

DATA: 19/06/2011 07:00 h	1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso		2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional			3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acarreado <input type="checkbox"/> Impossibilitado			
	4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso		5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível			6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
	7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero		vezes	8-INCERTEZA: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico					
	9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero		vezes	Alterações nas fezes:					
	10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes			<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ar dor <input type="checkbox"/> Dificuldade		Alterações na urina:			

Assinatura e identificação

SOLICITAÇÃO DE EXAME DE IMAGEM

PACIENTE: MARIA NUNES DE ANDRADE SILVA

LEITO D1 CONVÊNIO: IPES IDADE: 84 ANOS

HORA: 21:00H NÚMERO ATENDIMENTO: 1049465

SD:

1. PRÉ OP CORREÇÃO FRATURA DA TÍBIA + FÍBULA E
2. DPOC

Paciente com REG, LOTE, levemente dispneica, afebril e diurese presente. No momento com níveis pressóricos altos e glicêmicos não aferidos. Paciente em suporte de O2 por cateter nasal a 3l/min. Sem queixa de dor no momento. Refere uso de Alenox diário porém esqueceu a medicação em casa.

Ao exame físico: Hidratada, normocorada, acianótica, anictérica

AR: MV BD com sibilos difusos

ACV: BRNF 2T SS

ABD: RHA +, plano, indolor, flácido, sem sinal irritação peritoneal

NEURO: GCS 15

Extremidades: Sem edema ou sinal de TVP (TEC < 3s)

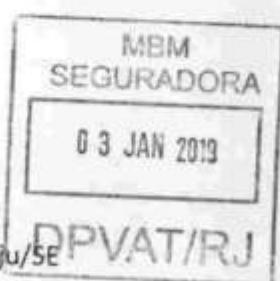
CD:

1. Solicito Ecocardiograma transtorácico (risco cirúrgico)

Dr. Reginaldo Freitas
Diretor Técnico
FBHC
CRM/SE 4510

02.09.18

Av. Desembargador Maynard, 174 - Bairro Cirurgia - CEP 49055-210 Aracaju/SE
PABX: (79)2106-7213 Fax: (79)2106-7326



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA - SAEP

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Flávia Nunes de Andrade Sely Procedência: _____
 Idade: 34 Sexo: M Leito: _____
 Matrícula: 1049485
 Data de admissão: / /

TRANS-OPERATÓRIO (Admissão no Centro Cirúrgico)

- Confirmar a solicitação: Reserva de Sangue SIM NÃO Volume: _____ Vaga na UTI SIM NÃO
- Preparo: Jejum a partir - HORÁRIO: _____ e DATA: / / Punção venosa periférica
- Retirar a prótese e adornos: Prótese dentária Lente de contato Jóias Grampos Outros:
- Alergia conhecida: SIM NÃO QUAL (IS): _____
- Habito de vida: Tabagista: SIM NÃO TEMPO: _____ / Etílico: SIM NÃO TEMPO: _____
- Passado cirúrgico: SIM NÃO QUAL (IS): _____
- Doenças atuais: HAS HCC IAM AVC IDM NEO DPOC IRC ITU NÃO
- Faz uso de medicamento: SIM NÃO QUAL (IS): _____

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Estado clínico do paciente)



HORARIO: _____ h.

ASSINATURA:

INTRA-OPERATÓRIO (Admissão na Sala Operatória - SO)

EQUIPE CIRÚRGICA

- Cirurgião: Dr. Roberto L. L. Sely
- Instrumentador: Andréa Kleber
- Anestesiologista: Dr. Fabiano
- Circulante: Flávia

SERVIÇO DE APOIO

- Hemotransfusão com SO SIM NÃO
- 1º Infusão: Volume: _____ Horas: _____
- 2º Infusão: Volume: _____ Horas: _____
- 3º Infusão: Volume: _____ Horas: _____
- Anatomopatológico: SIM NÃO
- Peça cirúrgica: _____

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

- Proposto: _____ Realizado: _____
- Horário - Início: _____ h e Termino: _____ h.
- Monitoração: ECG Síntesis PANI Pressão invasiva:
- Técnicas Anestésicas: Geral venosa Geral intravenosa
- Geral combinada Peridural com cateter Peridural sem cateter
- Raquianestesia Bloqueio Sedação Local
- Posição Cirúrgica: Dorsal Ventral Ginecológica Lateral D Lateral E
- Outras _____
- Local da placa dispersiva: _____
- Incisão Cirúrgica - local: _____
- Curativo - Tipo e local: _____

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Ocorrências e Intercorrelações)

HORÁRIO DE ENTRADA NA SO: 08:00 h. HORÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA SRPA: _____ h.

Flávia Selys foi procedente cirurgia em uso de sedação. Foi a certo momento MSE, com gelo 18, hcs intercalados PA 132x84 mm Hg, pulso 98, ECG 88 regular. Durante o tempo de cirurgia fez breves enunciados p/ parte de SRPA e se intubou.

*Marcia Santos Costa
Téc. de Enfermagem
CORPOSC 454851*

MBM SEGURADORA	03 JAN 2019
ASSINATURA: DPVAT/RJ	

*Flávia Costa
03/01/2019
454851*



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL CIRURGIA

RASTREABILIDADE DE INTEGRADORES QUÍMICOS

NOME: *Maria Neves de Andrade Selvay*
NUMERO DE INTERNAMENTO: *1049465*
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: *L. Tisup*
CIRURGIÃO: *Dr Roberto L.*
ENFERMEIRO: *Severino*
CIRCULANTE DE SALA: *Neuver*
ANESTESIOLOGISTA: *Dr Fabrício*
INSTRUMENTADOR: *Andrea*
DATA: *10/09/15*
SALA CIRÚRGICA: *07*

GRAMPEAR INTEGRADORES QUÍMICOS NOS ESPAÇOS ABAIXO

LOTES	LOTES

COLABORADORES: Enfermeiros João e Josivalda
desde 27/06/2016

Obs.: permanecer junto ao prontuário



PACIENTE:

Maria Nunes de Andrade Silva

MATRÍCULA:

1049465

IDADE:

84 anos

CONVÉNIO:

IPES.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

CIRURGIA REALIZADA:

Redução cirúrgica com fixação

CIRURGIA:

Dr. Roberto Lima

ANESTESIOLOGISTA

AUXILIAR:

AUXILIAR:

AUXILIAR:

ANESTESIA UTILIZADA:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO

EQUIPAMENTOS

 B. E. / BIPOLAR TRÉPANO ELÉTRICO SERRA ELÉTRICA MICROSCÓPIO CIRÚRGICO FUNTE DE LUZ / FIBRA ÓTICA

DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO:

Decubito dorsal

Antissepsia

Câmpos

Excisão - Alineação

Redução cirúrgica com fixação

Síntese do ferimento

Curativo

10/09/18

DATA

MÓD. LACRIMAL

Dr. Roberto Lima
Ortopedia Traumatologia

CRM-1173

ASSINATURA DO CIRURGIAO

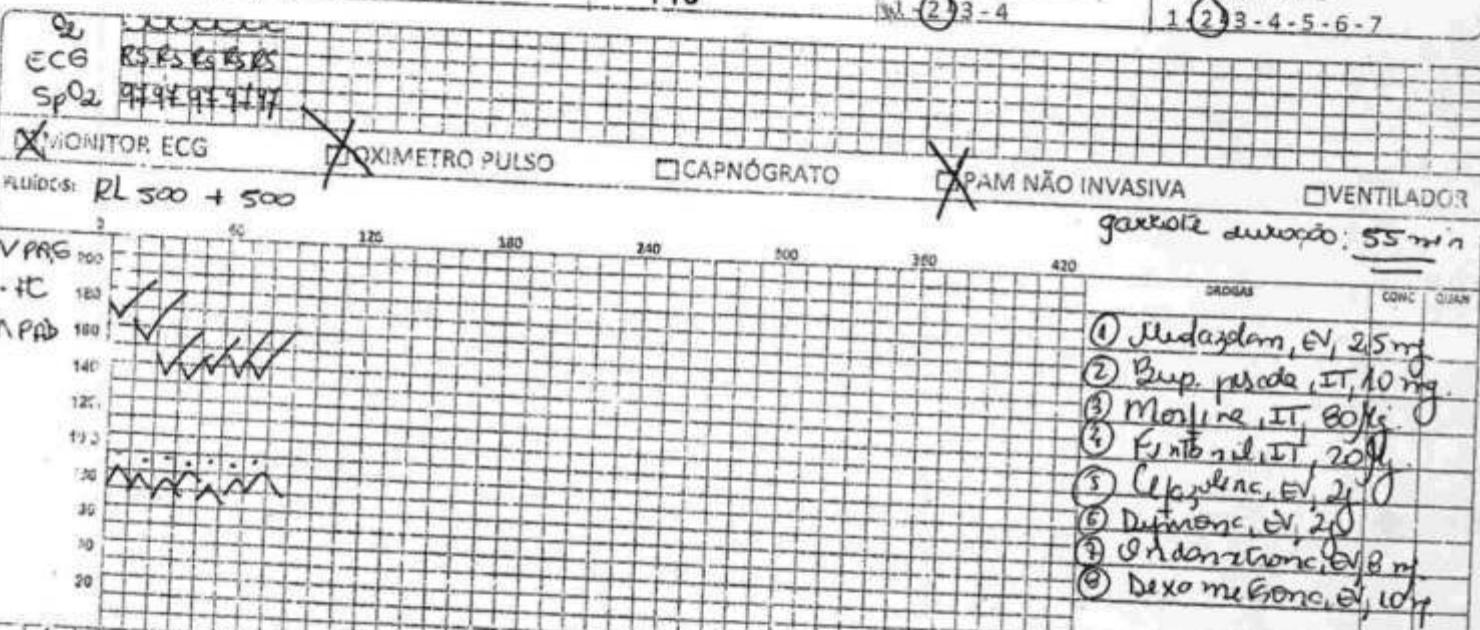
MBM
SEGURADORA

03 JAN 2019

DPVAT/RJ

DATA: 10/09/18

PACIENTE:	Maria Nunes de Andrade Silva				MATRÍCULA:	1049965	CONVÉNIO:	IPES	
IDADE:	84a	SEXO:	F	COR:	ENF:	X	QUARTO:		
CIRURGIÃO:	Roberto Lina				ANESTESISTA:	Fabricio Dias Antunes			
1º AUXILIAR:	(Inst.) Klein				2º AUXILIAR:	(Inst.) Andreia			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:	Fratura das ossas da perna								
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRICO:	O mesmo								
CIRURGIA PROPOSTA:	Redução, fixação e fixação de fratura de tibia grande								
CIRURGIA REALIZADA:	A proposta								
PRÉ-MEDICAÇÃO:	-								
INÍCIO DA ANESTESIA	08:10	INÍCIO DA OPERAÇÃO	08:30	ALT DA ANESTESIA	T10	RISCO OPERATÓRIO	W-2 3-4	ESTADO FÍSICO	1-2 3-4-5-6-7
ECG		SpO2		HORA:		CÓDIGO CIRÚRGICO 30727138			
RSP		97%				RESULTADO: 1-2-3-4-5-6			
SpO2		97%							



Sem alterações, nenhuma comorbidade, com $\text{Hb} > 8 \text{ g/dL}$; reserva de C. H. OK;
última pré-op. 06 mns $\text{Hb} = 9,6$ (resposta OK a C. H.).
Monit. ECG: pressão arterial contínua, telediálise e m. msc (%). 186; P2 x 2V.
CN 3/5/5/5, sedação na hora c/ anest. (1), posop. sentada: antártica
de respiração e embolização negativa CCIH; Prolongação da apneia: 2 min.
276 pressurizada seguida de 1,614, seg. 2,341 220 m pressurizada, 2 m tempo -
mento, sem alterações negativas: pressão arterial: nenhuma alteração T10; a 15
sem infarto negativo: telediálise SRPA: D.k. 9/10.

AGENTES ANESTÉSICOS:

2,3,4

MBM

SEGURADORA

03 JAN 2019

RODÍZIO NESTÓTIA

INDUÇÃO:	POSIÇÃO:	sentada	LOCAL PUNÇÃO:	L3/L4	LÍQUIDO RETIRADO:	claro
TECNICA:	POSIÇÃO APÓS:	DDH	POSIÇÃO OPERATÓRIA:	DDH	RESULTADO D.R.M.	DPVAT/RJ
DURAÇÃO DA OPERAÇÃO:	40 min	DURAÇÃO DA ANESTESIA:	1h x 30m	CONSCIÊNCIA:	D.k. 9/10 ∞ j.	
POS-OPERATÓRIO:	SRPA	DESTINO DA SRPA:	<input type="checkbox"/> LEITO <input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	CONDIÇÕES:		
OBSERVAÇÕES:	sem alterações ou alterações de maturidade/espontânea. Bem de volta a função.					<i>2018-09-10 10:00 ANESTESISTA</i>

F.B.H.C- FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
AV. DESEMBARGADOR MAYNARD, 174 UF:SE CEP:49075-170
CLINICA: CLINICA MEDICA . ATT:al

ATT:anna.soares

FECHA DE ATENDIMENTO

CONVENIO: I.P.E.S
CODIGO DO CONVENIADO: 00020000121910075
DATA DE ATENDIMENTO:02/09/2018 10:09:39
NRO DE ATENDIMENTO:1049463 MATRICULA:20125077

NO: DE IDENTIFICAÇÃO
NOME: MARIA NUNES DE ANDRADE SILVA
DATA NASC.: 21/03/1934 IDADE: 84 SEXO: Feminino
R.G.: 562252 SSP/SE CPF: 19959095568
ENDERECO: RUA JOSIAS NUNES DE ANDRADE
LOGRADOURO: 210 BAIRRO: Centro
CEP: 49530000 TEL: 99849-7855
CIDADE: Ribeirópolis UF: Sergipe

CIDADE: Ribeirópolis
NOME DO PAI: NAO CONSTA NO DOC.
NOME DA MAE: DULCE PEREIRA LIMA
NOME DO RESPONSAVEL: LUCIANO SILVA/FILHO

ENDEREÇO: BAIRRO: CIDADE: UF:

ASS. DO RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE: X Lucas Silva

DIAGNOSTICO: _____

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO
------------------------	-----------

www.english-test.net

1. *What is the primary purpose of the study?*

OUTRAS ANOTACOES:

DESTINO: **DO. PACIENTE**

DATA: / / HORA: : INTERNADO? SIM () NAO ()

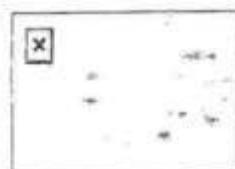
*****SOLICITACAO DE EXAMES*****

- SOLICITACAO DE EXAMES

() Hemograma Completo ()TGO ()TGP ()CPK ()Ureia ()CKMB
() Hb/Ht ()Urina tipo I ()Amilase ()TP ()TTPa
() Coagulograma ()Na e K ()Lipase ()Hb
() Creatinina ()ECG ()Gama GT
() Glicemia ()Magnesio.Calcio.Cloro ()RX de

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO:

** MBM
SEGURADORA
03 JAN 2019
DPVAT/RJ



Atendimento 1049465
Nome MARIA NUNES DE ANDRADE SILVA
Tp.Atend Internamento
Endereço RUA JOSIAS NUNES DE ANDRADE
Cidade
Sexo: Feminino
Leito D1 -Cirurgica Vascular

Convênio I.p.e.s
Med.Sol: Eduardo Tadeu Azevedo Mou
Bairro:
Telefone: 99849-7855
Idade: 84 anos

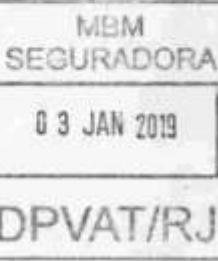
PERNA

Data Laudo: 10/09/2018 10:19

Laudo: Fratura de tibia com desalinhamento dos fragmentos e com osteossíntese metálica.
 Fratura múltipla da fibula com desalinhamento dos fragmentos.
 Controle do Trat.

Dr. Edison de Oliveira Freire
 Radiologista e Ultrassonografista
 CRM: 686 - CPF: 002.003.525-04

Dr. EDISON DE OLIVEIRA FREIRE
 CRM-686





MBM
SEGURADORA
03 JAN 2019
DPVAT/RJ



INSTITUTO MÉDICO LEGAL
LAUDO PERICIAL
Lesões Corporais

MARIA NUNES DE ANDRADE

LAUDO Nº 3837/2019





GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIAS
INSTITUTO MÉDICO LEGAL "DR. AUGUSTO LEITE"

LAUDO DO EXAME DE LESÕES CORPORAIS

sexta-feira, 25 de abril de 2019

Nº Laudo
3837/2019

Dados Da Vítima

Nome da Vítima MARIA NUNES DE ANDRADE		Nascimento 21/03/1934	Idade 85	Naturalidade RIBEIRÓPOLIS
Estado Civil IGNORADO	Sexo FEMININO	Cor BRANCA	Profissão IGNORADA	UF SE
Instituição IGNORADO	Nome da Mãe DULCE P. LIMA		Nome do Pai NÃO CONSTA	
Endereço RODOVIA PEDRO P. MENDONÇA, 580		Bairro CENTRO	Município RIBEIRÓPOLIS/SE	
Nome da Autoridade ANDRÉ L. B. NERY		Função ANDRÉ L. B. NERY	Unidade DELEGACIA DE RIBEIRÓPOLIS	
1º Perito Relator DR. JACSON LEAL DA COSTA	CremeselCrose 5541	2º Perito Relator		CremeselCrose AMDO-LAUDO Nº3837/2019
Local da Perícia Saia do IMI		Tipo	Causa	

Historico/Descrição

Historico

Relata a periciada que foi vítima de acidente de trânsito (atropelamento), fato ocorrido às 17h00 do dia 30/08/2018, nesta cidade.

Descrição

Apresenta-se com relatório médico assinado por Dr. Luciano Passos Souza CRM 866, onde declara para os devido fins que a paciente é portadora CID S82.2, submetida a tratamento cirúrgico conforme prontuário médico. Outro relatório médico assinado por Dr. Rodrigo Approva CRM 2071 datado do dia 27/03/2019, onde relata que paciente é portadora de patologia ortopédica e atualmente está em tratamento sem previsão de alta laboratorial.

Ao exame observamos ferimento cirúrgico cicatrizado em região anterior de perna esquerda; deformidade óssea em perna esquerda sugestivo de consolidação viciosa. Deambula com ajuda de muleta.

Comentário Médico | Conclusão | Questões Respostas

Comentário Médico - Forense

Existe compatibilidade entre os achados e a ação contundente. As lesões não resultaram em perigo de vida, porém se fez necessário afastá-la de suas ocupações habituais por período superior a 30 dias.

Conclusão

- 1) Houve ofensa à integridade física da vítima.
 - 2) Lesões produzidas por ação contundente.
 - 3) Exame realizado às 11h04 do dia 26/04/2019.

A circular stamp with the text "Delegación de Seguridad" at the top and "Puerto Madero" at the bottom. A handwritten signature "Santos" is written across the center of the stamp.

GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DE POLÍCIA CIVIL

GUIA DE EXAME MÉDICO LEGAL N° /2018

AUTORIDADE REQUISITANTE: EURICO CÉSAR SOUZA NASCIMENTO –
RIBEIRÓPOLIS/SE

03837/2019

JML-SE

NATUREZA DA PERÍCIA: LESÕES CORPORAIS

REMETER O LAUDO PARA: DELEGACIA DE RIBEIRÓPOLIS/SE

PERICIANDO: MARIA NUNES DE ANDRADE SILVA

SEXO: FEMININO ESTADO CIVIL: NÃO INFORMADO PROFISSÃO: APOSENTADA

R.G. N° 5622522 SSP/SE GRAU DE INSTRUÇÃO: ALFABETIZADA

NATURALIDADE: RIBEIRÓPOLIS/SE

FILIAÇÃO: DULCE PEREIRA LIMA

ENDEREÇO RESIDENCIAL: RODOVIA PEDRO PAES MENDONÇA, N° 560, CENTRO,
RIBEIRÓPOLIS/SE.

DATA DO FATO: 30/08/2018

HORA DO FATO: 17:00 HORAS

RESUMO DA OCORRÊNCIA: A Sr. Maria Nunes sofreu lesão corporal em virtude de acidente de Trânsito, vindo a fraturar a perna esquerda.

Ribeirópolis/SE, quinta-feira, 6 de dezembro de 2018.
às 12:18

Ernani
DELEGADO TITULAR: André Luiz Góes Neto
Assinatura: *André Luiz Góes Neto*
ESCRIVÃO: *Ernani*



Recebido em 6 dez. 18.

Assinatura do Periciando: _____ M

SSP GOVERNO DE SERGIPE
COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIA

Recebi uma Guia de Exame do Vivo

Apresentado para ser submetido a perícia-médica-legal de LESÕES CORPORAIS
Ficando a mesma registrada à página _____ sob o n° _____ do livro da Portaria

Aracaju/SE, _____ de _____ de 2018.

MBM
COORDENADORA

29 MAI 2019

DPVAT/RJ

O PORTEIRO

Quesitos/Respostas:

1º) Houve ofensa à integridade ou à saúde do paciente?

Sim.

2º) Qual o instrumento ou meio que produziu a ofensa?

Contundente.

3º) A ofensa foi produzida com emprego de veneno, fogo, explosivo, asfixia, tortura ou por meio insidioso ou cruel, ou que podia resultar perigo comum?

Não.

4º) Da ofensa resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta (30) dias?

Sim.

5º) Da ofensa resultou perigo de vida?

Não.

6º) Da ofensa resultou incapacidade incurável perda ou inutilização de membro, sentido ou função ou deformidade permanente?

Deformidade óssea em perna esquerda sugestivo de consolidação viciosa.

Este documento foi expedido via eletrônica (expresso), nos termos da legislação vigente. Confere com o original em arquivo digital, disponível no banco de dados do Instituto Médico Legal. Deverá conter o carimbo da unidade policial responsável pela impressão.

DR. JACSON LEAL DA COSTA
5541

AMDO-LAUDO N°3837/2019

Jacson Leal da Costa
Perito Médico Legal
CRM-SE 5541



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190022774**

Vítima: MARIA NUNES DE ANDRADE SILVA

Data do Acidente: 31/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA NUNES DE ANDRADE SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **MARIA NUNES DE ANDRADE SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **047**

Agência: **00000037**

Conta: **000001003449-7**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima	
	199.590.955-68	MARIA NUNES DE ANDRADE SILVA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	999.590.955-68
Profissão:	APOSENTADA	Endereço:	Rua 209, Pedro Pais Mendonça
BAIRRO:	CENTRO	Cidade:	Ribeirão Preto (SP)
E-mail:	unidesegurado@gmail.com		
Estado:	SPI	CEP:	149.530-000
Tel.(DDD):		49 996066460	

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

<input type="checkbox"/> CONTA PÓUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: BANSE
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: 037
AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir)	CONTA: 01003449 (7)
CONTA: (Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a credêr 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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia à direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo | Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos Falecidos | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não | 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.

Local e Data, <u>Ribeirão Preto (SP) 25/11/18</u>
Nome: <u>Maria Nunes de Andrade Silva</u>
CPF: <u>199.590.955-68</u>

(*) Assinatura de quem assina o RG

Maria Nunes de Andrade Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

NAME

SEGURO DPAVAT

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

23 JAN 2019

Assinatura

DPVAT/RJ

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

ASL-0002359/19
michele.klaus
09/01/2019 16:00:47

ASL-0002359/19
michele.klaus
09/01/2019 16:00:47

ASL-0002359/19
michele.klaus
09/01/2019 16:00:47

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.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: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h;
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Ouvintoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, "nascituros" (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.



ASL-0002359/19
michele.klaus
09/01/2019 16:00:47





DELEGACIA DE POLÍCIA DE RIBEIRÓPOLIS

RUA RUI BARBOSA, CENTRO FONE: (0) 3449-1349

Boletim de Ocorrência 2018/06583.0-000618 - Alterado

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE RIBEIRÓPOLIS

Endereço: RUA RUI BARBOSA, CENTRO FONE: (0) 3449-1349

FATO

Natureza: LEI 9.503/97 - LESAO CORPORAL CULPOSA NA DIRECAO DO VEICULO

Data e Hora do Fato: 30/08/2018 - 17:00 até 30/08/2018 - 17:00

Endereço: RUA JOÃO LUIS Número: Complemento: CEP: 49530-000

Bairro: CENTRO Cidade: RIBEIROPOLIS - SE Circunscrição: DELEGACIA DE POLÍCIA DE RIBEIRÓPOLIS

Tipo de local: VIA PUBLICA Meio Empregado: OUTRO

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: MARIA NUNES DE ANDRADE SILVA

Nome do pai: Nome da mãe: DULCE PEREIRA LIMA

Pessoa: Física CPF/CGC: 000.000.000-00 RG: 5622522 UF: SE Órgão expedidor:

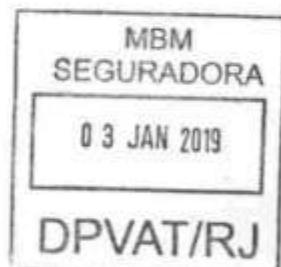
Naturalidade: RIBEIROPOLIS Data de nascimento: 21/03/1934 Sexo: Feminino Cor da cutis:

Profissão: Não informado Estado civil: Não informado Grau de instrução:

Endereço: RUA JOÃO LUIS Número: Complemento:

CEP: Bairro: Cidade: RIBEIROPOLIS UF: SE

Proximidades: Telefone: 79 9 9693-1931



HISTÓRICO

Relata que estava saindo de casa até uma Praça próxima a sua residência; QUE, ao atravessar a rua uma motocicleta lhe atingiu e a mesma caiu de imediato; QUE, os rapazes que a atropelaram ofereceram ajuda; QUE, mesma deu entrada no mesmo dia do ocorridente no Hospital Regional de Itabaiana, mas como era caso de cirurgia, ela foi transferida para o Hospital Cirurgia em Aracaju; QUE, a mesma quebrou a perna esquerda e passou por procedimento cirúrgico, e precisara se submeter a fisioterapias para sua melhor reabilitação. Diante o exposto solicita as devidas providências.

Acrescentado por Ivan Lopes de Azevedo Filho - 04/12/2018 às 11:40

A DATA CORRETA DO ACIDENTE É DIA 31/08/18; QUE, A MESMA NÃO SE SUBMETEU A FISIOTERAPIAS; QUE, A MESMA MUDOU-SE PARA UM NOVO ENDEREÇO, RODOVIA PEDRO PAES MENDONÇA, N° 560.

Data e hora da comunicação: 12/11/2018 às 11:21

Última Alteração: 04/12/2018 às

Responsável pela Alteração: Ivan Lopes de Azevedo Filho

11:35

OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro: Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado. Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

P/ Bento

Vanessa da Silva
 MARIA NUNES DE ANDRADE SILVA
 Responsável pela comunicação

Eugenio Cesar Souza Nascimento
 Delegado(a) da Polícia

R/Barra
 Ivan Lopes de Azevedo Filho
 Responsável pelo preenchimento



A presente fotocópia confere com a original exhibida nestas Notas. Dou Fé.
 Ribeirópolis/SE. Telefone: 79-3447-1912

Seal Digital de Fiscalização Tribunal de Justiça de Sergipe	
1º Ofício da Comarca de Ribeirópolis	AP1895680014969
12/12/2018 - 10:29:03	
www.tje.se.jus.br/DRNFGB	

Vanessa
 VANESSA DA SILVA FERREIRA BARBOSA
 ESCREVENTE SUBSTITUTA