

PEDIDO DE EXAME**DATA INCLUSÃO**

22/10/2018 12:23:01

USUÁRIO

Braulio Costa Neto

REVISÃO

1/1

ESPECIALIDADE**DATA REVISÃO**

22/10/2018 12:23:01

REGISTRO CONSELHO

CRM SE 1305

IDENTIFICAÇÃO**PRONTUÁRIO NOME DO PACIENTE**

140942 Adelvan Joaquim dos Santos

NOME DA MÃE**DATA NASCIMENTO**

15/01/1959

SEXO

Masculino

NATURALIDADE**ENDEREÇO RESIDENCIAL**

Rua Simplicio Francisco de Souza, 106 - -

Centro

Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -

PESO**ALTURA****PERÍMETRO CEFÁLICO****CONTEÚDO IMPRESSO**

Solicito:

Rx. Calcaneo D 2p

Diagnóstico/**Relatório**: Paciente com artralgia aguda e fratura do calcaneo.
CID 10: M25.5+S92.0

02-05-2018/0001-607
Dr. Gersonaldo F. S. Silva
Av. Gersonaldo Prado Roldenberg, nº 230
Bairro São José - CEP 49.015-200
Aracaju - SE

LAUDO, ATESTADO, TEXTO**DATA INCLUSÃO**

22/10/2018 12:26:58

USUÁRIO

Ortho Ortopedia e Serviços Ltda

REVISÃO

1/1

ESPECIALIDADE

-

DATA REVISÃO

22/10/2018 12:26:58

REGISTRO CONSELHO

CRM SE 310

IDENTIFICAÇÃO**PRONTUÁRIO NOME DO PACIENTE**

140942 Adelvan Joaquim dos Santos

NOME DA MÃE

-

DATA NASCIMENTO

15/01/1959

SEXO

Masculino

NATURALIDADE

-

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Rua Simplicio Francisco de Souza, 106 - -

Centro

Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -

PESO

-

ALTURA

-

PERÍMETRO CEFÁLICO

-

CONTEÚDO IMPRESSO**ORTHO ORTOPEDIA E SERVIÇOS LTDA.**

Av. Gonçalo Prado Rollemberg, nº: 230 Bairro São José - Aracaju/SE

Tel.: (79) 3218 6800 / 6808 Fax: (79) 3218 6815 / 6816

Nome: Adelvan Joaquim dos Santos**Idade:** 15/01/1959**Convênio:** Particular**Data:** 22/10/2018 12:26 140942**SOLICITAÇÃO DE RAIOS X**

Requisitante: Dr. BCN

EXAMES:

RX CALCANEOS D 2P

Promessa para: 26/10/2018

(Entrega: das 17:00hs às 19:00hs de Segunda a Sexta)

Atendente: MA

Obs: Favor trazer este documento para pegar o resultado do seu exame. Ele estará disponível até 90 dias após a realização. Expirado o prazo citado o exame será descartado.

ORTHO ORTOPEDIA E SERVIÇOS LTDA.

Av. Gonçalo Prado Rollemberg, nº: 230 Bairro São José - Aracaju/SE

Tel.: (79) 3218 6800 / 6808 Fax: (79) 3218 6815 / 6816

Nome: Adelvan Joaquim dos Santos**Idade:** 15/01/1959**Convênio:** Particular**Data:** 22/10/2018 12:26 140942**SOLICITAÇÃO DE RAIOS X**

Requisitante: Dr. BCN

EXAMES:

RX CALCANEOS D 2P

102365.918/0001-007
Ortho Ortopedia e Serviços Ltda EPP
Av. Gonçalo Prado Rollemberg, nº 230
Bairro São José - CEP 49105-230
Aracaju - SE

LAUDO, ATESTADO, TEXTO**DATA INCLUSÃO**

26/10/2018 15:12:43

USUÁRIO

Laudos

REVISÃO

2/2

ESPECIALIDADE

Cardiologia

DATA REVISÃO

26/10/2018 15:12:45

REGISTRO CONSELHO

CRM SE 1421

IDENTIFICAÇÃO**PRONTUÁRIO NOME DO PACIENTE**

140942 Adelvan Joaquim dos Santos

NOME DA MÃE

-

DATA NASCIMENTO

15/01/1959

SEXO

Masculino

NATURALIDADE

-

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Rua Simplicio Francisco de Souza, 106 - -

Centro

Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -

PESO

-

ALTURA

-

PERÍMETRO CEFÁLICO

-

CONTEÚDO IMPRESSO

Nome: Adelvan Joaquim dos Santos

Idade: 15/01/1959

Convênio: Particular

Médico: Dr. Bráulio Costa Neto

Data: 22/10/2018

LAUDO RADIOLÓGICO**CALCÂNEO D:**

Discreta osteoporose.

Fratura impactada calcanear.

Osteofitose plantar do calcâneo.


Dr. Gilmário Macedo de Oliveira
RADIOLOGISTA
CRM - 602/SE

102.365-912/2009-1-507
Conselho Regional de Radiologia do Estado de Sergipe
Av. Gonçalo Prado Rollemberg, nº 220
Bairro São José - CEP 49.015-230
Aracaju - SE

LAUDO, ATESTADO, TEXTO**DATA INCLUSÃO**

23/11/2018 11:03:27

USUÁRIO

Ortho Ortopedia e Serviços Ltda

REVISÃO

2/2

ESPECIALIDADE

-

DATA REVISÃO

23/11/2018 11:04:27

REGISTRO CONSELHO

CRM SE 310

IDENTIFICAÇÃO**PRONTUÁRIO NOME DO PACIENTE**

140942 Adelvan Joaquim dos Santos

NOME DA MÃE

-

DATA NASCIMENTO

15/01/1959

SEXO

Masculino

NATURALIDADE

-

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Rua Simplicio Francisco de Souza, 106 - -

Centro

Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -

PESO

-

ALTURA

-

PERÍMETRO CEFÁLICO

-

CONTEÚDO IMPRESSO

Nome: Adelvan Joaquim dos Santos

Idade: 15/01/1959

Convênio: Particular

Médico: Dr. Bráulio Costa Neto

Data: 22/10/2018

LAUDO RADIOLÓGICO**CALCÂNEO D:**

Discreta osteoporose.

Fratura impactada calcanear.

Osteofitose plantar do calcâneo.



Dr. Gilmário Macedo de Oliveira
RADIOLOGISTA
CRM - 602/SE

102.365.978/0001-01
Ortho Ortopedia e Serviços Ltda EPP
Av. Getúlio Vargas, 230
Bairro São José - CEP 48.015-200
Aracaju - SE

LAUDO, ATESTADO, TEXTO**DATA INCLUSÃO**

06/03/2019 11:47:47

USUÁRIO

Ortho Ortopedia e Serviços Ltda

REVISÃO

1/1

ESPECIALIDADE

-

DATA REVISÃO

06/03/2019 11:47:47

REGISTRO CONSELHO

CRM SE 310

IDENTIFICAÇÃO**PRONTUÁRIO NOME DO PACIENTE**

140942 Adelvan Joaquim dos Santos

NOME DA MÃE

-

DATA NASCIMENTO

15/01/1959

SEXO

Masculino

NATURALIDADE**ENDEREÇO RESIDENCIAL**

Rua Simplicio Francisco de Souza, 106 - -

Centro

Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -

PESO**ALTURA****PERÍMETRO CEFÁLICO****CONTEÚDO IMPRESSO****ORTHO ORTOPEDIA E SERVIÇOS LTDA.**

Av. Gonçalo Prado Rollemberg, nº. 230 Bairro São José - Aracaju/SE

Tel.: (79) 3218 6800 / 6808 Fax: (79) 3218 6815 / 6816

Nome: Adelvan Joaquim dos Santos**Idade:** 15/01/1959**Convênio:** Particular**Data:** 06/03/2019 11:47 140942**SOLICITAÇÃO DE RAO X**

Requisitante: Dr. BCN

EXAMES:

RX TORNOZELO D 2P

Promessa para: 12/03/2019

(Entrega: das 17:00hs às 19:00hs de Segunda a Sexta)

Atendente: MA**Obs:** Favor trazer este documento para pegar o resultado do seu exame. Ele estará disponível até 90 dias após a realização. Expirado o prazo citado o exame será descartado.**ORTHO ORTOPEDIA E SERVIÇOS LTDA.**

Av. Gonçalo Prado Rollemberg, nº. 230 Bairro São José - Aracaju/SE

Tel.: (79) 3218 6800 / 6808 Fax: (79) 3218 6815 / 6816

Nome: Adelvan Joaquim dos Santos**Idade:** 15/01/1959**Convênio:** Particular**Data:** 06/03/2019 11:47 140942**SOLICITAÇÃO DE RAO X**

Requisitante: Dr. BCN

EXAMES:

RX TORNOZELO D 2P

Promessa para: 12/03/2019

(Entrega: das 17:00hs às 19:00hs de Segunda a Sexta)



PEDIDO DE EXAME**DATA INCLUSÃO**

06/03/2019 11:43:14

USUÁRIO

Braulio Costa Neto

REVISÃO

2/2

ESPECIALIDADE

-

DATA REVISÃO

06/03/2019 11:45:48

REGISTRO CONSELHO

CRM SE 1305

IDENTIFICAÇÃO**PRONTUÁRIO NOME DO PACIENTE**

140942 Adelvan Joaquim dos Santos

NOME DA MÃE

-

DATA NASCIMENTO

15/01/1959

SEXO

Masculino

NATURALIDADE**ENDEREÇO RESIDENCIAL**

Rua Simplicio Francisco de Souza, 106 - -

Centro

Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -

PESO**ALTURA****PERÍMETRO CEFÁLICO**

-

-

-

CONTEÚDO IMPRESSO

Solicito:

Rx.Tornozelo D 2p

Diagnóstico/**Relatório**: Paciente com artralgia aguda e sequela de fratura com sinovite, necessitando de avaliação radiografica para diagnóstico e terapia de urgencia.

CID 10: S92.0+M25.5



Nome: Adelvan Joaquim dos Santos

RELATÓRIO e ATESTADO MÉDICO

Relato e atesto para os devidos fins de direito, que Adelvan Joaquim dos Santos, 60 anos e 2 meses, foi vítima de acidente de trânsito e atendido na minha clínica em 10/09/2018, com fratura do calcâneo direito e entorse do tornozelo direito com lesão ligamentar aguda neste último. Submeteu-se a tratamento especializado desde então e no momento encontra-se com a fratura do calcâneo consolidada e alinhada mas apresenta instabilidade e dor de pequena intensidade à marcha, no tornozelo direito (sequela do acidente).

CID10: S92.0+S93.2

Aracaju, 20 de Março de 2019

Bráulio Costa Neto
Ortopedia
CRM-SE 1305

SE Nº 014562708162 BILHETE DE SEGURO DPVAT

11-27 2019

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**

www.seguradoralider.com.br

CMT	3500	PBT	1600
-----	------	-----	------

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

VIA CPF/CNPJ PLACA
04.439.268/0001-B5 QRE7460

RENAVAM	MARCA / MODELO
1046542960	VW / 17.280 CRM 4x2 4P

ANO FAB 2014

CALIBRE 10

N° CHIASSI 953658244F-R514041

PRÊMIO TABIFÁRIO

FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
19,49	2,16	21,66

CUSTO DO BILHETE (R\$)	4,15	IOE (R\$)	0,18	TOTAL A SER PAGAO PELA SEGURADORA	47,50
------------------------	------	-----------	------	-----------------------------------	-------

☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

QUESTIONS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190611792 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADELVAN JOAQUIM DOS SANTOS **Data do acidente:** 10/09/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO CALCÂNEO COM ENTORSE DE TORNOZELO À DIREITA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR DIREITO COM MARCHA CLAUDICANTE (++/+4), FORÇA MUSCULAR DO PÉ DIMINUÍDO (+++/+5), EM VIRTUDE DA DOR E BLOQUEIO, EDEMA DE MODERADO VOLUME NO TORNOZELO E PÉ, DOR E BLOQUEIO NO TORNOZELO, RETRO E MESO PÉ, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO E DO MOVIMENTO DE INVERSÃO, EVERSÃO, FLEXÃO E EXTENSÃO DO PÉ
AMPLITUDE DE MOVIMENTO ARTICULAR DO TORNOZELO: DORSIFLEXÃO 05° / EXTENSÃO 15°

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 13/11/2019

Conduta mantida:

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 leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190611792 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADELVAN JOAQUIM DOS SANTOS **Data do acidente:** 10/09/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE CALCÂNEO DIREITO. P.4,13

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P.7

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: P.21 / 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.

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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

11.03.2019

PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Adelmar Joaquim dos Santos
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) lançador, portador da cédula
de identidade RG nº 490145, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 169.944.505-20, residente na (endereço
completo) AV. Simplicio F. De Souza 7º 106, na cidade de
N. São da Glória, (UF) SE, CEP 49.680-000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) Jose Rangel da O. Rosa
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) contador, portador da cédula
de identidade RG nº 21233829, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na (endereço
completo) Rua dos Santos, na cidade de
N. São da Glória, (UF) SE, CEP 49.680-000, a quem confiro
amplos e gerais poderes para, tratar, requerer, assinar papéis e
documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO**
SEGURO DPVAT da vítima (nome da vítima) Adelmar Joaquim dos Santos
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) N. São da Glória 26.03.19

(assinatura) Adelmar Joaquim dos Santos

(RG) 490145

OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

HOMOLOGAÇÃO
DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA/SE
RECONHECIMENTO
que confere o e poder reg. neste servidor. Ocul. 19
Nossa Senhora Glória/SE, 26 de março de 2019. Dou 19
Valor Total R\$ 0,00
Ederaldo Alves da Silva (Empregado)
26/03/2019 14:45:14
Site TJSE: 201928672007016. Acesso:
https://www.tjse.jus.br/BDIVIX

Ass. Ederaldo Alves da Silva, 20
Crono - Nossa Senhora da Glória/SE
CPF 49480-000 - Fone: 79 3411 1365
Email: zsp@tjse.jus.br



Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190252392

Vítima: ADELVAN JOAQUIM DOS SANTOS

Data do Acidente: 10/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADELVAN JOAQUIM DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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: 169.944.505-20 Nome completo da vítima: Adelvan Joaquim dos Santos

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

Nome completo: Adelvan Joaquim dos Santos CPF: 169.944.505-20
Profissão: Camada Endereço: Av Simplicio F de Souza Número: 106 Complemento: Casa
Bairro: Centro Cidade: Itaú de Azevedo Estado: SE CEP: 49680-000
E-mail: lucascdeglovia@gmail.com Tel.(DDD): 79-99918-9202

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO 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: Caixa
AGÊNCIA: 3303 CONTA: 20846
(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) ☐ 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 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.

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Local e Data: Itaú de Azevedo - 26.03.2019
Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Adelvan Joaquim dos Santos
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.

02/03/2019



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA ESPECIAL DE ATENDIMENTO À GRUPOS VULNERÁVEIS - NOSSA
SENHORA DA GLÓRIA - NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 032386/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 26/03/2019 09:33

Data/Hora Fim: 26/03/2019 09:57

Origem: Data: 26/03/2019

Delegado de Polícia: Samuel Souza de Brito Oliveira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especial de Atendimento À Grupos Vulneráveis - Nossa Senhora da Glória

Data/Hora do Fato: 26/03/2019 09:00

Local do Fato

Município: Nossa Senhora das Dores (SE)

Bairro: Povoado Bravo

CEP: 49.600-000

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ALDEVAN JOAQUIM DOS SANTOS (COMUNICANTE , VÍTIMA)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

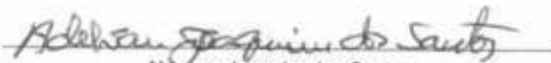
Envolvido(a)	Grupo	Subgrupo	Descrição	Vínculo
Aldevan Joaquim dos Santos	Veículo	Caminhão/Caminhão Trator	Placa QKR7460, Chassi 953658244FR514041, Núm. Motor 2094026A164025, Renavam 01048542960	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

RELATA O NOTICIANTE QUE POR VOLTA DAS 09H00 DO DIA 10/09/2018 CONDUZIU O VEÍCULO QKR 1460, CAMINHÃO MUNK DA MARCA VW/17.280, COR BRANCA, EM NOME DO LATICÍNIOS SANTA MARIA LTDA (NATVILLE) ATÉ O REFERIDO POVOADO, A FIM DE REALIZAR A FUNÇÃO DE DESEMBARQUE DE TANQUES DE REFRIGERAÇÃO UTILIZADOS NA FUNÇÃO DE CAPTAÇÃO LEITEIRA DA REFERIDA EMPRESA, QUANDO ESCORREGOU DA PLATAFORMA DO VEÍCULO E LESIONOU O CALCANEIO DIREITO E ENTORSE DIREITO COM LESÃO LIGAMENTAR AGUDA, CONFORME RELATÓRIO MÉDICO EM ANEXO. A PRESENTE COMUNICAÇÃO TEM POR FINALIDADE A OBTENÇÃO DO SEGURO DPVAT.

ASSINATURAS


Diangeles Costa Mesquita
Responsável pelo Atendimento


Aldevan Joaquim dos Santos
(Comunicante / Vítima)

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



Delegado de Polícia Civil: Samuel Souza de Brito Oliveira
Impresso por: Diangeles Costa Mesquita
Data de Impressão: 26/03/2019 09:57
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



02/03/2019



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA ESPECIAL DE ATENDIMENTO À GRUPOS VULNERÁVEIS - NOSSA
SENHORA DA GLÓRIA - NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 032386/2019

Samuel Souza de Brito Oliveira
Delegado(a) de Polícia

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:

169.944.505-20

Adelvan Joaquim dos Santos

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

Nome completo:

Adelvan Joaquim dos Santos

CPF:

169.944.505-20

Profissão:

Camada

Endereço:

Rua Simplicio F de Souza

Número:

106

Complemento:

Casa

Bairro:

Centro

Cidade:

Passo Seabra da Glória

Estado:

SE

CEP:

49680-000

E-mail:

lucascdegloia@gmail.com

Tel.(DDD):

79-99918-9202

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO 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: Caixa

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

3303

CONTA:

20846

2

(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)

☐ 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:

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Passo Seabra da Glória - 26.03.2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

LAUDO, ATESTADO, TEXTO**DATA INCLUSÃO**

10/09/2018 13:20:39

REVISÃO

1/1

DATA REVISÃO

10/09/2018 13:20:39

USUÁRIO

Ortho Ortopedia e Serviços Ltda

ESPECIALIDADE

-

REGISTRO CONSELHO

CRM SE 310

IDENTIFICAÇÃO**PRONTUÁRIO NOME DO PACIENTE**

140942 Adelvan Joaquim dos Santos

DATA NASCIMENTO

15/01/1959

SEXO

Masculino

NOME DA MÃE

-

NATURALIDADE**ENDEREÇO RESIDENCIAL**

Rua Simplicio Francisco de Souza, 106 - -

Centro

Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -

PESO

-

ALTURA

-

PERÍMETRO CEFÁLICO

-

CONTEÚDO IMPRESSO**APLICAÇÃO DE MEDICAÇÃO COM TRAMAL + BEXTRA****CLÍNICA ORTHO DAY HOSPITAL**

Nome: Adelvan Joaquim dos Santos Convênio: Particular D. N.: 15/01/1959 Horário: 13:20

Data: 10/09/2018

Recepcionista: MAX

Médico: BCN

MATERIAL / QUANTIDADE

Seringa descart. 10ml _____ und

Algodão _____ bola(s)

Ag. descart. 30x 07 _____ und

Povidine Tópico _____ ml

Seringa descart. 5 ml _____ und

Curativo _____ und.

Outro ⇨ _____

MEDICAMENTO / QUANTIDADE

Bextra _____

Tramal _____

Adrenalina (1mg) _____ amp

Movatec (15 mg) _____ amp

Água Bidestillada _____ amp

Profenid _____ amp

Bicarbonato Sódio _____ amp

Xilocaina 1% s/v(20ml) _____ amp

Depomedrol _____ amp

Xilocaina 2% s/v(20ml) _____ amp

Dexametasona _____ amp

Xilocaina spray _____ ml

Diprosan _____ amp

Soro Fisiologico _____ ml _____ und

Dipirona _____ amp

Outro ⇨ _____

Auxiliar de Enfermagem: _____

Taxa de Procedimento _____

102365-918/0001-607
Ortho Ortopedia e Serviços Ltda EPP
R. São João Prédio Radiologia nº 230
Bairro São José - CEP 49.000-000
Aracaju - SE