

SOLICITAÇÃO DE EXAME DE IMAGEM

PACIENTE : MARIA NUNES DE ANDRADE SILVA

LEITO D1 CONVÊNIO: IPES IDADE: 84 ANOS

HORA: 21:00H NUMERO 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 Alenia diário porem 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

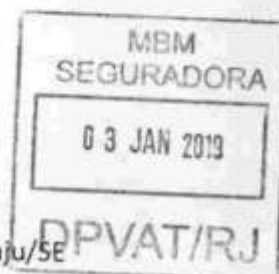
NEURO: GCS 15

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

CD:

1. Solicito Ecocardiograma transtorácico (risco cirúrgico)

Dr. Reginaldo Freire
Diretor Técnico
FBHC
CRM RJ 4510

02.09.18

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Marcelo Nunes de Andrade Silva Procedência: 1049485
Idade: 84 Sexo: () M () F Data de admissão: 1/1/ Leito: 1049485

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): _____
- Hábito de vida: Tabagista: () SIM () NÃO () TEMPO: _____ / Etílica: () SIM () NÃO () TEMPO: _____
- Passado cirúrgico: () SIM () NÃO () QUAL (IS): _____
- Doenças atuais: () HAS () ICC () IAM () AVC () DM () NEO () DPOC () IRC () ITU () NÃO.
- Faz uso de medicamento: () SIM () NÃO () QUAL (IS): _____

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Estado clínico do paciente)

HORÁRIO: _____ : _____ h.



ASSINATURA: _____

INTRA-OPERATÓRIO (Admissão na Sala Operatória - SO)
EQUIPE CIRÚRGICA

- Cirurgião: Dr. Roberto L. P.
- Instrumentador: André P. Kleber
- Anestesiologista: Dr. Roberto L. P.
- Circulante: Joana P.

Serviço de Apoio

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

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

- Proposto: _____ Realizado: _____
- Horário - Início: _____ : _____ h e Término: _____ : _____ h.
- Monitoração: ☒ ECG () Oximetria () PANI () Pressão invasiva:
- Técnicas Anestésicas: () Geral venosa () Geral intravenosa () Geral combinada () Peridural com cateter Peridural sem cateter ☒ Raqui-anestesia () 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 Intercorrências)

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

Paciente Marcelo Nunes de Andrade Silva procedente Unidade de Urgência com 18,4 kg, 1,68 m, PA 132x84 mm Hg, 98 bpm, ECG 88 bpm, sem alterações encaminhado de Unidade de Urgência para Unidade de Cirurgia para procedimento de SRPA de intubação.

MMB
SEGURADORA

03 JAN 2019

ASSINATURA:

DPVAT/RJ

Marcia Santos Costa
Téc. de Enfermagem
CORPENSE 454851

Joana P. Costa
COPEN 454851



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL CIRURGIA

RASTREABILIDADE DE INTEGRADORES QUÍMICOS

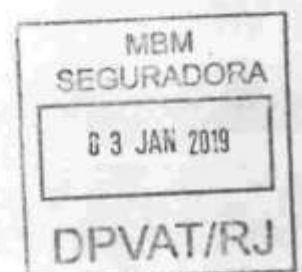
NOME: Maria Nunes de Andrade Seluy
NUMERO DE INTERNAMENTO: 1049265
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: F. Tubi
CIRURGIÃO: Dr Roberto L. P.
ENFERMEIRO: Severino
CIRCULANTE DE SALA: Glenn
ANESTESIOLOGISTA: Dr Roberto
INSTRUMENTADOR: André
DATA: 10/09/18
SALA CIRÚRGICA: 07

GRAMPEAR INTEGRADORES QUÍMICOS NOS ESPAÇOS ABAIXO

LOTES	LOTES

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

Obs.: permanecer junto ao prontuario





HOSPITAL DE CLÍNICAS "DR. AUGUSTO LEITE"
RELATÓRIO DO ATO CIRÚRGICO

UNIDADE:

PACIENTE:

Maria Nunes de Andrade Silva

MATRÍCULA:

1049465

IDADE:

84 anos

CONVÊNIO:

IPES.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fratura da tíbia esquerda

GRURGIA REALIZADA:

Redução cirúrgica com fixação

CIRURGIÃO:

Dr. Roberto Lima

ANESTESIOLOGISTA:

Dr. Fabiano

AUXILIAR:

AUXILIAR:

AUXILIAR:

ANESTESIA UTILIZADA:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO

EQUIPAMENTOS

☐

B. E. / BIPOLAR

☐

TRÉPANO ELÉTRICO

☐

SERRA ELÉTRICA

☐

MICROSCÓPIO CIRÚRGICO

☐

FONTE DE LUZ / FIBRA ÓTICA

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO:

Decúbito dorsal

Antissepsia

Campos

Incisão - Abertura

Redução cirúrgica com fixação

Síntese do ferimento

Curativo

10.09.18

DATA

MÓD. C-23-HCAL

Dr. Roberto Lima

Ortopedia Traumatologia

CRM-1173

ASSINATURA DO CIRURGIÃO

MBM
SEGURADORA

03 JAN 2019

DPVAT/RJ

DATA: 10/09/18

PACIENTE: Maria Nunes de Andrade Silva				MATRÍCULA: 1049465		CONVÊNIO: IPES	
IDADE: 84a	SEXO: F	COR:	ENF: x	QUARTO:	LEITO:	APTO:	
CIRURGIÃO: Roberto Lima				ANESTESISTA: Fabricio Dias Antunes			
1ª AUXILIAR: (Inst.) Kleber				2ª AUXILIAR: (Inst.) Ardeia			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Exatidão dos ossos da perna							
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: o mesmo							
CIRURGIA PROPOSTA: redução cirúrgica / fixação de fratura de tíbia direita							
CIRURGIA REALIZADA: a mesma							
PRÉ-MEDICAÇÃO: -							
INÍCIO DA ANESTESIA: 08:10		INÍCIO DA OPERAÇÃO: 08:30		ALT DA ANESTESIA: Tio		RISCO OPERATÓRIO: 2-3-4	
						ESTADO FÍSICO: 1-2-3-4-5-6	
						CÓDIGO CIRÚRGICO: 30727138	
						RESULTADO: 1-2-3-4-5-6	

ECG: RSRSRSRS	SpO2: 97.97.97.97
<input checked="" type="checkbox"/> MONITOR ECG	<input checked="" type="checkbox"/> OXÍMETRO PULSO
<input type="checkbox"/> CAPNÓGRATO	<input checked="" type="checkbox"/> PAM NÃO INVASIVA
<input type="checkbox"/> VENTILADOR	
FLUIDOS: RL 500 + 500	gaseosa duração: 55 min
<p>VPRG: 100, 120, 140, 160, 180, 200</p> <p>FC: 100, 120, 140, 160, 180, 200</p> <p>MAP: 100, 120, 140, 160, 180, 200</p> <p>SpO2: 90, 92, 94, 96, 98, 100</p>	
<p>1 Medazolam, EV, 2.5mg</p> <p>2 Bup. prescda, IT, 10mg</p> <p>3 Morfina, IT, 80kg</p> <p>4 Fentanil, IT, 20kg</p> <p>5 Clorpromazina, EV, 2g</p> <p>6 Difenidramina, EV, 2g</p> <p>7 Ondansetrona, EV, 8mg</p> <p>8 Dexametasona, EV, 10mg</p>	
<p>Sem alterações, ruído cardíaco, pulmão > 8h, reserva de C.H. de;</p> <p>sem alteração de Hb=9,6 (reserva de C.H.);</p> <p>Monitorização: bico contínua, ruído em msc 9/10; O2 sat</p> <p>em 3l/min, redução venosa e de 100; posição ventral: anteropre</p> <p>de 275 parâmetros e 275; 100, 275, 275, 275, 275, 275, 275, 275</p> <p>menor, sem alteração; posição: ventral, 275, 275, 275, 275, 275, 275</p> <p>sem alteração; 275, 275, 275, 275, 275, 275, 275, 275</p>	

AGENTES ANESTÉSICOS: 2,3,4		MEM SEGURADORA	
TÉCNICA: RAQUIDIANESTESIA		83 JAN 2019	
INDUÇÃO:	POSIÇÃO: ventral	LOCAL PUNÇÃO: L3/L4	LÍQUIDO RETIRADO: cloro
TÉCNICA:	POSIÇÃO APÓS: BDH	POSIÇÃO OPERATÓRIA: BDH	RESULTADO: B.R.M.
DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: 40 min	DURAÇÃO DA ANESTESIA: 1h 10 min	CONSCIÊNCIA: B.K. 9/10 00h	
PÓS-OPERATÓRIO: <input type="checkbox"/> QUI <input checked="" type="checkbox"/> SRPA	DESTINO DA SRPA: <input type="checkbox"/> LEITO <input type="checkbox"/> ALTA	CONDIÇÕES:	
OBSERVAÇÕES: sem alterações ou alterações moderadas/respostas			

FABRICIO DIAS ANTUNES
ANESTESISTA

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

ATT:anna.soares

FICHA 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

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

NOME DO PAI:NAO CONSTA NO DOC.

NOME DA MAE:DULCE PEREIRA LIMA

NOME DO RESPONSAVEL:LUCIANO SILVA/FILHO

ENDereco:

BAIRRO:

CIDADE:

UF:

ASS.DO CONVENIADO:

ASS.DO RESPONSAVEL OU ACOMPANHANTE:

Luciano Silva

DIAGNOSTICO:

CID: ! ! ! ! ! ! ! !

CODIGO DO PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO

! ! ! ! ! ! ! ! -

! ! ! ! ! ! ! ! -

! ! ! ! ! ! ! ! -

CODIGO DO EXAME

DESCRIÇÃO

! ! ! ! ! ! ! ! -

! ! ! ! ! ! ! ! -

! ! ! ! ! ! ! ! -

! ! ! ! ! ! ! ! -

OUTRAS ANOTACOES:

DESTINO DO PACIENTE

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

*****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 () Magnésio, Cálcio, Cloro () RX de

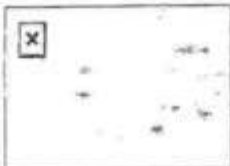
ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO:

C:

MBM
SEGURODORA

03 JAN 2019

DPVAT/RJ



Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia

Data: 15/09/201
Hora: 16:24

Atendimento	1049465	Convênio	I.p.e.s
Nome	MARIA NUNES DE ANDRADE SILVA	Med.Sol:	Eduardo Tadeu Azevedo Mou
Tp.Atend	Internamento	Bairro:	
Endereço	RUA JOSIAS NUNES DE ANDRADE	Telefone:	99849-7855
Cidade		Idade:	84 anos
Sexo:	Feminino		
Leito	D1 -Cirurgica Vascular		

PERNA

Data Laudo:10/09/2018 10:19

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

Dr. Edison de Oliveira Freire
Radiologista e Ultrassonografista
CRM: 686 - CPF: 002.093.525-04

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

MBM
SEGURADORA

29 MAI 2019

DPVAT/RJ



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	UF	SE
Estado Civil	IGNORADO	Sexo	FEMININO	Cor	BRANCA	Profissão	IGNORADA		
Instrução	IGNORADO	Nome da Mãe	DULCE P. LIMA	Nome do Pai	NÃO CONSTA				
Endereço	RODOVIA PEDRO P. MENDONÇA, 560	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	Cremesel/Crise	5541	2º Perito Relator		Cremesel/Crise	AMDO-LAUDO	Nº3837/2019	
Local da Perícia	Sala do IML	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 devidos 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/Questitos 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.


Jacson Leal da Costa
Perito Médico Legal



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

7

GUIA DE EXAME MÉDICO LEGAL Nº /2018

AUTORIDADE REQUISITANTE: EURICO CÉSAR SOUZA NASCIMENTO -
RIBEIRÓPOLIS/SE

03837/2019
IML-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. Nº 5622522 SSP/SE GRAU DE INSTRUÇÃO: ALFABETIZADA

NATURALIDADE: RIBEIRÓPOLIS/SE

FILIAÇÃO: DULCE PEREIRA LIMA

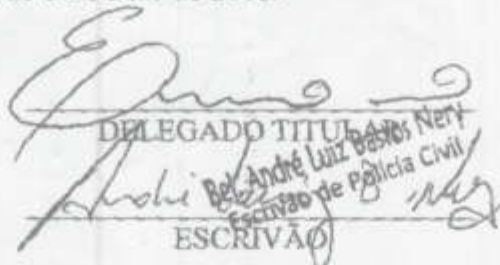
ENDEREÇO RESIDENCIAL: RODOVIA PEDRO PAES MENDONÇA, Nº 560, CENTRO,
RIBEIRÓPOLIS/SE.

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


DELEGADO TITULAR
Bel André Luiz Bastos Nery
Escritório de Polícia Civil
ESCRIVÃO



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 nº _____ do livro da Porta

Aracaju/SE, _____ de _____ de 2018.



O PORTEIRO

Quesitos/Respostas:

1º) Houve ofensa a integridade ou a 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

AMDQ-LAUDO N°3837/2019

Jacson Leal da Costa
Perito Médico Legal
CRM-SE 5541



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, retorne 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: 199.590.955-68 Nome completo da vítima: 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: MARIA NUNES DE ANDRADE SILVA CPF: 199.590.955-68

Profissão: POSENTADA Endereço: RUA PEDRO PAES MENDONÇA Número: 560 Complemento: CASA

Bairro: CENTRO Cidade: RIBEIRÃO PRETO Estado: SP CEP: 13.530-000

E-mail: WIDRSEGUROS19@G.MAIL.COM Tel. (DDD): 19 996066460

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: RANESE

AGÊNCIA: 037 CONTA: 01003449 7

(Informar o dígito se existir) (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.

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 Líder 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 ao 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) ☐ Divorçado ☐ 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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: RIBEIRÃO PRETO, SP 05/11/2018

Nome: MARIA NUNES DE ANDRADE SILVA

CPF: 199.590.955-68

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura

Assinatura

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

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

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



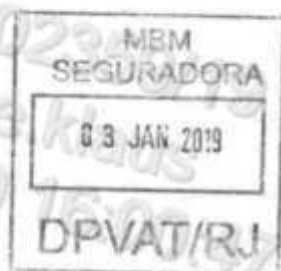
ASL-0002359/19
michele.klaus
09/01/2019 16:00:47

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

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





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

POLÍCIA ON-LINE



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 cútis:

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 ocorrido 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 11:35.

Responsável pela Alteração: Ivan Lopes de Azevedo Filho

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.

PI Barcy

04/12/2018

Departamento da Polícia Civil - Boletim de Ocorrência

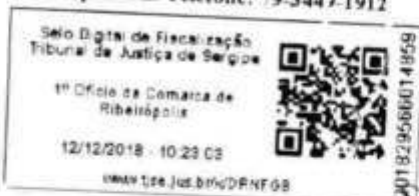
Maria Nunes de Andrade Silva
MARIA NUNES DE ANDRADE SILVA
Responsável pela comunicação

Eunício César Souza Nascimento
Eunício César Souza Nascimento
Delegado(a) de Polícia

Ivan Lopes de Azevedo Filho
Ivan Lopes de Azevedo Filho
Responsável pelo preenchimento



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



Vanessa da Silva Feres Barbosa
VANESSA DA SILVA FERES BARBOSA
ESCREVENTE SUBSTITUTA