

# REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

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 ISIDORIO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN: 314809 [1] LARISSA ALVES COSTA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN: 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 MANHÃ.  09:00 REALIZADO BANHO DE ASPERSÃO.  10:00 ADMINISTRADO TRAMAL E DIPIRONA CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.  10:30 PACIENTE ENCAMINHADO PARA TOMOGRAFIA E RAOX.  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 SEGUE 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. SEGUE 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 SEGUE SOB VIGILANCIA SEM INTERCORRÊNCIA ATÉ O MOMENTO.	[2]

### CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Suze Daniela S. Oliveira Rosa  
 COREN-SE 478.850-ENF

Orientações de enfermagem previa á alta hospitalar

Nome: Nayato de Jesus

Data de Nascimento:

Leito: 044

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: x Avelina Soares

**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, 052 de 19



**Mente & Cérebro**  
PSQUIATRIA, NEUROLOGIA, PSICOTERAPIA,  
ELETRONEUROLOGIA,  
ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA TRANSCRÂNICA

## ELETRONEUROMIOGRAFIA

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

### ELETRONEUROMIOGRAFIA 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.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE

SECRETARIA DE JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE



Rayana de Jesus Mendes

CARTEIRA DE IDENTIDADE

00000000000000000000

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

3.431.495-4

2.VIA

DATA DE  
EXPECIÇÃO

23/02/2012

NOME

MAYARA DE JESUS SANTOS

FILIAÇÃO

ADILSON SANTOS

MARIA JOSE DE JESUS SANTOS

NATURALIDADE

ARACATUBA-SP

DATA DE NASCIMENTO

21/07/1993

DOC ORDEM

CT. NASCIM.

NR 30670 LV A027 FL 167V

CPF

CART.24 OF.DIST. DOB. ARACATUBA-SP

054.320.095-79



REINTEGRAÇÃO DE DADOS





# FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguros.dolider.com.br](http://www.seguros.dolider.com.br) ou envie um e-mail através de um dos números abaixo.  
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 0800 11996 / Outras regiões: 0800 022 11 04 / De 9h às 18h.  
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 11 06  
Canal de Denúncia: 0800 191 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200149042

Data de solicitação: 29/04/2020

Nome do beneficiário: Nayara de Jesus Santos

CPF do beneficiário: 054.320.095-79

Nome do solicitante: Nayara de Jesus Santos

CPF do solicitante: 054.320.095-79

## DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: ( 79 ) 99885963

Tel. Comercial: ( )

Tel. Residencial: ( )

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 REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is) documento(s) está(ão) sendo entregue(s):

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

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

Venho através deste, contestar o valor recebido de R\$ 2.362,50, visto que o último relatório conclusivo do Dr. Renato Teixeira, CRM 1450, especialista em ortopedia, descreve claramente todas as lesões e limitações permanentes as quais não correspondem ao valor pago pela Seguradora Líder, diante do exposto, solicito reanálise para continuação das lesões e pagamento devido conforme documentação médica apresentada.

Anacapa - SP 29/04/2020

Local e Data

Nayara de Jesus Santos

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rgo)

## IMPORTANTE

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido de Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá indicar pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a rgo).





## RELATÓRIO ESPECIALIZADO

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

Número do sinistro *Boletim de Ocorrência Protocolo 510060340.*

Nome do paciente: *NAYARA DE JESUS SANTOS*

Data de nascimento: *21/07/1993*

Data do início do tratamento / Acidente *06/12/2019.*

### 1 - Diagnóstico / Causas básicas:

*Prontidão - vítima de Colisão Móvel x Carro. Polígonos 1245, condutor imprudente. Exame físico no CAPS. Realizou tratamento no Core Rio Santo. Após encaminhado para o Hospital Cerebral Seguros, onde recebeu tratamento de Síndrome do Excesso de Aminoácidos, e teve o diagnóstico de Síndrome de Excesso de Aminoácidos de Risco Alto, tendo sido encaminhado para o Centro de Diagnóstico e Tratamento de Risco Alto, onde recebeu tratamento de Síndrome de Excesso de Aminoácidos de Risco Alto, tendo sido encaminhado para o Centro de Diagnóstico e Tratamento de Risco Alto, onde recebeu tratamento de Síndrome de Excesso de Aminoácidos de Risco Alto.*

### 2 - Data / Tratamento Realizado:

*06/12/2019.*

*Paciente sob observação médica. Foi operado de Ressecção Cervical e Fixação Externa de Fratura do Cúbito. Onde ficou internado por 10 dias em observação médica.*

*08/12/2019 a 11/12/2019.*

*Paciente sob observação médica. Foi operado de Ressecção Cervical, com fixação externa de Fratura do Acetábulo Direito. Onde ficou internado por 10 dias em observação médica. Realizou Alta Hospitalar para ficar acompanhado no Ambulatório do Hospital Cerebral Seguros.*

### 3 - Data / Exames Complementares / Resultados:

*06/12/2019.*

*Radiografia do Pescoço III Anterior de Acetábulo Direito.  
Radiografia do Ombro Esquerdo - Fratura do Cúbito Unilateral.  
Radiografia do Pescoço Esquerdo III Anterior de Acetábulo Direito.*

*15/04/2020*

Renato Teixeira CRM 1450  
Ortopedia - Traumatologia

Data

Assinatura e Carimbo



4 - Hospitais / Serviços / Prestou atendimento:

06/12/2019. 1º ATENDIMENTO no (CCR) Porto Santo  
2º ATENDIMENTO Hospital Getulio Vargas

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

- Perda total por perda moderada a Ruptura do Ligamento e por perda do arco do membro de Paravertebral do Antebraço Ant.
- Perda total por perda do arco de medula de Abdução do MME
- Perda total Atrofia muscular do UMS, com perda moderada a forte, medula do UMS.
- Perda total Alteração da sensibilidade em parte distal por lesão traumática do Nervo Cefálico em Geral (D)
- Perda total por perda de estrutura do R. UMS. por lesão traumática do Nervo Cefálico em Geral Ant.

6 - Alta definitiva do tratamento:

01/04/2020

7 - Data do Exame do Paciente

15/04/2020

8 - Segue Exame Anexo

Perda total por perda moderada a forte de estrutura do R. UMS. por lesão traumática do Nervo Cefálico em Geral Ant.  
Perda total por perda de estrutura do R. UMS. por lesão traumática do Nervo Cefálico em Geral Ant.  
Perda total por perda de estrutura do R. UMS. por lesão traumática do Nervo Cefálico em Geral Ant.  
Perda total por perda de estrutura do R. UMS. por lesão traumática do Nervo Cefálico em Geral Ant.

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				Número		Cidade		Estado			
Rua Itaporanga, Bairro Getulio Vargas				598		Aracaju		Sergipe			

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

Assinatura e Carimbo



# 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: Nayana de Jesus Santa

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

5 - Nome completo: Nayana de Jesus Santa 6 - CPF: 054.320.095-79  
7 - Profissão: Sem profissão 8 - Endereço: Rua A Res Marcelo Bezerra 9 - Número: 103 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Industrial 12 - Cidade: Aracaju 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49066-213  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (79) 998885963

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 ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☒ SEM RENDA ☐ 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: 1500 CONTA: 00024362 7 AGÊNCIA: CONTA:

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 ruído(ruínas)? ☐ 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 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)

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Aracaju, SE, 26/03/2020

Nayana de Jesus Santa  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



DETRAN-SE

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



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

Rua, Avenida, Rodovia  
AV. CONFIANÇA  
Entre

Com  
AV. ANTONIO ASSIS XAVIER  
Trecho KM / E

Município  
ARACAJU

UF  
SE

Dados do acidente

Tipo de acidente Abaloamento transversal

Pavimento Asfalto

Sinalização Existente

Traçado Cruzamento

Estado da Pista Seco

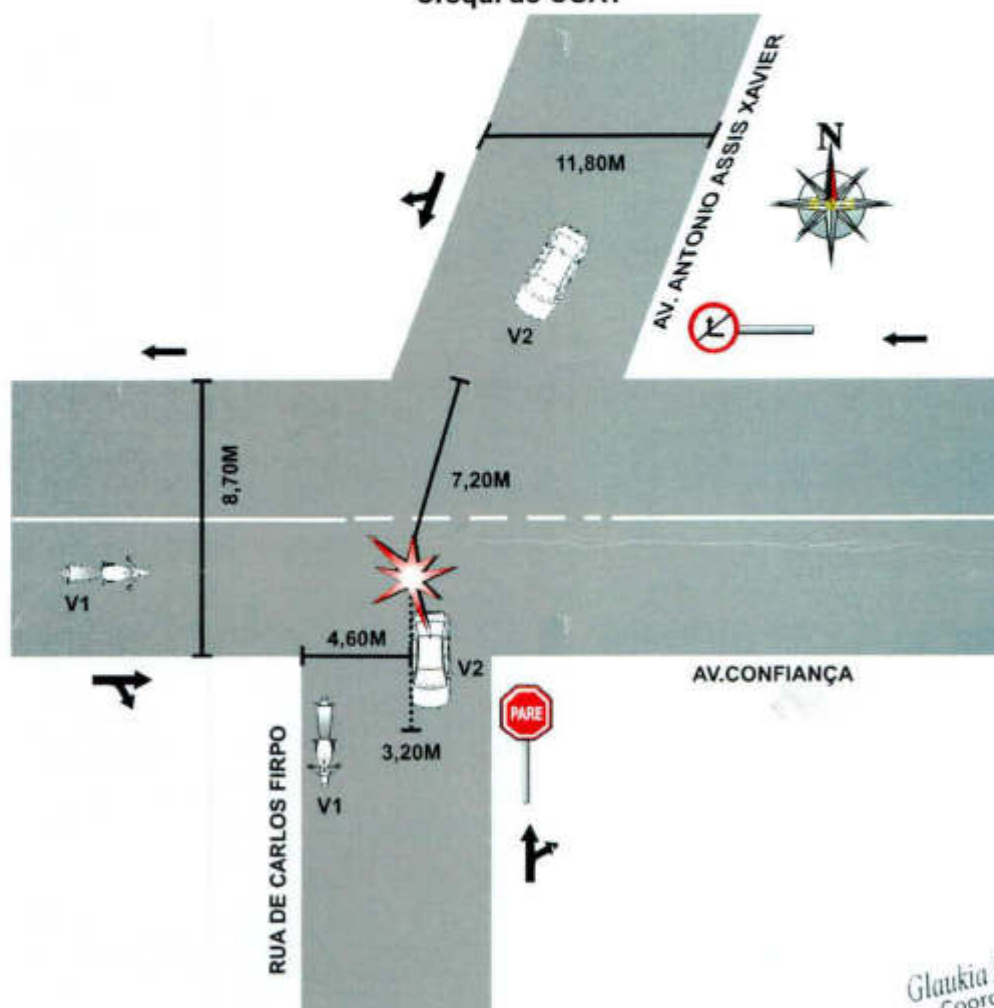
Classificação Danos Mat. com Vitimas

Tempo Claro

Luminosidade Entardecer

Tipo do Local Comercial

Croqui do COAT



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 08:07:52

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.detrان.se.gov.br



## 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

**Cor** VERMELHA

**Categoria** Particular

**Tipo Veículo** Motoneta

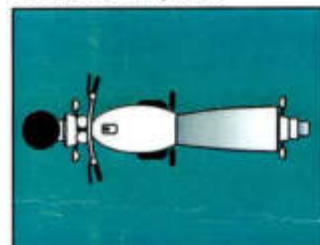
**Espécie de veículo** Passageiro

**Ano de fabricação** 2018

**Nº ocupantes** 1 **Nº Feridos** 1 **Nº Mortos** 0

**Destino do veículo** Liberado no local

### Ponto de impacto



### Danos do veículo

VEÍCULO PARCIALMENTE DANIFICADO.

### Dados do proprietário

**Nome** NAYARA DE JESUS SANTOS

**Logradouro** RUA A, RES MARCELO BEZERRA

**Bairro** INDUSTRIAL

**Cidade** ARACAJU

**Complemento**

103 INDUSTRIAL

**Sexo** Feminino

**Número**

**Estado** SE

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



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



**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 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.detrans.se.gov.br





DETRAN-SE

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

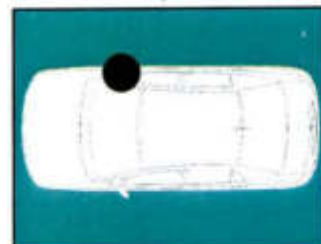


Boletim de Ocorrência de Acidentes de Trânsito

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  
Logradouro RUA B  
Bairro INDUSTRIAL Cidade ARACAJU  
Complemento  
31 INDUSTRIAL

Sexo Masculino  
Número  
Estado SE

Dados do condutor

Nome PABLO ONIKLAY ALMEIDA SANTOS  
Logradouro RUA 8  
Bairro MARCOS FREIRE I Cidade NOSSA SENHORA DO SOCORRO  
Complemento  
CASA

Sexo Masculino Idade 22  
Número 14

Estado SE

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  
Número CNH 6459017698  
Data da primeira habilitação 12/09/2015

Validade 30/06/2024  
Categoria AB  
CNH apreendida Não

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 08:07:56



**DETRAN-SE**

**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**

*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 08:07:58

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.detrان.se.gov.br](http://www.detrان.se.gov.br)