

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

Valorização 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

José Paulo de Souza

foi atendido (s), na ca unidade dia 27/09/19

tendo sido submetido (a) tratamento cirúrgico conservador de Festura de

Perna TSG com Fix Ext.

REPOUSO POR 180 dia:

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
 IDADE.....: 20 ANOS NASC: 15/11/1998
 ENDERECO....: POV MOITA REDONDA
 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: / /

Tremor - febre tsm , tempo d.1-l.

Nar. micturitica , de p. e d. cern

ANOTACOES DA ENFERMAGEM: abd. perit. pun. jor. reag

Tremor n. tib e fib +

DIAGNOSTICO: Tremor exp. n. tib. CID: 1.6t ~ p

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1	cef 1320 ~ 2g + 20-8	11:45
2	snt 250 v4	liver
3	trombol 50 mg + 300 mg + 100 mg	(p)
4	profenit 100 mg + 100 mg (p)	nat p.m.)

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO HORA DA SAIDA:

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

[] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

João Ferreira Alves
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-SE 2400 TEOT-SBOT 1063

[] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

J. W. ferreira alves

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:

ALÉRGIAS (MEDICAMENTOS E ALIMENTOS):

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

DESTINO / ENCAMINHAMENTO:

INF.:	COREN:	ASSINATURA:
ORDENADOR:		
CLASSIFICAÇÃO PARA A PRIORIDADE: DISCRIMINADOR às ____ h ____ min.		

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

LOCADA 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: Jônio Souza Júnior
SEXO: Masc. () Fem. () IDADE: 20 ANOS CARTÃO SUS:
MUNICÍPIO DE ORIGEM: _____ SETOR DO HOSPITAL: _____

QUADRO CLÍNICO

Frajola exposta 215 ml de urina e fezes
Revestida mucosamente

DIAGNÓSTICO: Frajola exposta urina e fezes

TRATAMENTO INSTITUIDO ATÉ O MOMENTO

MEDICAÇÕES UTILIZADAS:

Anfetato 01 amp 10
Anfetato, clorazepato, cefalotina 600mg

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS (Resumo dos resultados):
Uro e urina e parâmetros 2P

INFORMAÇÕES DA TRANSFERÊNCIA

HOSPITAL DE DESTINO DO PACIENTE: HVH

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

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

- () Procedimento Especializado TRATAMENTO PRIMÓRIO
() Falta de Recurso _____
() Equipe Incompleta _____
() Outros _____

CONTATO: _____ HORA DO CONTATO: _____

VEÍCULO UTILIZADO: Ambulância do Hospital () Amb. do Município () 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)

Alcides Lençólos
Enfermeiro - Enfermologia
CRM/CE 245

MÉDICO SOLICITANTE
(ASSINATURA E CARIMBO)



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

10

DATA: 30/09/2019

° DIH

NOME: José Paulo de Souza 20 a
 DIAGNÓSTICO: FE com 30g 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. Nauseadron 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 > ou = 401: 10UI	301 – 350: 06UI 351 – 400: 08UI
15º. Curativos Diários 1 x dia SF 0,9% + Gazes	
16º SSVV 6/6hs	<u>12 18 24 06</u>
17º Óleo Mineral ,ou Lactulona 20 ML, VO se não presentar dejeções	
18º	
19º <u>Aba Thoracalos</u>	
20º	
21º	
22º	

EVOLUÇÃO:

Luciene E. dos Santos
 Enfermeira
 CRM/SE: 14322

Dr. Sérgio Cavalcanti
 CRM 1822

EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE

5

Nome do Paciente:

José Paulo de Souza

Página 1

Unidade de Produção:

Idade: 20 anos

Sexo: Masculino

Leito:

Nº do Prontuário: 6644

27/03/19

Admission

* Foi visto exposto um pôsto e fibula esquerda
(osteosíntese e artrodesis tibiofibular II.)
Paciente em ferro fértil da perna esquerda com
mota no joelho direito. No momento apresentava
dor intenso. Mobilidade limitada, impossível
aproximar e expandir rebordo lateral direito
da perna esquerda.

Exame físico: revela uma hematomma
no lado direito da virilha e ferro fértil.
No lado esquerdo queixas subidas e ferido.
Cinunmia no lado esquerdo exposta uma fissura
externa profunda e lata na pôsta tibial
parâtrofica sem intensidade
particularmente no cefágora e dor intensa
paroxística sem intensidade
An exame físico não mostra nenhuma

João Ferreira Alves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 2486 TECI-SBOT 10634



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome do Paciente:

ente: João Paulo de Souza
rodução: Lúcia

Idade: 20

Sexo: M

Unidade de Produção:

rodução: SEPA / UPE

Leito:

Nº do Prontuário:

6644

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
27/9	16h2	Paciente admitido no sábs, com uma cf em leucito doente, calma, hid- ratado cf AVP no MSE, segm ao andado da equipe.
	18h5	Administrado medicamentos de hora- rio conforme prescrever, seguindo tendo o mesmo quadro clínico.
	18:10	Vômito de círculo horário colero esse procedimento foi feito quando em leso de fdp com soprolopios - fizeram em MSE drogas que devem no efe- dor em adorável de Enfermeiros S. D. de 27/9/94 20:00 Bem no bco, comum incisivo, apertado orofaringe, mucosa, no uso de antibioticos na quinta administrado fármacos breves — Sec. Enferm. 14:00 Administrado fármacos breves — Sec. Enferm. 04:00 Paciente foi medicado — X Sorette 06:00 Paciente foi medicado — X Sorette
28/9	7:00	No bco comum orientado supnico x fremídeos aquecidos e profundiados — Terço I —
	8:00	Realizado exame + medicamento de hora- rio — Sec. Enfermador
	16:2	Administrado medicamento de hora. — X Sorette medicamento — Sec. Enfermador
	18:00	Siguiu mantendo quadro clínico, od- ministrando medicamentos de hora no Sec. Enfermador
28/9	20h	Pct bco, Vc na AA, supnica. Aquecidos adm medicamento de hora no — Dr. Maria ZPZ Pato —

- 29/09 02h Adm medicas de horario - ~~laxante~~
- 09/10 02h Adm medicas de horario - ~~laxante~~
- 04:00 Administrado medicas de horario. Té. Sônia.
- 06:00 Administrado medicas de horario, conforme prescrições médica Té. Sônia.
- 29 08h Pcte no leito, calmo, consciente, orientado, eupneico, com AUP hidrolisado. Segue mantendo quadro clinico ~~Sônia~~
- 09 10h Realizado curativo cirúrgico com pouca secreção sanguinolenta. ~~Sônia~~
- 12h Administrado ~~redução~~ medicas de horario ~~Sônia~~
- 15:00 Agitou diab v.o. Té. Sônia.
- 18:00 Pcte segue mantendo quadro clinico ~~Sônia~~
- 29 20h Pcte no leito, calmo, consciente, orientado, eupneico, com AUP hidrolisado, administrado medicacao de horario ~~Sônia~~
- 20:20 Encaminhado p/ enfermaria - ~~Sônia~~
- 20:30 Paciente admitido neste setor, procedente da UPC, encontrava-se consciente, orientado, eupneico, aciamótico. Té. Ana Gleide
- 20h Pcte. mantendo quadro. ~~P~~
- 21h Pcte. eupneico, aciamótico, sonolento no momento. Té. Ana Gleide
- 09 06h Pcte. consciente orientado, eupneico aciamótico. Administrado medicacoes de horario. Té. Ana Gleide
- 08h Paciente de alto hospital, aguardando transporte, feito medicacao de horario e encaminhado em MI. Té. Ana
- 10h Chegou essa unidade hospital em cadeira se senta acompanhado por familia e mae. Té. Ana



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: Doutor Paulo de Souza

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura exposta da tíbia e fibula no topo

CIRURGIA REALIZADA: Ressecção da uníqua - fenda com artifício

CIRURGIÃO: José Ferreira Alves

AUXILIARES:

ANESTESIA: R + glicostatina ANESTESISTA Dr. Amaro Sales

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: ~

() CIRURGIA LIMPA () CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA
() 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

DESCRICAÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. Anestesiado em decúbito dorsal longilíngua
2. Curva em limpeza necro-união
3. Abertura da pele com serra fisiológica
4. Orçamento de assepsia
5. Colocar o campo cirúrgico
6. Retirar os dentes da ferida
7. Retirada de exsudato da ferida
8. Retirada de tecido morto e nécroses
9. Alargamento da ferida e fixar extensamente
10. Alargamento da ferida e fixar extensamente
11. Sutura da ferida + artíxia e hérnia
12. Parar cura da ferida S.R.P.A.

DATA: 27/09/11

João Ferreira Alves
Ortopedia e Traumatologia
SBM-SE 2486 TEOT-SBOT 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
 MUNICIPIO: AQUIDABA
 NOME PAI/MAE: CELSO DE SOUZA
 RESPONSAVEL: O IRMAO
 PROCEDEDENCIA: PROPRIA-SE
 ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
 CASO POLICIAL: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO
 PA: [] X mmHg PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []
 UF: SE CEP...: 49790-000 /VALDICE NARCIZA DOS SANTOS
 TEL...:
 PLANO DE SAUDE: NAO
 VEIO DE AMBULANCIA: NAO
 TRAUMA: NAO

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ____/____

*Fraatura de fíbula e tibia
 ACID. MOTOCICLISTICO*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

| HORARIO DA MEDICACAO

PRESCRICAO

*Amputa. crura 100, capta gema. At pecten 1/2 2P
 Sua ferma or ampa. 10, effato pecten 26 PV
 TRANSFERIR HORA PARA CHURRASCA*

DATA DA SAIDA: 27/09/19

HORA DA SAIDA: :
[] DESISTENCIAALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
 INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PAT.

José Roberto de Souza
 ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Wlsses Leite
 Ortopedico Traumatologista
 CRM-GO 3245



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	3.718.348-6
	2.VIA
	DATA DE EXPEDIÇÃO 09/05/2016
NOME	
JOÃO PAULO DE SOUZA	
PILHAÇÃO	
CELSO DE SOUZA	
VALDICE MARCIZA DOS SANTOS SOUZA	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO 15/11/1998
PROPRIA-SE	
DOC ORIGEM	CT. NASCIMENTO NR 20923 LV A26 FL 191
CPF	CART. DIST. COM. ADOLINABA/SE 072.834.755-59
ASSINATURA DO DIRETOR:	
LEI Nº 7.118 DE 29/06/89	

000010745963
DETAN - SE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1	COD. RENAVAM 00488590310	B.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2015	
NOME CELSO DE SOUZA			
CPF / CNPJ 968.261.005-25			
PLACA ANT / UF DER 8548/SE	PLACA 0 E B 8 5 4 8	CHASSI 9 C 2 K D 0 5 5 0 C R 5 9 7 1 2 9	
ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/NEHUMA	COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL		
MARCA / MODELO HONDA/XR150 Bros ES	ANO FAB. 2012	ANO MOD. 2012	
CAP / POT / CIL. 2P/14CV/149CC	CATEGORIA PARTIC	COR PREDOMINANTE VERMELHA	
I P V A COTA UNICA PAGO	VENC. COTA UNICA *****	VENC / COTAS 1 ^a ***** 2 ^a ***** 3 ^a *****	
FAIXA IPVA K8888888	PARCELAMENTO / COTAS *****		
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) SEM RESTRIÇÕES FINANCEIRAS	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
287.116			
OBSERVAÇÕES			
MOTOR: KD88E5C597129		DATA 27/08/2015	
LOCAL NOSSA SENHORA DAS DORES - BAHIA		EXPEDIDOR BENEDITO MELO SILVA DIRETOR PRESIDENTE	

SE Nº 015545254157 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURAwww.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO
2015 DATA EMISSÃO
27/08/2015VIA
968.261.005-25
RENAVAM
00488590310
ANO FAB.
2012
CAT. TARE
9
NP CHASSI
9 C 2 K D 0 5 5 0 C R 5 9 7 1 2 9PLACA
0 E B 8 5 4 8
MARCÁ / MODELO
HONDA/XR150 Bros ESPRÉMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) 35,04
DENATRAN (R\$) 4,00
CUSTO DO SEGURO (R\$) 40,05CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15
IOF (R\$) 0,32
TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 44,47
PAGAMENTO
 COTA UNICA
 PARCELADO
DATA DE QUITAÇÃO
26/08/2019SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

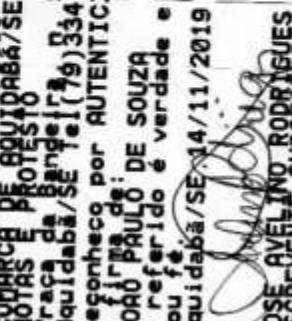
Por este instrumento particular, eu (nome completo) José Paulo de Souza,
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Torneador, portador da cédula
de identidade RG nº 3.718.348-6, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 022.834.755-59, residente na (endereço
completo) Parc. Mato Andarola, na cidade de
Aquidauana, (UF) SE, CEP 49790000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) José Marcos de O. Rosa
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Consultor, portador da cédula
de identidade RG nº Q123.3829, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na (endereço
completo) Rua Das Silas 4º 017, na cidade de
Lagoa Seca da Beira, (UF) SE, CEP 49680-000, 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) José Paulo de Souza
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) Agendado SE 14-11-2019



(assinatura) José Paulino de Souza

(RG) 37183486

CARTEIRO DO 1º OFÍCIO DA CORTE DE APPELASSOS - NOTAS E PRESTO PRAZO		
Aqui idába / SE - 07/04/2019 Reporte por AUTENTICIDADE		1º Ofício de Execução Audição
JORGE PAULO DE SOUZA O referido é verdade. Aqui idába / SE - 14/11/2019		1º Ofício de Execução Audição
		14/11/2019 11:54 https://www.judicial.gov.br/.../0001
JOSE AVELINO RODRIGUES ESCREVENTE SUBSTITUTO		

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 gracchó 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 (VITIMA , COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: SE - Aquidabã	Sexo: Masculino	Nasc: 15/11/1998
Profissão: Agricultor			
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Valdice Narciza dos Santos Souza			

Endereço

Município: Aquidabã - SE
Logradouro: povoado moita redonda
Complemento: próximo ao arranhaço
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 : 9C2KRD0550CR597129, Registrada em nome de CELSO DE SOUZA
Para fins de DPVAT.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 116789/2019

ASSINATURAS

P/ Fernande F. da Silva

Mateus de Souza Andrade

Agente da Polícia

Matrícula 110620

Rua Presidente Vargas, 100 - Centro

José Paulo de Souza

(Comunicante / Vilma)

"Declaro para os devidos fins de que sou dono/a, responsável pelas informações acima assentadas e que fui eu que pude responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei e digo", conforme previsto nos Artigos 279-Contrafação Criminosa e 340-Contrafato Falso do Código de Crimes ou da Constituição do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (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: *José 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:	<i>José Paulo De Souza</i>		6 - CPF:	072.834.755-59
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:	<i>Jardineiro Por Rua Rondonia</i> 5/N <i>earca</i>
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:	<i>Zarazal Rural Aquidabá</i> SE 49.790-000
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): <i>99.99189207</i>			

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: *1399* CONTA: *18089* D CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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.

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 Lider 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 (ainascer)? 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 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data:

SCG De Cipriano 18.11.19

José Paulo De Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)