

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO PAULO DE SOUZA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01399-4

CONTA: 000010018089-2

Nr. da Autenticação 726BFE756B561895

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190697699 **Cidade:** Canhoba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO PAULO DE SOUZA **Data do acidente:** 27/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 1/10/11/16_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



RELATÓRIO

O (a) paciente João Paulo de Souza

foi atendido (a), na unidade dia 27, 09, 19

tendo sido submetido (a) tratamento ☒ cirúrgico () conservador de Fratura da

perna ES9 com Fix Ext.

REPOUSO POR 180 dias

CID S 820

ARACAJU, 30, 09, 19


DR. SÉRGIO CAVALCANTI M. DE MELO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - 1822 TEOT - 6348

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 58928

DATA: 27/09/2019 HORA: 11:13 USUARIO: ISINACIO

CNS: SETOR: 05-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOAO PAULO DE SOUZA DOC...:
IDADE.....: 20 ANOS NASC: 15/11/1998 SEXO...: MASCULINO
ENDereco.....: POV MOITA REDONDA NUMERO:
COMPLEMENTO...: 708508324157579 BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO.....: AQUIDABA UF: SE CEP...: 49790-000
NOME PAI/MAE...: CELSO DE SOUZA /VALDICE NARCIZA DOS SANTOS SO
RESPONSAVEL...: JOAO BATISTA IRMAO TEL...: 79/9651846
PROCEDENCIA...: AQUIDABA 0
ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
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:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

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

[] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

João Paulo de Souza
Acidente motociclistico

João Ferreira Alves

FARMACIA e Traumatologia
CRM-SE 2486 TEOT-SBOT 10634



FICHA DE ATENDIMENTO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - SISTEMA DE MANCHESTER

NOME DO PACIENTE (Sem abreviações):

REGISTRO:

IDADE:

ETNIA:

DATA: ____/____/____

DATA DE NASCIMENTO

NOME DA MÃE:

HORA:

SITUAÇÃO / QUEIXA:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

LUXOGRAMA:

DISCRIMINADOR:

ALERGIAS (MEDICAMENTOS E ALIMENTOS):

VERMELHO	ARANJA	AMARELO	VERDE	AZUL
	MUITO URGENTE	URGENTE	POUCO URGENTE	NÃO URGENTE
0 MIN	10 MIN	60 MIN	120 MIN	240 MIN

OBSERVAÇÃO:

DESTINO / ENCAMINHAMENTO:

CPF:

COREN:

ASSINATURA:

ORDENADOR:

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____ h

CLASSIFICAÇÃO PARA A PRIORIDADE:

DISCRIMINADOR

às ____ h ____ min.

ENF.:

COREN:

CONFIRMADA IDENTIFICAÇÃO COM O PACIENTE / FAE / PULSEIRA? (S/N)

LOCAL DA PULSEIRA? (S/N)

QUAL MEMBRO? (PULSO E / PULSO D / TORNOZELO E / TORNOZELO D)



HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIÁ
SÃO VICENTE DE PAULA
GUIA DE TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

02

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: JOÃO PAULO DA SILVA
SEXO: Masc. (X) Fem. () IDADE: 20 ANOS CARTÃO SUS: _____
MUNICÍPIO DE ORIGEM: _____ SETOR DO HOSPITAL: _____

QUADRO CLÍNICO

FRATURA EXPOSTA 513-100 PLANA E FLEXIONADA
NO BASTA MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA PLANA E FLEXIONADA

TRATAMENTO INSTITUIDO ATÉ O MOMENTO

MEDICAÇÕES UTILIZADAS:

ANALGÉSICO 01 AMP. IM
ANTIBIÓTICO, CURATIVO, CALÇA G. PLANA

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS (Resumo dos resultados):

RADIO X PLANA E FLEXIONADA 2P

INFORMAÇÕES DA TRANSFERÊNCIA

HOSPITAL DE DESTINO DO PACIENTE: HUP

DATA DA TRANSFERÊNCIA: 27/09/19 HORA DO CONTATO: _____

MOTIVOS DA TRANSFERÊNCIA: () Falta de Vaga () Hemoderivados

(X) Procedimento Especializado TRATAMENTO CIRÚRGICO

() Falta de Recurso _____

() Equipe Incompleta _____

() Outros _____

CONTATO: _____ HORA DO CONTATO: _____

VEÍCULO UTILIZADO: Ambulância do Hospital () Amb. do Município (X) SAMU: USB: () USA: ()

- SOMENTE PREENCHER ESTA FICHA SE O PACIENTE FOR TRANSFERIDO NOS TRANSPORTES ACIMA CITADOS;
- MÉDICO/ENFERMEIRO FAVOR ESPECIFICAR O MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA DA MELHOR FORMA POSSÍVEL, DESCREVENDO OS MOTIVOS ABRANGENTES NAS LINHAS CORRESPONDENTES;
- É MUITO IMPORTANTE A IDENTIFICAÇÃO DO TRANSPORTE UTILIZADO;
- É OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS DESSE QUADRO DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA;
- SEMPRE FAZER A GUIA DE TRANSFERÊNCIA EM DUAS VIAS;

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL PELO SETOR
(ASSINATURA E CARIMBO)

Atliesses Leite
Ortopedia-Traumatologia
CREMESE 3945

MÉDICO SOLICITANTE
(ASSINATURA E CARIMBO)

SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
SERVIÇO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÕES DIÁRIAS

30

DATA: 30/09/2019

° DIH

NOME: João Paulo de Souza 20 a

DIAGNÓSTICO: FE com 309 Reduzido

Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º. Dieta Livre	
2º. Gelco Salinizado	
3º. Kefazol 1 g EV 8/8hs ou Keflin 1 g IV 6/6hs	
4º.	
5º. Dipirona 2ml + 8 ml AD IV ou Paracetamol 40gts VO 6/6hs SOS	
6º. Nauseidron 8mg IV 08/08hs SOS	
7º. Antak 50mg EV ou 150mg VO / Omeprazol 40mg IV ou VO às 6hs	
8º. Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% IV ou VO 8/8hs SOS	
9º. Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% IV 12/12hs SOS	
10º. Captopril 25mg VO 8/8hs se PAS > 180 mmHg e PAD > 110 mmHg SOS	
11º. Luftal 40 gts VO de 8/8 hs SOS	
12º. Clexane 40mg SC 1 x dia ou Heparina 5000UI SC 2 x dia	
13º. Dextro 6/6hs se Diabético	
14º Insulina Regular SC, após o dextro. 201 - 250: 02UI 251 - 300: 04UI 301 - 350: 06UI 351 - 400: 08UI > ou = 401: 10UI	
15º. Curativos Diários 1 x dia SF 0,9% + Gazes	
16º SSVV 6/6hs	12 18 24 06
17º Óleo Mineral ,ou Lactulona 20 MI, VO se não apresentar dejeções	
18º	
19º	
20º	
21º	
22º	

EVOLUÇÃO:

Luciene E. dos Santos
Enfermeira
CRM 13.002

Dr. Sérgio Cavalcanti
CRM 1822

Nome do Paciente: João Paulo de Souza

Página: 1

Unidade de Produção:

Idade: 20 anos

Sexo: M

Leito:

Nº do Prontuário: 6644

27/03/19

Admissão

* Fratura exposta da tíbia e fíbula esquerdas
(fratura de Anderson tipo II)

Paciente em tempo de trauma com lesões status
novo no versor distal do membro inferior esquerdo
chamado mule. Mobilidade anormal, impotência
funcional e exposição de tecido mole distal
do pé esquerdo.

Radiografia revela fratura comminutiva
na tíbia e fíbula da diáfise a long distance.
No local de fratura observamos a fratura
circunferencial da tíbia exposta com fratura
externa distal e linha na fíbula proximal.
Pneumotórax sem consolidação
pulmonar com consolidação e hemorragia
pleural sem consolidação
As artérias e veias não são

João Ferreira Alves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 2486 TEOT-8807 10634



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



Fundação
Hospitalar
de Saúde

06

Nome do Paciente: <u>JOAO PAULO DE SOUZA</u>	Idade: <u>20</u>	Sexo: <u>M</u>
Unidade de Produção: <u>SIPA / UPE</u>	Leito: <u>04</u>	Nº do Prontuário: <u>6644</u>

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
27/9	16h	Paciente admitido no SIPS, na ma- ca em leitoito dorsal, calma, hie- tado 2/AVP no MSE, seg. a unidade da equipe.
	18h	Administrado medicações de hora- rio conforme prescrições, seg. man- tendo o mesmo quadro clínico.
	18:10	Visto do p. cirurgião e outros colegas pelo p. cirurgião de feições em leito de sup com sondagem + fixação de MSE, medicação administrada no leito segue em observação de Enfermeiros S. Oliveira 27/9/19 Paciente no leito, calma, consciente, orientada, sem sintomas, seg. a unidade de observação, seg. a unidade Administrado medicações prescritas — Sec. Brasil 24/9/19 Administrado medicações prescritas — Sec. Brasil 04:00 Paciente foi medicado. — x Grette 06:00 Paciente foi medicado. — x Grette 28/9 7:00 No leito, consciente, orientado, sem sintomas, aguçado e perfundido — Seg. a — 8:00 Realizado curativo + medicação de hora- rio — Sec. Brasil 16:1 Administrado medicação de hora- rio — Sec. Brasil 18:00 Segue mantendo quadro clínico, od- ministrado medicação de hora- rio — Sec. Brasil 28/9 20h Poti lote, VE em AA, supnoca. & guias adm medicação de hora- Máquina 2P3P4OTE

Eleberton S. Oliveira
Enfermeiro
COREN-SE 342

09/19 02h Adm medicação de horário - T.E. Suzana
 04:00 Administrado medicação de horário. T.E. Suzana
 06:00 Administrado medicação de horário, conforme prescrição médica T.E. Suzana
 08h Pcte no leito, calmo, consciente, Orientado, eupneico, com SVP hidrolisado segue mantendo quadro Clínico - *Saúde*
 10h Realizado Curativo Cirúrgico com pouca secreção sangüinolenta - *Saúde*
 12h administrado medicação de horário - *Saúde*
 15:00 Acitou dieta v.o. T.E. Suzana
 18h Pcte segue mantendo quadro Clínico - *Saúde*
 20h Pcte no leito, calmo, consciente, Orientado, eupneico, com SVP hidrolisado, administrado medicação de horário - *Saúde*
 20:20 Encaminhado enfermaria - *Saúde*
 20:30 Paciente admitido neste setor, procedente da UPC, encontra-se: consciente, orientado, eupneico, acianótico. T.E. Lina Gleide
 22h Pcte mantendo quadro. *PL*
 24h Pcte. eupneico, acianótico, sonolento no momento. T.E. Lina Gleide
 06h Pcte. consciente orientado, eupneico acianótico. Administrado medicações de horário. T.E. Lina Gleide
 08h Paciente de alta hospitalar, aguardando transporte, feito medicação de horário e curativo em MI. T.E. Lina
 10h Entrega em unidade hospitalar em cadáver a rede, acompanhado por família e mãe Lina T.E. Lina



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Fundação
Hospitalar
de Saúde

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: João Paulo de Souza
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura exposta da tíbia e fíbula - t.p.m.
CIRURGIA REALIZADA: osteotomia de Langer - fratura com redução
CIRURGIÃO: Dr. João Paulo de Souza
AUXILIARES:
ANESTESIA: Rx + guai anestesia ANESTESISTA Dr. Américo S. S. S.
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: sem

() CIRURGIA LIMPA () CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA
(X) CIRURGIA CONTAMINADA () CIR. INFECTADA
INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? () SIM () NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:
() VIAS AÉREAS SUP. () PULMONAR () URINÁRIA () SNC () TGI
() CUTÂNEO () AP. CARDIO-VASCULAR () PLEURA () OUTROS

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. Anestesia em decúbito dorsal horizontal;
2. pele com limpeza necess. cirúrgica;
3. Abertura da ferida com 3cm incisões 291.4
- 4.3. limpeza a assepsia / antiseptização do local;
- 5.4. colocação de curativo cirúrgico
6. 5.4. efetuar um desbridamento da ferida deixando a
7. ferida de expor os fracos os rigores
8. 6. 5.4. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100.

DATA: 27/09/11

João Ferreira Alves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 2486 / TEOT-SB01 10634

Assinatura do Cirurgião

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIA

No. DO BE: 730626
CNS:DATA: 27/09/2019 HORA: 05:50 USUARIO: FPSANTOS
SETOR: 01-CLASSIFICACAO DE RISCO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOAO PAULO DE SOUZA
IDADE.....: 20 ANOS NASC: 15/11/1998
ENDERECO.....: POV MOITA REDONDA
COMPLEMENTO.....: CASA BAIRRO:
MUNICIPIO.....: AQUIDABA
NOME PAI/MAE...: CELSO DE SOUZA
RESPONSAVEL....: O IRMAO
PROCEDENCIA....: PROPRIA-SE
ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

DOC...:
SEXO...: MASCU
NUMERO:
UF: SE CEP....: 49790-
/VALDICE NARCIZA DOS SANTO
TEL....:
TRAUMA: 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:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ____/____/____

*fratura da perna tendo sido feita a fixacao
com placa e parafusos*
ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*Antibiotico, analgico, curativo. Rx perna 2p
Sufama 500mg, Clorpromazina 25mg
Transferido para cirurgia*

DATA DA SAIDA: 27/09/19

ALTA: [x] 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. PATO

João Paulo de Souza
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Alisses Leite
Ortopedia Traumatologia
CREMESE 3245

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

COORDENADORIA GERAL DE POLÍCIA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



João Paulo de Souza

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.718.348-6 2.VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 09/05/2016

NOME JOAO PAULO DE SOUZA

FILIAÇÃO CELSO DE SOUZA
VALDICE MARCIZA DOS SANTOS SOUZA

NATURALIDADE PROPRIA-SE DATA DE NASCIMENTO 15/11/1998

DOC ORIGEM CT. NASCIMENTO NR 20923 LV A26 FL. 191

CPF CART. DIST. COM. AQUIDAUANA/SE 072.834.755-59

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

SE Nº 015545254157 BILHETE DE SEGURO DPVAT

DETTRAN - SE Nº 015545254157
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 00486590310 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME
CELSO DE SOUZA

CPF / CNPJ 968.261.005-25 PLACA DER 8548

PLACA ANT. / UF DER 8548/SE CHASSI 9C2K00550CR597129

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/NEHUMA COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BR05 EG ANO FAB 2012 ANO MOD 2012

CAP. / POT. / CIL 2P/14CV/149CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1ª *****

FAIXA I.P.V.A. ***** PARCELAMENTO / COTAS 2ª *****

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEM RESTRICÇÕES FINANCEIRAS OBSERVAÇÕES

MOTOR: KD05ESC597129

LOCAL NOSSA SENHORA DAS DORES DATA 27/08/2019

ASSINATURA DO DIRETOR PRESIDENTE

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 2019 DATA EMISSÃO 27/08/2019

VIA ** CPF / CNPJ 968.261.005-25 PLACA DER 8548

RENAVAM 488590310 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BR05 EG

ANO FAB 2012 DATA DE REGISTRO 9C2K00550CR597129

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 36,04 DENATRAN (R\$) 4,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40,05

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,32 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 84,58

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 26/08/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04



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

Por este instrumento particular, eu (nome completo) João Paulo de Souza,
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Livrante, portador da cédula
de identidade RG nº 3.718.348-6, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 072.834.755-59, residente na (endereço
completo) Rua - Mito Andara, na cidade de
Aquidabã, (UF) SE, CEP 49790000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) Jose Marcos de O. Rosa
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Consultor, portador da cédula
de identidade RG nº 21233829, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 020.003.625-00, residente na (endereço
completo) Rua Dos Silos 1º 217, na cidade de
Passo Se da Plávia, (UF) SE, CEP 49680-000, a quem confiro
amplios e gerais poderes para , tratar , requerer, assinar papéis e
documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO
SEGURO DPVAT** da vítima (nome da vítima) João Paulo de Souza
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) Aquidabã SE, 14-11-2019

(assinatura) João Paulo de Souza
(RG) 37183486



OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 116789/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 06/11/2019 09:23 Data/Hora Fim: 06/11/2019 09:29
Delegado de Polícia: Paulo José Barbosa da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Distrital de Canhoba

Data/Hora do Fato: 27/09/2019 05:50

Local do Fato

Município: Aquidabã (SE)

Logradouro: rodovia graccho a aquidabã

Bairro: Sede

Nº: s/n

CEP: 49.790-000

Tipo do Local: Outro

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1103: OUTROS FATOS ATÍPICOS	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOAO PAULO DE SOUZA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: SE - Aquidabã

Sexo: Masculino

Nasc: 15/11/1998

Profissão: Agricultor

Estado Civil: Solteiro(e)

Nome da Mãe: Valdice Narciza dos Santos Souza

Endereço

Município: Aquidabã - SE

Logradouro: povoado moita redonda

Complemento: próximo ao arranhento

Nº: s/n

CEP: 49.790-000

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

QUE, no dia, hora e local acima citados, QUE, estava seguindo via Moita Redonda a Aquidabã, quando colidiu a moto em um buraco causando uma fratura na perna esquerda, moto de marca/modelo: Honda NXR Bros ES, Ano: 2012, Cor: Vermelha, Placa: OER 8548, Chassi: 9C2KRD0560CR597129, Registrada em nome de CELSO DE SOUZA Para fins de DPVAT.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 116789/2019

ASSINATURAS

P/ *Mateus de Souza Andrade*

Mateus de Souza Andrade

Agente de Polícia

Número 110002

Responsável pelo Atendimento

Jose Paulo de Souza

Jose Paulo de Souza

(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) signatário responsável pelas informações acima assentadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei sob juramento, sob pena prevista nos Artigos 339-Deturbação Caluniosa e 348-Comunicação Falsa do Crime de de Calúnia do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 072.834.755-59 4 - Nome completo da vítima: João Paulo De Souza

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

5 - Nome completo: João Paulo De Souza 6 - CPF: 072.834.755-59
7 - Profissão: Jariador 8 - Endereço: Rua Santa Rondonia 9 - Número: 511 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Zona rural 12 - Cidade: Aquidauana 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49.790-000
15 - E-mail: marcondes@brasil.com 16 - Tel. (DDD): 79.99189207

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1399 4 CONTA: 18089 0 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.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário ou representante legal
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____
38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha _____
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data: João Paulo De Souza 18.11.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)