

ULTRA SOM SERV MED SA - HGS

08/12/2019 06:43

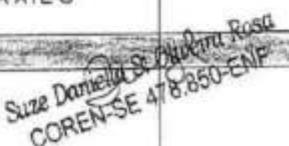
Paciente: NAYARA DE JESUS SANTOS	Dt. Nasc.: 21/07/1993	Atendimento: 63990269	Prontuário: 15542708
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO INTERNACAO - HGS	Leito: ENF10/2	
Profissional(is): GILVANEIDE DA SILVA ISIDÓRIO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN-SE 314860 [1] LARISSA ALVES COSTA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN-SE 971732 [2]	Nº: 47919542	07/12/2019 às 16:01	

DADOS DO PACIENTE
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- MANHÃ

Hora		
Descrição	07:00 RECEBO PLANTÃO COM PACIENTE NO LEITO ACOMPANHADA DE SEU FAMILIAR, LUCIDA, ORIENTADA, VERBALIZANDO, RELADA DOREM USO DE AVP E PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO. 08:00 PACIENTE ACEITA BEM CAFÉ DA MANHA. 09:00 REALIZADO BANHO DE ASPERSÃO. 10:00 ADMINISTRADO TRAMAL E DIPIRONA CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. 10:30 PACIENTE ENCAMINHADO PARA TOMOGRAFIA E RAIOS. 12:00 ADMINISTRADO CLEXANE CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. 12:30 PACIENTE ACEITA BEM ALMOÇO OFERTADO. 14:00 ADMINISTRADO DECADRON CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. 16:00 ADMINISTRADO DIPIRONA CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. 18:00 ADMINISTRADO TRAMAL CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. 18:30 PACIENTE ACEITA BEM JANTA OFERECIDA. 19:00 PACIENTE SEGUO SEM INTERCORRÊNCIA NO LEITO ACOMPANHADA DE SEU FAMILIAR.	[1]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- TARDE
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE

Hora		
	19:00 PACIENTE NO LEITO, CALMA, ORIENTADA, AFEBRIL, EUPNEICA, ACIANOTICA, EM USO DE AVP COM SOROTERAPIA, PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO EM MSD, FIXADORES EM MIE. SEGUO AOS CUIDADOS DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR EM CIA DE FAMILIAR. 20:00 ADM KEFAZOL EV, CETOPROFENO EV, CPM. 22:00 ADM DIPIRONA EV, RENOVADA SOROTERAPIA EV, CPM. 00:00 VERIFICO SSVV. 02:00 ADM TRAMAL EV, DECADRON EV, CPM. 04:00 ADM DIPIRONA EV, RENOVADA SOROTERAPIA EV, CPM. 05:50 VERIFICO SSVV. 06:00 ADM OMEPRAZOL EV, CPM. 07:00 SEGUO SOB VIGILANCIA SEM INTERCORRÊNCIA ATÉ O MOMENTO.	[2]

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

 Suzi Daniela Soares
 COREN-SE 478850-ENP



Orientações de enfermagem previa á alta hospitalar

Nome: Mayra de Jesus

Data de Nascimento:

Leito: �uy

Atesto que recebi orientações de que minha alta hospitalar está prevista para amanhã no período da manhã.

Declaro que fui orientado sobre os principais cuidados para continuidade do tratamento em domicílio.

CIENTE: Adilson Salles

TÓPICOS DE ORIENTAÇÃO:

- Atentar para o uso das medicações prescritas;
- Alimentação saudável hipolipídica;
- Ingerir bastante líquido;
- Limpar incisão cirúrgica com água e sabão, secar lentamente;
- Evitar esforço físico de grande intensidade;
- Manter membro operado elevado e com joelho esticado;
- Caminhar com auxílio de muletas e colocando o pé operado no chão;
- Poderá permanecer no leito por no máximo 2 horas após a alta.

17, 03 de 19



Mente & Cérebro

PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA, PSICOTERAPIA,
ELETRONEUROLOGIA,
ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA TRANSCRANIANA

ELETRONEUROLOGIA

Nome :	Nayara de Jesus Santos
Data de Nascimento:	21/07/1993
Idade :	26 anos
Solicitação :	Dr. Eric Allan Nunes Carvalho
Data :	05/03/2020
Exame:	360320

ELETRONEUROLOGIA DOS MEMBROS INFERIORES

TEMPERATURA DE PELE: 34°C

COMENTÁRIOS:

O estudo da condução sensitiva com eletrodos de superfície nos nervos fibular superficial e sural, à esquerda, resultou normal. Não foram obtidos potenciais dos nervos fibular superficial e sural, à direita.

O estudo da condução motora com eletrodos de superfície nos nervos tibial e fibular, à esquerda, resultou normal. Não foram obtidos potenciais dos nervos fibular e tibial, à direita.

O estudo das ondas "F" com eletrodos de superfície no nervo tibial esquerdo resultou normal. Não foram obtidos potenciais do nervo tibial, à direita.

A pesquisa do reflexo H nas panturrilhas resultou negativa.

Os eletromiogramas obtidos com eletrodos de agulha concêntrica nos músculos semimembranoso, tibial anterior e gastrocnêmio, à direita, evidenciaram fibrilações e ondas agudas positivas durante o repouso, com ausência de potenciais voluntários. Os músculos glúteo médio e vasto medial, bilateralmente, tibial anterior e gastrocnêmio, à esquerda, encontravam-se normais.

CONCLUSÃO:

Exame eletroneuromiográfico evidenciando severa lesão axonal do nervo ciático direito, com desinervação ativa da musculatura correspondente e ausência de atividade contrátil voluntária.

Dr. José Fábio Santos Leopoldino

CRM: 1.722



* Caro colega, em caso de dúvidas acerca dos aspectos técnicos deste exame ou das correlações clínicas, ligue para 3246-3950 / 99133-9722.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



Yayana de Souza Martins

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL:

3.431.495-4

2. VIA

DATA DE
EXPEDIÇÃO

25/02/2012

NOOME

MAYARA DE JESUS SANTOS

FILIAÇÃO

ADILSON SANTOS

MARIA JOSÉ DE JESUS SANTOS

NATURALIDADE:

ARACAJU-SE

DATA DE NASCIMENTO:

21/07/1993

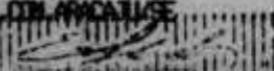
DOC. ORIGEM:

CT. NASCIM. NR 30670 LV A027 FL 167V

CPF:

CART.24 OF.DIST. COM ARACAJU-SE

054.320.095-79



ALFIN 3 16 DE 24 08 08



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais informações, acesse o site www.seguro-dovelider.com.br ou entre em contato através da Línea dos Plano de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capital e Região Metropolitana: 0800 1396 / Outros estados: 0800 022 12 00 / Distrito Federal: SAC (para dívidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para diferenças quanto a de fato): 0800 022 12 06
Canal de Obediente: 0800 593 2563 | Obediente: 0800 022 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200149042

Data da solicitação: 29/10/2020

Nome do beneficiário: Nejara de Jesus Santos

CPF do beneficiário: 054.320.095-74

Nome do solicitante: Nejara de Jesus Santos

CPF do solicitante: 054.320.095-79

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (79) 998885963

Tel. Comercial: (0800)

Tel. Residencial: (0800)

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA

DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANALISE?

NÃO

SIM, informe quais documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros

[DESCRIVER](#)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Venho através desse, constatar o valor recebido de R\$ 2.362,50, visto que o ilmo. M.º M.º Teixeira, CRM 1450, especialista em ortopedia, descreve claramente todas as lesões e limitações permanentes as quais não correspondem as valor pago pela Seguradora Líder, diante do exposto, solicito reavaliação para continuação das lesões e pagamento devido conforme documentação médica apresentada.

Anexo - 29/10/2020

[Local e Data]

Nejara de Jesus Santos

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que sua entrada inicialmente foi feita pelo seu agente.

Observação sobre beneficiário/ultimo não alfabetizado.

É proibido usar caneta permanente ou caneta gel para assinar o formulário, a não permitir caneta gel.



RELATÓRIO ESPECIALIZADO

Avaliação de perda funcional e Invalidez permanente, pós tratamento das vítimas de acidente do trânsito.

Número do sinistro

Bogata de Orașul Piatra Neamț 540060340.

Nome do paciente:

NAYARA DE JESUS SANTOS

Data de nascimento:

21071993

Data do ínicio do tratamento / Acidente

06/12/2019.

1 - Diagnóstico / Causas básicas:

2 - Data / Tratamento Realizado:

06/12/2014

06/12/2014.
Punto 216 muestra lo que se ha operado de la localización
el punto de salida de todos los cables que han sido puestos por los
mismos vecinos.

18/12/2019 11:40:12 12/2019

08/12/2019 11:40:12 PM
New to sub family Gavini for operation of Resuscitation.
Complaints include of pain in the abdomen. B.P. 87/53rd
Temp 98.6^o F, Respiration 18, Pulse 100. No history of pain from abdominal
or abdominal or hepatic origin. Scales.

3 - Data / Exames Complementares / Resultados:

06.12.2019.

Rapporto su Amburgo. Fatto a Londra 20 aprile 1915.

Rancho fi os Perto x 2020 11/11/2020 09:00 a 09:10 E

1504000

Data

Renalo Teixeira CRM 1450
Ortopedia - Traumatologia


edia - 17

Assinatura e Carimbo

4 - Hospitais / Serviços / Prestou atendimento:

06/12/2019. 1º Atendimento no Socorro de Aracaju
2º Atendimento Hospital Geral de Aracaju

5 - Descrição das perdas funcionais / Invalidez permanente / Pós-tratamento realizados:

- Paciente tem perda motora da flexão do cotovelo e e perda motriz do braço de menor da pronatização da antebraço direito
- Paciente tem perda motriz do braço de menor da flexão do cotovelo
- Paciente tem perda motriz da extensão do cotovelo de força moderada
- Paciente tem perda motriz de flexibilidade em direção traseira da articulação do cotovelo
- Paciente tem perda motriz de extensão do cotovelo de menor
- Paciente tem perda motriz de extensão do cotovelo de menor

6 - Alta definitiva do tratamento:

1/01/2020

Paciente tem menor motricidade muscular de extensão do cotovelo

7 - Data do Exame do Paciente

1/15/2020

Paciente tem menor motricidade muscular de extensão do cotovelo

8 - Segue Exame Anexo

Conclusões:

Paciente tem sequelas de ferimento no cotovelo direito com perda motriz de extensão do cotovelo e menor motricidade muscular de extensão do cotovelo

9 - Médico responsável pela avaliação após análise da documentação do primeiro atendimento médico / Internação hospitalar / Histórico do paciente / Exame Físico / Exames Complementares:

Nome do Médico	Renato Teixeira	Nº do CRM	1450	Fone:	(079) 3211-5368
Endereço	Rua Itaporanga, Bairro Getulio Vargas	Número	598	Cidade	Aracaju

Atenção: As sequelas das lesões sofridas só poderam ser determinadas após decorridos 60, 90, 180... 1 ano ou mais tempo da alta definitiva

15/04/2020

Data

Renato Teixeira CRM 1450
Ortopedia - Traumatologia

RT

Assinatura e Carimbo

2

Consultório de Ortopedia e Traumatologia Dr. Renato Teixeira.

Rua Itaporanga, 598 - CEP: 49055-330, Aracaju - SE, Telefones: (079) 3211-5368 / 9817-5139 / 8848-2270

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: 054.320.095-79 4 - Nome completo da vítima: *Mayara de Jesus Sampaio*

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>Mayara de Jesus Sampaio</i>	6 - CPF: 054.320.095-79		
7 - Profissão: <i>Sem profissão</i>	8 - Endereço: Rua A Res. Manoel Bleyma	9 - Número: 103	10 - Complemento: 11 - Bairro: <i>Industrial</i>
12 - Cidade: <i>Anaçais</i>	13 - Estado: SE	14 - CEP: 99066-213	15 - E-mail: <i>(23) 998285963</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 type="checkbox"/> RECUSO 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 checked="" 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)

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **1500**

CONTA: **000.24.362**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou 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

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

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)

40 - Local e Data, *Anaçais (SE, 26/03/2020)*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Mayara de Jesus Sampaio*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

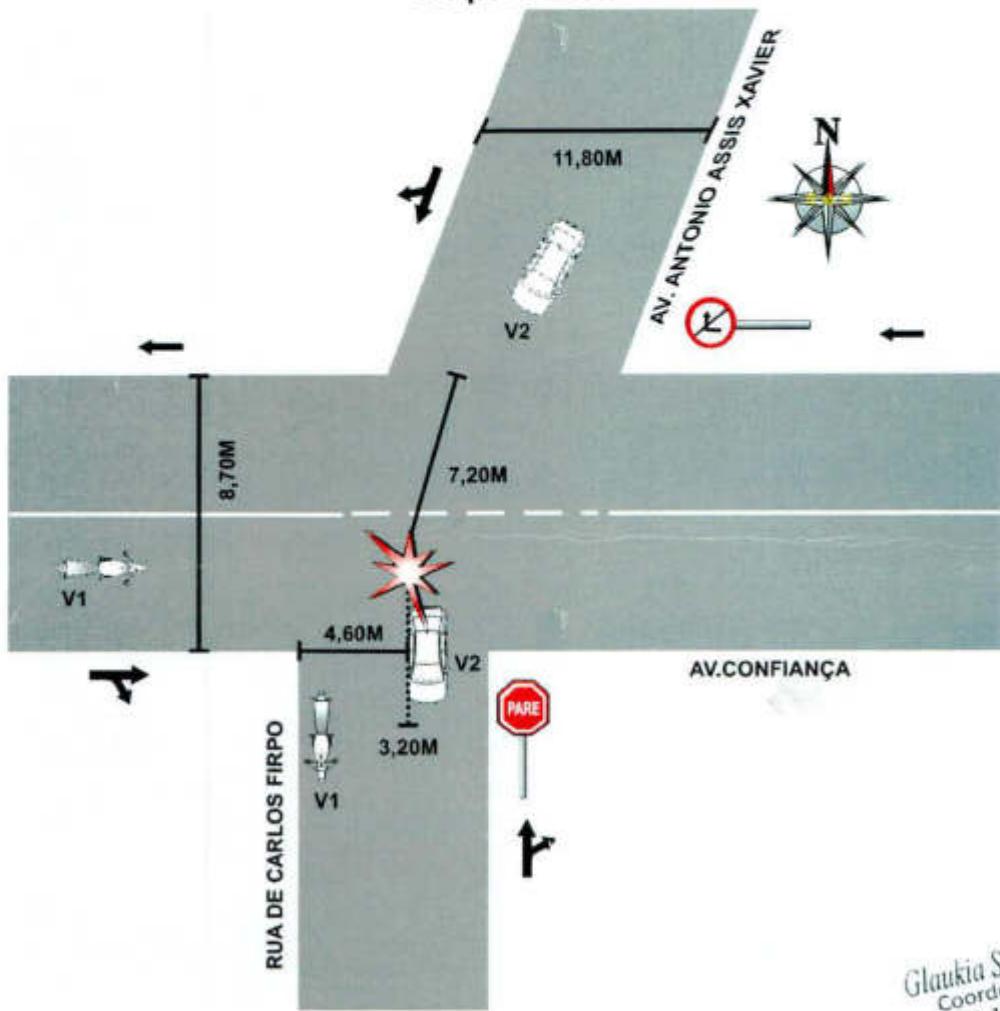


DETRAN-SE

Boletim de Ocorrência de Acidentes de Trânsito

BOAT 713	/ 0	Procedência	SAAT/CPTRAN	Ano	2019	Protocolo	510060340
Data do acidente	06/12/2019	- Sexta feira	Hora	16:30			
Local do acidente	Com AV. ANTONIO ASSIS XAVIER Trecho KM / E						
Rua, Avenida, Rodovia							
AV. CONFIANÇA							
Entre							
Município	UF						
ARACAJU	SE						
Dados do acidente							
Tipo de acidente	Abalroamento transversal						
Pavimento	Asfalto						
Sinalização	Existente						
Traçado	Cruzamento						
Estado da Pista	Seco						
Classificação	Danos Mat. com Vítimas						
Tempo	Claro						
Luminosidade	Entardecer						
Tipo do Local	Comercial						

Croqui do COAT



Data 13/12/2019, Hora 08:07:52

Glaukia Suiane Gomes Bezerra
CHEFE DO COAT

Av. Tancredo Neves, S/N Ponto Novo, PABX:(079) 3226-2055, FAX (079) 3226-2042

CEP: 49.097-510, ARACAJU/SE, C.G.C.: 01.560.397/0001-50

www.detran.se.gov.br

Nº Boat 713



Boletim de Ocorrência de Acidentes de Trânsito

Agentes

Primeiro Agente CABO ANTONIO MARCOS Silva Santos
Segundo Agente CABO Antonio SIQUEIRA Cruz JUNIOR
Terceiro Agente CABO CLEWERTON Santos Inácio

Descrição dos fatos

Segundo levantamento feito no local do acidente e declaração de um dos condutores envolvidos, informamos que V1 transitava pela Av. Confiança, pista que mede 8,70m de largura, no sentido Oeste/Leste, na sua mão de direção, quando no cruzamento com Av. Antônio Assis Xavier, pista que mede 11,80m de largura, veio o V2 que transitava pela segunda pista citada, no sentido Norte/Sul, na faixa de trânsito da direita, na sua mão de direção, com avanço de 7,20m, abalroou-se transversalmente com o V1. Após o impacto, V1 foi retirado e estacionado e o V2 deslocou-se 3,20m e parou afastado da guia de trânsito da direita 4,60m na Rua Dr. Carlos Firpo.

Informamos ainda, que a condutora do V1 foi conduzida ao hospital por uma equipe do SAMU e o V1 foi liberado e entregue ao Sr. Adilson Santos, Rg: 786.123 SSP/SE e CPF: 361.571.715-53.

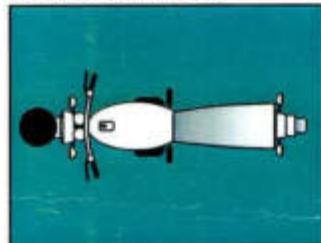
Danos a terceiros

Não houve.

VEÍCULO 1

Placa QMC1316 UF SE Marca/Modelo HONDA/BIZ 110I

Ponto de impacto



Cor VERMELHA

Categoria Particular Tipo Veículo Motoneta

Espécie de veículo Passageiro

Ano de fabricação 2018

Nº ocupantes 1 Nº Feridos 1 Nº Mortos 0

Destino do veículo Liberado no local

Danos do veículo

VEÍCULO PARCIALMENTE DANIFICADO.

Dados do proprietário

Nome NAYARA DE JESUS SANTOS

Sexo Feminino

Logradouro RUA A, RES MARCELO BEZERRA

Número

Bairro INDUSTRIAL

Estado SE

Cidade ARACAJU

Complemento

103 INDUSTRIAL

Glaukia Suiane G. Bezerra
Coordenadora / COAT
RG 3.164.826-6 SSP/SE
DETRAN/SE

Glaukia Suiane G. Bezerra

Glaukia Suiane Gomes Bezerra
CHEFE DO COAT

Data 13/12/2019, Hora 08:07:54

Av. Tancredo Neves, S/N Ponto Novo, PABX:(079) 3226-2055, FAX (079) 3226-2042

CEP: 49.097-510, ARACAJU/SE, C.G.C.: 01.560.397/0001-50

www.detran.se.gov.br

Nº Boat 713



Boletim de Ocorrência de Acidentes de Trânsito

Dados do condutor

Nome NAYARA DE JESUS SANTOS

Sexo Feminino Idade 26

Logradouro RUA A

Número 103

Bairro INDUSTRIAL

Cidade ARACAJU

Estado SE

Complemento

RES MARCELO BEZERRA

Informações adicionais do condutor

Condições presumíveis do condutor Não registrado

Reação do condutor Hospitalizado

Teste do bafômetro Não informado

Nº de série do bafômetro

Leitura do bafômetro

Nº do auto de constatação de embriaguez

Destino do condutor Não informado

Artigo/Lei

Cinto/Capacete Sim

Informações sobre a carteira nacional de habilitação

Habilitado

Condição da habilitação HABILITADO

Validade 03/09/2022

Número CNH 6637143770

Categoria AB

Data da primeira habilitação 10/06/2016

CNH apreendida Não

Motivo da apreensão

Nome Vítima NAYARA DE JESUS SANTOS

Sexo Feminino

Data de nascimento 21/07/1993

Idade 26

Logradouro

Número

Bairro

Cidade

Estado

Complemento

Dados adicionais da vítima

Tipo da vítima Motociclista

Cinto/capacete Sim

Morte no local Não

Data 13/12/2019, Hora 08:07:55

Glaukia Suiane G. Bezerra
Coordenadora / COAT
RG 3.164.826-6 SSP/SE
DETRAN/SE

Glaukia Suiane G. Bezerra

Glaukia Suiane Gomes Bezerra
CHEFE DO COAT



DETRAN-SE

Boletim de Ocorrência de Acidentes de Trânsito

VEÍCULO 2

Placa OEQ1777 UF SE Marca/Modelo FIAT/SIENA ATTRACTIV 1.4

Cor BEGE

Categoria Particular Tipo Veículo Automóvel

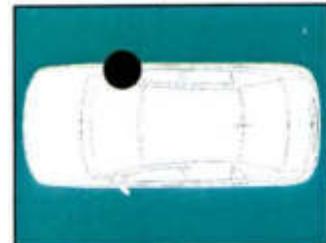
Espécie de veículo Passageiro

Ano de fabricação 2012

Nº ocupantes 1 Nº Feridos 0 Nº Mortos 0

Destino do veículo Liberado no local

Ponto de impacto



Danos do veículo

FRENTE DA LATERAL DIREITA DO VEÍCULO PARCIALMENTE DANIFICADA.

Dados do proprietário

Nome PABLO ONIKLAY ALMEIDA SANTOS

Sexo Masculino

Logradouro RUA B

Número

Bairro INDUSTRIAL

Estado SE

Cidade ARACAJU

Complemento

31 INDUSTRIAL

Dados do condutor

Nome PABLO ONIKLAY ALMEIDA SANTOS

Sexo Masculino

Logradouro RUA 8

Idade 22

Bairro MARCOS FREIRE I

Número 14

Complemento

Estado SE

CASA

Informações adicionais do condutor

Condições presumíveis do condutor Aparência normal

Reação do condutor Permaneceu no local

Teste do bafômetro Sim

Nº de série do bafômetro 087068

Leitura do bafômetro 0

Nº do auto de constatação de embriaguez

Destino do condutor Liberado no Local

Artigo/Lei

Cinto/Capacete Não registrado

Informações sobre a carteira nacional de habilitação

Habilitado

Condição da habilitação HABILITADO

Validade 30/06/2024

Número CNH 6459017698

Categoria AB

Data da primeira habilitação 12/09/2015

CNH aprimorada Não

Glaukia Suiane G. Bezerra
Coordenadora / COAT
RG 3.164.826-6 SSP/SE
DETRAN/SE

Data 13/12/2019, Hora 08:07:56

Glaukia Suiane G. Bezerra

Glaukia Suiane Gomes Bezerra
CHEFE DO COAT



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETÁRIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO
COMPANHIA DE POLICIAMENTO DE TRÂNSITO



Boletim de Ocorrência de Acidentes de Trânsito

Motivo da apreensão

Data 13/12/2019, Hora 08:07:58

Glaukia Suiane G. Bezerra
Coordenadora / COAT
RG 3.164.826-6 SSP/SE
DETRAN/SE

Glaukia Suiane G. Bezerra

Glaukia Suiane Gomes Bezerra
CHEFE DO COAT

Av. Tancredo Neves, S/N Ponto Novo, PABX:(079) 3226-2055, FAX (079) 3226-2042

CEP: 49.097-510, ARACAJU/SE, C.G.C.: 01.560.397/0001-50

Nº Boat 713

www.detran.se.gov.br