. PIZZER <input type="checkbox"/> D. KHER <input type="checkbox"/> D. BLAKE <input type="checkbox"/> D. <input type="checkbox"/> LÁTEX							
CVC <input type="checkbox"/> DL <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> CATETER FOGARTY							
ASSEPSIA: <input checked="" type="checkbox"/> PVP TÓPICO <input type="checkbox"/> PVP ALCOÓLICA <input checked="" type="checkbox"/> PVP DEGERMANTE <input type="checkbox"/> CLOREXIDINA ALCOÓLICA <input type="checkbox"/> CLOREXIDINA DEGERMANTE <input type="checkbox"/> CLORE AQU							
EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS UTILIZADOS							
<input type="checkbox"/> BOMBA DE INFUSÃO <input type="checkbox"/> DESFIBRILADOR		<input type="checkbox"/> MONITOR CEREBRAL (BIS) <input type="checkbox"/> INTENSIFICADOR DE IMAGEM <input type="checkbox"/> MANTA TÉRMICA <input type="checkbox"/> MICR					
<input type="checkbox"/> FIBROSCÓPIO <input checked="" type="checkbox"/> MONITOR CARDÍACO		<input checked="" type="checkbox"/> PA NÃO INVASIVA <input type="checkbox"/> PA INVASIVA <input checked="" type="checkbox"/> OXÍMETRO <input type="checkbox"/> CAPNÓGRAFO					
<input type="checkbox"/> FOCO AUXILIAR <input type="checkbox"/> FONTE DE LUZ		<input type="checkbox"/> BRONCOSÓPIO <input type="checkbox"/> VIDEOLAPAROSCÓPIO <input type="checkbox"/> OUTROS					
POSIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> DORSAL <input type="checkbox"/> VENTRAL <input type="checkbox"/> LATERAL DIRETO <input type="checkbox"/> LATERAL ESQUERDO <input type="checkbox"/> CANIVETE <input type="checkbox"/> TRENDLEMBURG <input type="checkbox"/> LITOT							
COXINS DE CONFORTO UTILIZADOS		BISTURI ELÉTRICO: <input type="checkbox"/> BIPOLAR <input type="checkbox"/> MONOPOLAR					
<input type="checkbox"/> CABEÇA <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> ME		PLACA DE BISTURI 					
		ENTREGUE <input type="checkbox"/> <i>10</i> <input type="checkbox"/> RECOL					
LOCAL: • ELETRODOS		ENTREGUE <input type="checkbox"/> <i>10</i> <input type="checkbox"/> RECOL					
± INCISÃO CIRÚRGICA		ENTREGUE <input type="checkbox"/> <i>10</i> <input type="checkbox"/> RECOL					
SINAIS VITAIS							
	SpO2 (%)	FC (BPM)	FC (BPM)	PA (mmHg)	PAI (mmHg)	TEMP (°C)	FR (RPM)
PRÉ-OPERATÓRIO	<i>97</i>	<i>76</i>		<i>117x60</i>			<i>12</i>
INTRA-OPERATÓRIO	<i>100</i>	<i>59</i>		<i>105x59</i>			<i>12</i>
PÓS-OPERATÓRIO	<i>100</i>	<i>58</i>		<i>116x69</i>			<i>12</i>

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM



INVESTPREV

28 AGO 2019

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





**GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA AISB : NOSSA
SENHORA DA GLÓRIA - SE**

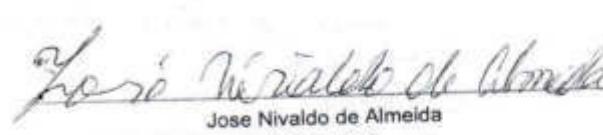
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº 0888927019-A03

ESTAVA QUEBRADO OBTEVE ALTA RETORNOU PARA CASA QUE ALEM 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 ACONTRAR 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 canto que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei ontem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

INVESTPREV

28 AGO 2019



Delegacia de Polícia Civil de Nossa Senhora da Glória - SE
Impresso por: Ailson Simões de Almeida
Data de impressão: 23/08/2019 10:52
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 3

PPe - Procedimento Policial Eletrônico

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:

Nome completo da vítima:

026.445.421-97 *Jose Nivaldo De Almeida*

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

CPF:

026.445.421-97

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Juradoor Pov algodureiro

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Zona rural N. Sra Da Glória

E-mail:

Tel. (DDD):

marcondulpho@gmail.com

79.99189207

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- 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)

AGÊNCIA: **3303** CONTA: **3943 7 5**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias 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 da seguradora, para a determinação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, que é de natureza médica, e 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) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não
 Vivos: Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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: *N. Sra Da Glória 27-08-19*

Nome: _____

CPF: _____

X Jose Nivaldo de Almeida

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

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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

DATA: 22/06/2019 HORA: 04:32 USUARIO: LAOREIS
CNS: SETOR: 02-CONSULTORIO ADULTO

ATO

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

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

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

DADOS CLINICOS: *Trauma contuso contuso* DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

*Perda de grande quant. de sangue na região de fíbula, com
 trauma moderado de joelho. Nossa a dor é moderada, dura
 10 min. Pode haver alguma dificuldade de articulação, mas
 não queixa. Nada mais.*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM: *Trauma contuso contuso pé* CID:

DIAGNOSTICO: *Trauma contuso contuso pé* PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

- ① Ciclotimia 10g AD, FN
- ② Ciclofenado 01 ampola
- ③ Furosemol 01 ampola
- ④ Soro 1000 ml 10%

INVEST/PREV

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 [] IMI [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. Sydney Correia Ledo

CRM-SE 4403
Clínica Geral/Patologia