



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

| | |
|---|--|
| Processo: 202040600826 | Distribuição: 06/08/2020 |
| Número Único: 0031851-86.2020.8.25.0001 | Competência: Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito |
| Classe: Procedimento Comum | Fase: POSTULACAO |
| Situação: Andamento | Processo Principal: ***** |
| Processo Origem: ***** | |

Assuntos

- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez
- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Indenização por Dano Moral - Ato Ilícito

Dados das Partes

Requerente: NAYARA DE JESUS SANTOS

Endereço: Rua A

Complemento: RESIDENCIAL MARCELO BEZERRA

Bairro: Industrial

Cidade: Aracaju - Estado: SE - CEP: 49066213

Requerente: Advogado(a): ELTON SOARES DIAS 10289/SE

Requerido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

Endereço: RUA SENADOR DANTAS, 5º ANDAR

Complemento: 5º ANDAR

Bairro: CENTRO

Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20031201

Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apensados:

--

Processos Dependentes:

--



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202040600826

DATA:

14/09/2020

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200912130600356 às 13:06 em 12/09/2020.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NAYARA DE JESUS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01500

CONTA: 000000021362-7

Nr. da Autenticação E2B20D950935C7BB

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NAYARA DE JESUS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01500

CONTA: 000000021362-7

Nr. da Autenticação 148FF1E3732179E4

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200149042

Cidade: Aracaju

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: NAYARA DE JESUS SANTOS

Data do acidente: 06/12/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO. P4, 12
FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO. P3
FRATURA DO ACETÁBULO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PUNHO: FIOS K; QUADRIL: PLACA E PARAFUSOS); DEMAIS CONSERVADOR. P 1, 5, 6, 13, 14
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO ESQUERDO E DO QUADRIL DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Não

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO E LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: ELETRONEUROMIOGRAFIA PG 20

***LAUDO MÉDICO ACOSTADO COM DOCUMENTAÇÃO PARCIALMENTE ILEGÍVEL.

@1,2
CONFORME LAUDO MÉDICO PELO DR RENATO TEIXEIRA CRM 1450, NA DATA DE 15/04/2020.

SINISTRO COM PAGAMENTO. REANÁLISE CONCLUÍDA COM O PAGAMENTO COMPLEMENTAR DE 50% PARA QUANTIFICAÇÃO DA SEQUELA EM GRAU MODERADA PARA O PUNHO ESQUERDO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200149042 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NAYARA DE JESUS SANTOS **Data do acidente:** 06/12/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ACETÁBULO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS (P1).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO QUADRIL DIREITO.

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 DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORME LAUDO MÉDICO PELO DR RENATO TEIXEIRA CRM 1450, NA DATA DE 15/04/2020.

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 |

ULTRA SOM SERV MED SA - HGS

Paciente: NAYARA DE JESUS SANTOS
Convênio: HAPVIDA ARACAJU

Dt. Nasc.: 21/07/1993

Atendimento: 63990269

Prontuário: 15542708

Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: LR-005/2

Profissional(is): HILDEBRANDO LUBAMBO DE BRITTO NETO, MÉDICO, CRM 3126 [1] Nº: 47942392 08/12/2019 às 10:38

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico S730 [1]

Diagnóstico Cirúrgico S324 [1]

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia 08/12/2019 [1]

Hora Da Cirurgia 10:38 [1]

Cirurgia TTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO ACETÁBULO DIREITO
Paciente em DLE sob raqui anestesia e anestesia geral
Antissepsia e assepsia
Incisão postero-lateral em quadril D
Dissecção por planos e hemostasia
Redução de luxação do quadril
Redução de fratura de rebordo posterior de acetábulo e fixação provisória com fios de K
Posicionamento de placa de reconstrução de 8 furos
Fixação com 4 parafusos corticais e retirada de fios de Kirschner
Controle radioscópico satisfatório
Lavagem exhaustiva com soro fisiológico e revisão de hemostasia
Fechamento por planos e curativos
À SRPA sem intercorrências [1]

Cirurgião HILDEBRANDO L B NETO [1]

1º Auxiliar THIAGO LEAL [1]

Anestesista FABRÍCIO [1]

Dr. Hildebrando L. B. Neto
Ortopedista
CRM-3216 / TEOT 12833

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

| | | | | |
|--|------------------------|----------------------------|--------------|-------|
| Prontuário | Nome do Paciente | Sexo | Nascimento | Idade |
| 15542708 | NAYARA DE JESUS SANTOS | F | 21/07/1993 | 26 |
| RG | CPF | Carteira Profissional | Estado Civil | |
| 34314954 SSP SE | 5432009579 | | 2-SOLTEIRO | |
| Endereço | | | | |
| R 15 117 MARIVAN BARRA DOS COQUEIROS-SE CEP:49066213 | | | | |
| Telefone Residencial | Telefone Trabalho | Nome da Mãe | | |
| 996528646 | | MARIA JOSE DE JESUS SANTOS | | |

DADOS DO ATENDIMENTO

| | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|-----------|------------------|
| Setor | 800535-RECEPCAO PRINCIPAL - HGS | | |
| Data | Hora | Matrícula | Tipo Documento |
| 06/12/2019 | 21:12 | | |
| Médico Atendente | | | Clinica |
| 96422831 FRANCIS LIMA DE VASCONCELOS | | | 4-CIRURGICA |
| Médico Acompanhante | | | Tipo Atendimento |
| 96422831 FRANCIS LIMA DE VASCONCELOS | | | 0 INTERNACAO |
| Avaliação médica | | | |

DADOS DO CONVENIO

| | | |
|---------------------|------------------------------|---|
| Convenio | Plano | ALMAVIVA DO BRASIL TELEMARKETING E INFORM S/A |
| 800-HAPVIDA ARACAJU | 2-PLANO EMPRESA ENFERMARIA - | COLETIVO |
| Carteira | Validade | |
| 03JQ3001194003011 | | |

DADOS DA INTERNAÇÃO

| | | |
|--|-----------------|-----------|
| Posto | Acomodação | Leito |
| RPA - RECUPERACAO POS ANESTESICA | LR-003 LEITO 03 | 01 |
| N. Guia | Procedimento | Senha |
| 43767864 | 99996666 | D43594291 |
| 43767864 | 30720095 | D43594291 |
| Descrição | | |
| INTERNACAO FRATURA E/OU LUXACOES (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISARIO COTOVELO-PUNHO) - TRATAMENTO CIRURGICO | | |

TERMO DE RESPONSABILIDADE E OUTROS AJUSTES

DADOS DO PACIENTE

Nome: NAYARA DE JESUS SANTOS

RG: 34314954

CPF: 5432009579

Endereço: 15 117 MARIVAN BARRA DOS COQUEIROS SE 49066213

DADOS DO RESP. LEGAL (NA IMPOSSIBILIDADE DO PACIENTE ASSINAR)

Nome: NAYARA DE JESUS SANTOS

RG: 34314954

CPF: 5432009579

Endereço: A 103 INDUSTRIAL ARACAJU SE 49066213

Pelo presente instrumento particular e na melhor forma de direito, o paciente acima qualificado ou, na impossibilidade do mesmo fornecer seus dados e/ou subscrever este termo, o seu responsável acima identificado, um ou outro reconhecem que foram devidamente esclarecidos sobre a condição de saúde do referido paciente, sob tratamento no ULTRA SOM SERV MED SA - HGS.

Declaram, mais, que os profissionais responsáveis pela assistência médica do paciente em momento indicaram as opções de tratamento médico-hospitalar constantes no prontuário respectivo.

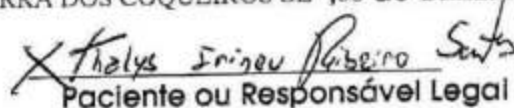
Mesmo considerando os riscos inerentes, o signatário responsabilizou-se integralmente e optou pelo seguinte tratamento (a ser conferido ao enfermo acima qualificado):

30720095 FRATURA E/OU LUXACOES (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISARIO COTOVELO-PUNHO)
- TRATAMENTO CIRURGICO

O signatário, após devidamente cientificado de todos os riscos do tratamento acima especificado, optou pela adoção de tal prática médica, por entender que esta constitui a melhor assistência a ser dispensada ao paciente, responsabilizando-se integralmente por sua decisão.

O paciente e/ou seu responsável declaram, portanto, estarem absolutamente informados sobre o procedimento médico a que o paciente será submetido, tudo em obediência aos arts. 46, 48, 49, 53, 56 e 59, do Código de Ética Médica.

BARRA DOS COQUEIROS SE ,06 de DEZEMBRO, de 2019


Paciente ou Responsável Legal

TESTEMUNHAS:



HOSPITAL
GABRIEL
SOARES

FICHA ANESTÉSICA

ANESTESIOLOGISTA

Dr. Jorge Goncalves de Menezes
Anestesiologista
CRM-SE 1185

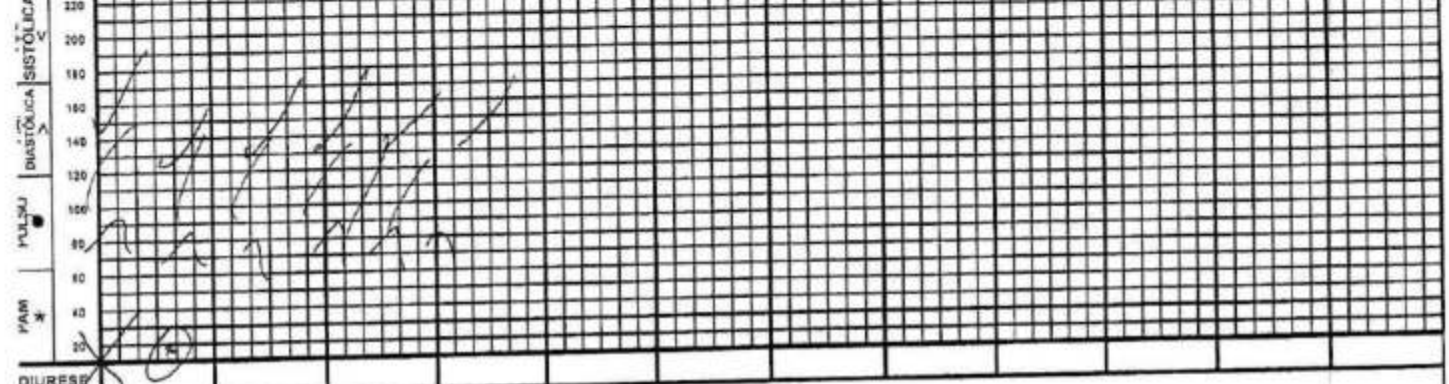
NOME WYLLIAM J. LAROT IDADE 40 PESO 70 ASA 1
DATA 11/11/17 INÍCIO ANES. 7:30 INÍCIO CIR. 8:30 DURAÇÃO 1h 00 CONVÊNIO HOSPITAL

CIRURGIA Prostectomia de próstata
DO PRÓSTATA 31/08/2017

CÓDIGOS CIRÚRGICOS 59.22 59.22 59.22
CIRURGIAO DR. J. G. MENEZES AUXILIARES DR. J. G. MENEZES 11/11/17

| TEMPO | 15min | 30min | 45min | 60min |
|----------|-------|-------|-------|-------|
| OXIGENIO | | | | |
| AR COMP | | | | |
| SEVO | | | | |
| N2O | | | | |
| SpO2 | | | | |
| ETCO2 | | | | |
| BIS | | | | |

POSICÃO Supino



DIURESE 0

VENOCISE 0

BOMBA INFUSORA

- | | | |
|---|-------------------------------|-----|
| 1. <u>DORMONIO</u> <u>01</u> | 9. <u>NOBILITIN</u> <u>02</u> | 17. |
| 2. <u>PARALIC</u> <u>01</u> | 10. <u>KERATO</u> <u>02</u> | 18. |
| 3. <u>PROBOL</u> <u>01</u> | 11. <u>PARALIC</u> <u>01</u> | 19. |
| 4. <u>XILOCAINA</u> <u>269/04</u> | 12. | 20. |
| 5. <u>ASUS</u> <u>9/11/17</u> <u>06</u> | 13. | 21. |
| 6. <u>DE</u> <u>10/11/17</u> <u>01</u> | 14. | 22. |
| 7. <u>DM</u> <u>10/11/17</u> <u>01</u> | 15. | 23. |
| 8. <u>PROBOL</u> <u>01</u> | 16. | 24. |

OBSERVAÇÕES

| | | |
|---|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ECG | <input type="checkbox"/> SpO2 | <input type="checkbox"/> ETCO2 |
| <input type="checkbox"/> PANI | <input type="checkbox"/> PAM | <input type="checkbox"/> PVC |
| <input type="checkbox"/> TOF | <input type="checkbox"/> BIS | <input type="checkbox"/> DPP |
| PROTEÇÃO OCULAR | | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| <input type="checkbox"/> OCLUSÃO C/ ESPARADRAPO | | <input type="checkbox"/> GEL OCULAR |

REPOSIÇÃO VOLÊMICA ☐ Ringer Lactato ml ☐ SF0,9% ml ☐ ☐

ANESTESIA GERAL ☒ Sedação ☐ Endovenosa ☐ Inalatória ☐ Balanceada ☐ Combinada

VENTILADOR ☐ Drager ☐ RESPIRAÇÃO ☐ Espontânea ☐ Controlada ☐ PCV ☐ VCV ☐ Suporte

☐ IOT ☐ INT ☐ ML N° ☐ Traqueostomia FR PIT VC PEEP FIO2

BLOQUEIO Raquí Ag n° ☐ Peridural Ag n° Cateter ☐ Sim ☐ Não ☒ Plexo Braquial ☐ AXILAR

PROFUNDIDADE ☐ Acurada ☐ Superficial ☐ Intubado DESTINO ☐ SRPA ☐ Leito ☐ UTI ☐ Ambulatorial

ULTRA SOM SERV MED SA - HGS

07/12/2019 0

Paciente: NAYARA DE JESUS SANTOS

Dt. Nasc.: 21/07/1993

Atendimento: 63990269

Prontuário: 15542708

Convênio: HAPVIDA ARACAJU

Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: LR-003/1

Profissional(is): RODRIGO OLIVEIRA PASSOS, MÉDICO, CRM 4808 [1]

Nº: 47895050 07/12/2019 às 00:47

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico S525 [1]

Diagnóstico Cirúrgico S525 [1]

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia 07/12/2019 [1]

Hora Da Cirurgia 00:47 [1]

Cirurgia CONTROLE DE DANOS ORTOPÉDICO, FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR DE PUNHO ESQUERDO [1]

Cirurgião DR. RODRIGO PASSOS [1]

1º Auxiliar DR. TIAGO LEAL [1]

Anestesista DR. JORGE GOTRAN [1]

 Descrição Cirúrgica [1]
 1- PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
 2- ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + CAMPOS ESTÉREIS
 3- ESVAZIAMENTO E GARROTEAMENTO
 4- REDUÇÃO FUNCIONAL DA FRATURA SOB FLUOROSCOPIA
 5- INCISÃO DORSAL EM RÁDIO E EM 2º MTE, DISSECÇÃO POR PLANOS ATÉ O PLANO ÓSSEO
 6- COLOCAÇÃO DO FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DO TIPO COLLES + 2 FIOS DE KIRSCHNER EM RÁDIO DISTAL PARA ESTABILIZAÇÃO DA FRATURA
 7 - VIZUALIZADA INSTABILIDADE FRANCA DA ARTICULAÇÃO RADIO-ULNAR DISTAL
 8 - BLOQUEIO DA ARTICULAÇÃO RADIO-ULNAR DISTAL COM FIO DE KIRSCHNER 2.0 MM
 9 - CONTROLE FLUOROSCÓPICO.
 10 - RETIRADA DO GARROTE + REVISÃO DA HEMOSTASIA
 11 - SUTURA POR PLANOS
 12 - CURATIVO COMPRESSIVO + TALA AXILO-PALMAR
 13 - À SRPA


 Dr. Rodrigo O. Passos
 Ortopedista e Traumatologista
 CRM 4808 - TEOT 16521

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 d

ULTRA SOM SERV MED SA - HGS

06/12/2019 23

| | | | |
|--|---|-----------------------|----------------------|
| Paciente: NAYARA DE JESUS SANTOS | Dt. Nasc.: 21/07/1993 | Atendimento: 63990269 | Prontuário: 15542708 |
| Convênio: HAPVIDA ARACAJU | Posto: RPA - RECUP | ERACAO POS ANESTE | Leito: LR-003/1 |
| Profissional(is): ITANA BARBOSA BARRETO, ENFERMEIRO(A), COREN 567651 [1] | Nº: 47894059 | 06/12/2019 | às 23:48 |
| EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM | | | |
| Evolução de enfermagem | RECEBO PACIENTE NO CC, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, EM VE, PROVENIENTE DA SUA RESIDENCIA, ACOMPANHADO POR FAMILIAR, PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO, NEGA ALERGIAS, DM E HAS. SEQUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM. | | [1] |
| DISPOSITIVOS | | | |
| Acesso Venoso Periférico | Sim | | [1] |

Itana Barbosa Barreto
COREN-SE 000567651-EN

| | | | |
|---|-------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Paciente: NAYARA DE JESUS SANTOS | Dt. Nasc.: 21/07/1998 | Atendimento: 63990269 | Prontuário: 15542708 |
| Convênio: HAPVIDA ARACAJU | Nº Prescrição: 24914849 | 06/12/2019 às 23:50 | |
| Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANES | Leito: L3-003/1 | Enfermeiro(a): | ITANA BARBOSA BARRETO |
| Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO | | | |
| Profissionais: | | | |
| 1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA Relacionado a: TRATAMENTO | | | |
| 8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS | | | |
| 10 - RISCO DE SANGRAMENTO Relacionado a: EFEITOS COLATERAIS | | | |
| SINAIS VITAIS | 07/12 Manhã 07/12 Tarde | 07/12 Noite | |

Itana Barbosa Barreto
COREN-SE 400.567.651 - ENF

ULTRA SOM SERV MED SA - HGS

07/12/2019 0

Paciente: NAYARA DE JESUS SANTOS

Dt. Nasc.: 21/07/1993

Atendimento: 63990269

Prontuário: 15542708

Convênio: HAPVIDA ARACAJU

Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: LR-003/1

Profissional(is): RODRIGO OLIVEIRA PASSOS, MÉDICO, CRM 4808 [1]

Nº: 47895247 07/12/2019 às 01:05

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

PACIENTE POLITRAUMATIZADA, APRESENTA-SE COM FRATURA DE UMEROS PROXIMAL ESQUERDO + FRATURA LUXAÇÃO DE GALEAZZI EM PUNHO ESQUERDO E FRATURA DE ACETÁBULO DIREITO. LIBERADA PELA CIRURGIA GERAL, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CONTROLE DE DANOS ORTOPÉDICO (REDUÇÃO DA LUXAÇÃO DE PUNHO + FIXAÇÃO EXTERNA), PROCEDIMENTO REALIZADO SEM INTERCORRÊNCIAS CONFORME CONSTA EM ATO CIRÚRGICO. INTERNADA PARA OBSERVAÇÃO DA EVOLUÇÃO DAS FRATURAS BEM COMO PARA PROGRAMAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DEFINITIVO.

CD: VPM

CID 10

S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

[1]


Dr. Rodrigo O. Passos
Ortopedista e Traumatologista
CRM/SE 4638 - TEOT 16521

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

ULTRA SOM SERV MED SA - HGS

07/12/2019 07:58

| | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------|----------------------|
| Paciente: NAYARA DE JESUS SANTOS | Dt. Nasc.: 21/07/1993 | Atendimento: 63990269 | Prontuário: 15542708 |
| Convênio: HAPVIDA ARACAJU | Posto: POSTO INTERNACAO - HGS | Leito: DAY-01/1 | |
| Profissional(Is): JOSE GOR SILVA SANTOS, ENFERMEIRO(A), COREN 682842 [1] | | | |
| Nº: 47900933 07/12/2019 às 07:56 | | | |

| EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM | | |
|-------------------------------|---|-----|
| <p>Evolução de enfermagem</p> | <p>PACIENTE NO LEITO, ACOMPANHADA DE SEU FAMILIAR, AO ESTADO GERAL. LUCIDA, ORIENTADA, VERBALIZANDO, CONSCIENTE, RELATA DOR. AO EXAME FÍSICO: COURO CABELUDO ÍNTEGRO, PÚPILAS ISOCÓRICAS E FOTOREAGENTES, PAVILHÃO AURICULAR ÍNTEGRO E SEM SUJIVIDADES, REGIÃO CERVICAL COM MOBILIDADE, EUPNEICO, TORAX SIMÉTRICO COM BOA EXPANSILIDADE PULMONAR, MSE COM FERIDA OPERATORIA, ABDOMEN PLANO, AFEBRIL, ACIANÓTICO E ANICTÉRICO. EM USO DE AVP, E PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO. NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES. SEQUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.</p> | [1] |
| DISPOSITIVOS | | |
| Acesso Venoso Periférico | Sím | [1] |

Jéssica Rêgo Barreto
COREN/SE 855190 - ENP

ULTRA SOM SERV MED SA - HGS

07/12/2019 06:02

| | | | |
|---|---|-----------------------|----------------------|
| Paciente: NAYARA DE JESUS SANTOS | Dt. Nasc.: 21/07/1993 | Atendimento: 63990269 | Prontuário: 15542708 |
| Convênio: HAPVIDA ARACAJU | Posto: POSTO INTERNACAO - HGS | Leito: DAY-01/1 | |
| Profissional(is): RAOUEL SILMARA SOARES DE OLIVEIRA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM COREN 1169628/1 | | Nº: 47896991 | 07/12/2019 às 04:24 |
| DADOS DO PACIENTE | | | |
| PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - MANHÃ | | | |
| PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - TARDE | | | |
| PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - NOITE | | | |
| Hora | 01:00 | | [1] |
| Hora | | | |
| Descrição | <p>PACIENTE ADMITIDA NESTE SETOR, PROVENIENTE DO CC EM MACA, CALMA, ACORDADA, AFEBRIL, ACIANÓTICA, ANICTÉRICA, EUPNEICA. EM USO DE AVP COM SOROTERAPIA + PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO + CURATIVO COM TALLA GESSADA EM MSD. SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM E EM COMPANHIA DE ENFERMAGEM.</p> <p>02:00 ADMINISTRADO DIPIRONA EV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.</p> <p>04:00 ADMINISTRADO KEFAZOL EV, RENOVADO SOROTERAPIA, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.</p> <p>06:00 ADMINISTRADO OMEPRAZOL EV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. AFERIDO SSVV.</p> | | [1] |
| Hora | | | [1] |
| CUIDADOS DE ENFERMAGEM | | | |

Raquel Silmara Soares de Oliveira
COREN 1169628-1

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: 041

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 Adilson 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

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.



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.OTIM.ARAACATUBA

054.320.095-79



REINTEGRAÇÃO DE DOCUMENTOS

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguros.dolider.com.br ou entre em contato 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 12 04 / De 08h às 20h.
 SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
 Canal de Denúncia: 0800 591 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 desse, 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.

Anacapi - 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 assinar através de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, o seu pedido de Seguro DPVAT.



RELATÓRIO ESPECIALIZADO

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

Número do sinistro *Exatidão 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
Exatidão do caso. Realizou o tratamento no Core Rio Santo. Após
terapêutica para o Hiperlordose Cervical, onde Realizou tratamento de
Sistema de Exatidão, Realizou o uso o aparelho de Tórax Espinal.
De Exatidão de Início do Risco Realizou, Tórax Espinal de Cauda Sacral
Exatidão e Tórax de Acetábulo Direito, mas estabilizou em Exatidão
para o Cauda Cervical para Coração de Tórax Espinal de Risco E*

2 - Data / Tratamento Realizado:

06/12/2019.

*Prontidão subluxação Cervical. Foi operado de Realização Cervical
de Exatidão de Tórax de Cauda. Onde Realizou tratamento para uso
de aparelho de Exatidão.*

08/12/2019 / 11/12/2019.

*Prontidão subluxação Cervical. Foi operado de Realização Cervical.
Com Realização de Tórax de Acetábulo Direito. De 5320.
Tórax de Realização e Realização Alta Hiperlordose para uso aparelho
de Ambulatório do Hospital Cerebral Sagas.*

3 - Data / Exames Complementares / Resultados:

06/12/2019.

*Realização de Exatidão de Acetábulo Direito
Realização de Cauda Cervical - Tórax de Cauda de Cauda Cervical
Realização de Tórax de Exatidão de Tórax Espinal de Risco E*

15/04/2020

Data

Renato Teixeira CRM 1450
Ortopedia - Traumatologia

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 MIO, com perda moderada a forte, medula do MIO.
- 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. MIO. 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. MIO. por lesão traumática do Nervo Cefálico em Geral Ant.
Perda total por perda do arco de medula de Abdução do MME
Perda total por perda de estrutura do R. MIO. por lesão traumática do Nervo Cefálico em Geral Ant.
Perda total por perda do arco de medula de Abdução do MME
Perda total por perda de estrutura do R. MIO. por lesão traumática do Nervo Cefálico em Geral Ant.

9 - Médico responsável pela avaliação após análise da documentação do primeiro atendimento médico / Do físico.

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) 99888 5963

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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1500 CONTA: 00024362 7
(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 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
SECRETÁRIA 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

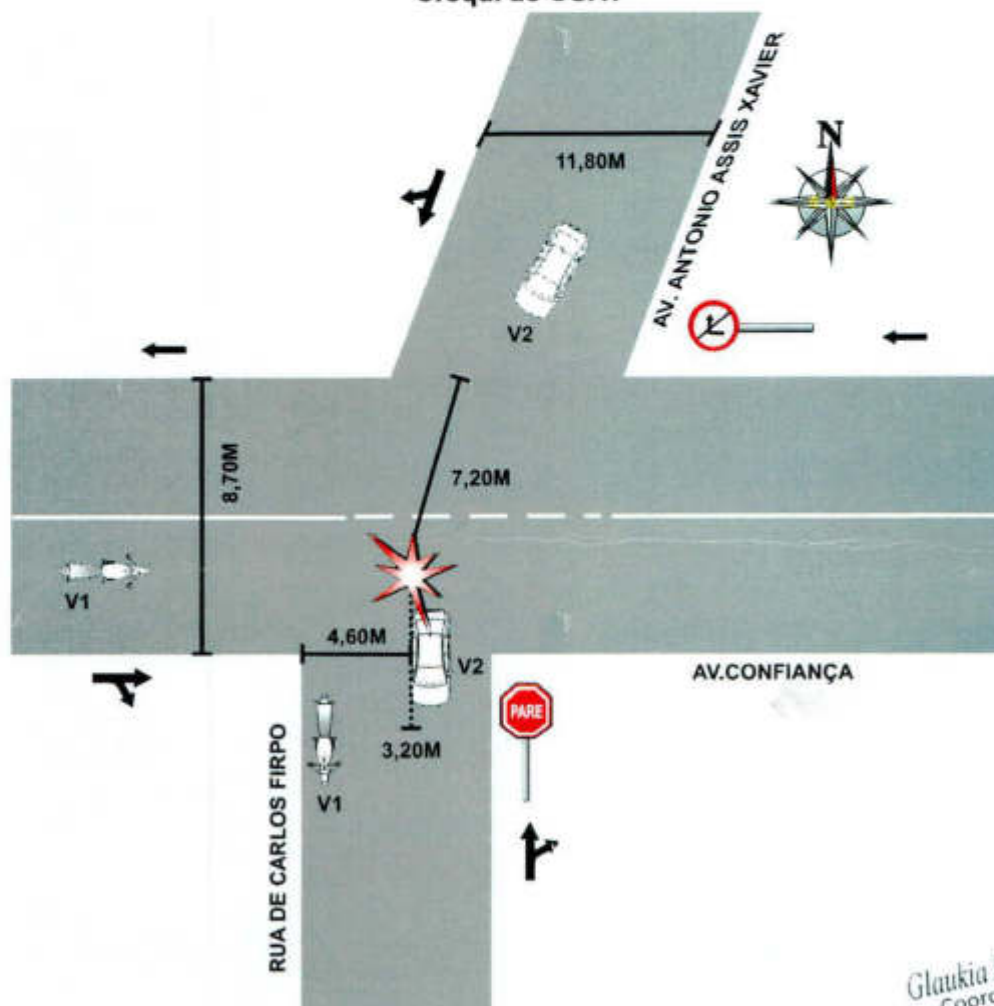
Classificação Danos Mat. com Vitimas

Tempo Claro

Luminosidade Entardecer

Tipo do Local Comercial

Croqui do COAT



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

Glaukka Suiane G. Bezerra

Glaukka 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

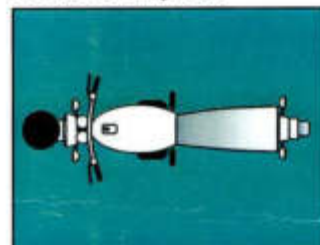
Espécie de veículo Passageiro

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



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

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

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

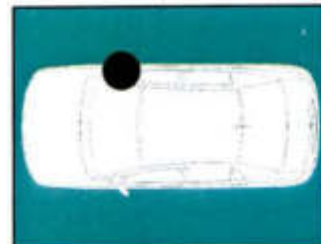


Boletim de Ocorrência de Acidentes de Trânsito

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

www.detran.se.gov.br