

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: 25/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ALEX SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04470

CONTA: 00000003609-8

Nr. da Autenticação EF78AB2749D0BB11

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200165757 **Cidade:** Ribeirópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ALEX SANTOS **Data do acidente:** 08/02/2020 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 5º DEDO DE MÃO ESQUERDA.
TRAUMA CORTO-CONTUSO EM COXA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 5º DEDO DE MÃO ESQUERDA.

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 MODERADO DE 5º DEDO DE MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:

Observações: PÁG. 10_LAUDO MÉDICO

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00

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, 07 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200165757 **Vítima: JOSE ALEX SANTOS**

Data do Acidente: 08/02/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ALEX SANTOS

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 06/08/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
 053.626.465-16 Jose Alex Santos

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Jose Alex Santos 6 - CPF: 053.626.465-16
 7 - Profissão: Barnador 8 - Endereço: Pocoado Vargia Do Exu 9 - Número: 510 10 - Complemento: casa
 11 - Bairro: Area Rural 12 - Cidade: São Miguel Do Aleixo 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49535-000
 15 - E-mail: Marcosdegloria@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 79-99918-9207

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4470

CONTA: 3609 8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:					
28 - Vítima teve filhos, informar Vivos: Falecidos:	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (aias nascer):	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos:	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Av. Nossa Senhora da Piedade, 04-05-2020*

Nossa Senhora da Piedade, 04-05-2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE RIBEIRÓPOLIS - RIBEIRÓPOLIS - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 036103/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 28/04/2020 11:29 Data/Hora Fim: 28/04/2020 11:55
Origem: Pessoa Física - Particular
Delegado de Polícia: Julio Figueiredo de Aquino

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Ribeirópolis

Data/Hora do Fato: 08/02/2020 08:27

Local do Fato

Município: Ribeirópolis (SE)

Bairro: Povoado Queimadas

Logradouro: povoado queimadas

CEP: 49.530-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Mel(o)s Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSE ALEX SANTOS (VÍTIMA , COMUNICANTE)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

RELATA O NOTICIANTE QUE DA DATA E HORA ACIMA CITADO AO TRAFEGAR NA RODOVIA QUE LIGA ESTE MUNICÍPIO AO MUNICÍPIO DE APARECIDA E AO CHEGAR NAS IMEDIACOES DO POCOADO QUEIMADAS COLIDIU COM UM VEICULO DE PLACA POLICIAL HZF0293/SE QUE VINHA NA DIREÇÃO CONTRARIA; QUE DA COLISÃO SOFREU LESÕES NA Perna ESQUERDA E MÃO ESQUERDA CONF RELATORIO MEDICO EM ANEXO

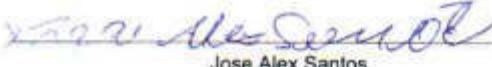
ASSINATURAS


Luiz Eduardo Dos Santos

Agente de Polícia

Matrícula 303318

Responsável pelo Atendimento


Jose Alex Santos

(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e quelei que poderia responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE RIBEIRÓPOLIS - RIBEIRÓPOLIS - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00036103/2020-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/06/2020 09:52:10 Data/Hora Fim: 10/06/2020 09:52:10

Delegado de Polícia: Julio Figueiredo de Aquino

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Municipal de Ribeirópolis

Data/Hora do Fato: 08/02/2020 08:27

Local do Fato

Município: Ribeirópolis (SE)

Bairro: Povoado Queimadas

Logradouro: povoado queimadas

CEP: 49.530-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSE ALEX SANTOS (VÍTIMA , COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 20/02/1983	Idade: 37
Profissão: Ajudante Geral			
Estado Civil: Casado(a)			
Nome da Mãe: Maria Alcina dos Santos			

Documento(s)

RG: 54.497248-X

CPF: 053.626.465-16

Endereço

Município: São Miguel do Aleixo - SE

Logradouro: Povoado VARZEA

Bairro: ZONA RURAL

Telefone: (79) 99998-0508 (Celular)

Nº: S/N

CEP: 49.535-000

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 053.626.465-16	Placa ECQ5789
Renavam 00118977300	Número do Motor KC08E18355712
Número do Chassi 9C2KC08108R355712	Ano/Modelo Fabricação 2008/2008
Cor AZUL	UF Veículo SE
Município Veículo São Miguel do Aleixo/SE	Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN KS
Veículo Adulterado? Nao	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 23/05/2016	Situação do Veículo NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvidos

Nome Envolvido

Jose Alex Santos

Envolvidos

Proprietário



Impresso por: Julio Figueiredo de Aquino
Data de Impressão: 10/06/2020 09:54:25

Página 1 de 2
PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE RIBEIRÓPOLIS - RIBEIRÓPOLIS - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00036103/2020-A01

RELATO/HISTÓRICO

RELATA O NOTICIANTE QUE DA DATA E HORA ACIMA CITADO AO TRAFEGAR NA RODOVIA QUE LIGA ESTE MUNICÍPIO AO MUNICÍPIO DE APARECIDA E AO CHEGAR NAS IMEDIACÕES DO Povoado QUEIMADAS COLIDIU COM UM VEÍCULO DE PLACA POLICIAL HZF0293/SE QUE VINHA NA DIREÇÃO CONTRARIA; QUE DA COLISÃO SOFREU LESÕES NA Perna ESQUERDA E MÃO ESQUERDA CONF RELATÓRIO MÉDICO EM ANEXO

ASSINATURAS

Julio Figueiredo de Aquino
Responsável pelo Atendimento

Assinatura de Julio Figueiredo de Aquino

Julio Figueiredo de Aquino
Delegado de Polícia Civil

Jose Alex Santos
Jose Alex Santos
Vítima, Comunicante

"Declaro para os devidos fins, que o meu Relatório é irreversível quanto ao que consta nele e que fui eu quem o redigiu e que fui eu quem o assinei. Conforme previsto nos artigos 339 - Contravenção Punitiva - Crime ou Infração - e 349 - Contravenção Punitiva - Crime ou Infração - do Código Penal Brasileiro."



Impresso por: Julio Figueiredo cc Aquino
Data de Impressão: 10/06/2020 09:54:25

Página 2 de 2
PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

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: 4 - Nome completo da vítima:
 053.626.465-16 Jose Alex Santos

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Jose Alex Santos 6 - CPF: 053.626.465-16
 7 - Profissão: barbeiro 8 - Endereço: Rovado Vargia Do Exu 9 - Número: 510 10 - Complemento: casa
 11 - Bairro: Area Rural 12 - Cidade: São Miguel Do Aleixo 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49535-000
 15 - E-mail: Marcosdegleria@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 79-99918-9207

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4470

CONTA: 3609 8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:					
28 - Vítima teve filhos, informar Vivos: Falecidos:	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (aias nascer):	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos:	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Av. Nossa Senhora da Piedade, 04-05-2020*

Nossa Senhora da Piedade, 04-05-2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Jose Marcos De Oliveira Rosa
inscrito (a) no CPF/CNPJ 020.003.675 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Jose Alex Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.626.465 / 16,
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Jose Alex Santos
inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.626.465 / 16, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Das Silos</u>	Número:	<u>277</u>	Complemento:	<u>Casa -1</u>
Bairro:	<u>Silos</u>	Cidade:	<u>Nossa Senhora Da Glória</u>	Estado:	<u>SE</u>
E-mail:	<u>marcosdeglorio@gmail.com</u>				CEP: <u>49680-000</u>
					Tel.(DDD): <u>79- 99918-9207</u>

Local e Data: Nossa Senhora Da Glória ; 04.05.2020

2020 - marcos de oliveira rosa
Assinatura do Declarante

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLORIA

No. DO BE: 422185

DATA: 08/02/2020 HORA: 08:27 USUARIO: MESILVA
SETOR: 02-CONSULTORIO ADULTO

CNS:

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE ALEX SANTOS
 IDADE.....: 36 ANOS NASC: 20/02/1983
 ENDERECO....: RUA ALBERTO DE BRITO
 COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: CASA
 MUNICIPIO....: SAO MIGUEL DO ALEIXO UF: SE CEP...: 49535-000
 NOME PAI/MAE...: NAO CONSTA NO RG /MARIA ALBINA DOS SANTOS
 RESPONSAVEL...: O PROPRIO TEL...: 079
 PROCEDENCIA...: SAO MIGUEL DO ALEIXO-SE
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [] X mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

Trauma contante na coxa esq, com grande ex-
 tenção (contusão) após colisão (contato contuso)
 Vaga duração que ex. on. Moto-carro durante a manhã de hoje.
 ANOTACOES DA ENFERMAGEM: Nig a abr gias.

DIAGNOSTICO: Trauma contuso contuso ex. ext. coxa esq.

PRESRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1. Cefalotina 1g + AD, EV
2. Cetoproleno 01amp 7 100 ml SF 0,9% EV.
3. Dipinidina 01amp
4. vit K 100mg IM.

DATA DA SAIDA:

HORA DA SAIDA:

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

Rose de Francisca de Souza Soárez

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Solto a valigão 10 Cinzengão
 Geral (Dr. cir. cir)

Dr. Sydney Correia Leão

CRM-SE 4403
Clinica Geral/Patologia

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA

PROFISSÃO

ANAMNESE DE ENFERMAGEM

HORÁRIO:

TIPO

ALERTA/ORIENTADO LETARGICO OBNUBLADO TORPOROSO COMATOSO OUTROS

HISTÓRIA PREGRESSA

DIABETES HIPERTENSÃO ARTERIAL CARDIOPATIA ANC OUTROS:
QUAIS:

ALERGIAS / INTOLERÂNCIA

SIM NÃO

MEDICAMENTO EM USO

SIM NÃO

QUAIS:

QUAIS:

SINAIS VITais

Clínico	Pressão Arterial	Frequecia Cardíaca	Temperatura	Freq. card. Respiratória	Saturação de Oxigênio	Peso
mg/dl	/ mmHg	bpm	°C	irpm	%	kg

RISCO: VERMELHO AMARELO VERDE AZUL

OBSERVAÇÃO:

Anexo 5º

Ass. Enfermeiro(a) / Carimbo

ATENDIMENTO MÉDICO

com fundo estéril d. 50cm/ cm
415, sem lesões d. brancas ou granulosas
exames
① DPOBON DPOB 400 semelhante a 5º ODE
2. Osteopatia óssea inflamatória com SFR
e edema localizado, sem indenidades.

EVOLUÇÃO MÉDICA

① Cetotriptano 10+500 500ml, EV.
② SIT 5.000 0/11/500
③ SAI 500ml, EV

Dr. José Cicero da Silva
Mastologia/Cirurgia Geral
CRM/SE 5498

REGISTRO DE ENFERMAGEM

Às 08:47 h. Realizado suprimento MSD com gelo nº 38
instolado sonda nasogástrica e medicamentos C.P.M

Eduarda Custodio Dótila
ENFERMEIRA-AE

HOSPITAL REGIONAL DE GLÓRIA

Rua 111, nº 69 - Centro de São Luís - MA

Lançamento: 01/01/2010

001 PROC 2560

QUANT 01

of

001 PROC

QUANT

Assinatura e Carimbo

HORÁRIO DE SAÍDA:

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: J. M. M. M.

DATA DA ENTRADA: 08/10/2010

DATA DA SAÍDA: 11/10/2010

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário, sem ter contato profissional com o paciente, isto é, a responsabilidade do atendimento cabe aos médicos que o assistiram.

INTERNAMENTO: PS () ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

ACIDENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, PRESENTE
DE FRACTURA DE FALANGA PROXIMAL DA 5^a DEDO DA
MÃO DIREITA, FERIMENTO PORTO-CORTUSO P/ A MÃO DIREITA
E FRACTURA DO FUSO TÍFLO ALTA HOSPITALAR FIM. 9/10/2010

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

ESTURA PENETRADA NO FALANGA OF ORIGEM DA CIDA
U. S. DA CIDA - SERCIP

EXAMES COMPLEMENTARES:

EXAMES FUTOS DA MÍDIA DIGITAL

MÉDICOS ASSISTENTES:

ELIANO S. JASCONCELOS
THIAGO JORGE SILVA LIMA

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO () TRANSFERIDO () ÓBITO () EVASÃO ()

ARACAJU, 21 de Outubro de 2010

Dr. J. M. M. M.
MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

le Méndez
951.825-5
CRM/SE
Medico
SE

DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

NO. DO BE: 121751

DATA: 08/02/2020 HORA: 15:39 USUARIO: VDMSANTOS
CNS: SETOR: 05-ORTOPEDIA

ENTURADO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE ALEX SANTOS
 IDADE: 36 ANOS NASC: 20/02/1983
 ENDERECO: PIVOADO VARZIA DO ENCHU
 COMPLEMENTO: 705801494930631 BAIRRO: ZONA RURAL
 MUNICIPIO: SAO MIGUEL DO ALEIXO
 NOME PAI/MAE:
 RESPONSAVEL: ESPOSA ROSEILDE
 PROCEDEDENCIA: SAO MIGUEL DO ALEIXO-SE
 ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
 CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: SIM
 CID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

VIOLENCIA E/OU DEMONIO
INVESTIGACAODOC....: SEXO.: MASCULINO
NUMERO:UF: SE CEP....: 49535-000
/MARIA ALBINA DOS SANTOS
TEL....: 999980508

A: [X mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Acidente de moto

NOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Exame de radio (R) AP/65/sgs

Fratura de fêmur proximal
do lado de coto (R)

Thiago Jorge Silva Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3790

HORA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :
 SA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
 INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
 BITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

AC + sutura de lesão

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Ierneceno EXAME DE RADIOLUGIA - HUSE
 Thiago Jorge Silva Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3790

REALIZADO EM 08/02/2020
AS. 08:15:48 HORAS

FICHA DE ATENDIMENTO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - SISTEMA DE MANCHESTER

NOME DO PACIENTE (Sem abreviações):

REGISTRO:

IDADE:

ETNIA:

DATA:

HORA:

DATA DE NASCIMENTO

NOME DA MÃE:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

SITUAÇÃO / QUEIXA:

FLUXOGRAMA:

COORDENADOR:

ALERGIAS (MEDICAMENTOS E ALIMENTOS):

VERMELHO	CARANJA	AMARELO	VERDE	AZUL
	MUITO URGENTE	URGENTE	POUCO URGENTE	NAO URGENTE
0 MIN	10 MIN	60 MIN	120 MIN	240 MIN

OBSERVAÇÃO:

DESTINO / ENCAMINHAMENTO:

ENF:

COREN:

ASSINATURA:

COORDENADOR:

DATA:

HORA:

RECLASSIFICAÇÃO PARA A PRIORIDADE:

ENF.:

COREN:

DISCRIMINADOR
às ____ h ____ min.

CONFIRMADA IDENTIFICAÇÃO COM O PACIENTE / FAE / PULSEIRA? (S/N)

COLOCADA PULSEIRA? (S/N)

EM QUAL MEMBRO? (PULSO E / PULSO D / TORNOZELO E / TORNOZELO D)

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM

HOSPITAL REGIONAL GOV. JOÃO ALVES FILHO - N. S^{RA} DA GLÓRIA/SE

UNIDADE DE REFERÊNCIA

União para encaminhamento no 505

ENDEREÇO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA

ESTAMOS ENCAMINHANDO O PACIENTE

José Alba Soárez

SEXO

M

NASCIDO EM

01/09/83

MATRÍCULA

422185

CUJO PROBLEMA DE SAÚDE NECESSITA DE UM TIPO DE ATENDIMENTO QUE ESTA UNIDADE NÃO OFERECE.

MOTIVO DA CONSULTA / IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS OU PROBLEMAS IDENTIFICADOS

*Pac-2- optou a coluna moto ciclista
- mto fraco + CE, sendo o consumo
- excessivo de álcool.
- Diagnos: ① Fricção rotacional de eixo de
- rotação mto milis. sent. Rindo rotacional
- 5º QDE.*

ESTUDOS A QUE FOI SUBMETIDO O PACIENTE, SEUS RESULTADOS E CONDUTA ADOTADA (RESUMO DOS PRINCIPAIS ACHADOS DO EXAME
ÚNICO E DOS EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS ANTES DA SOLICITAÇÃO DO ENCAMINHAMENTO)

*Rx: Fricção de fiação proximal da
5º QDE*

Av. da Ortopedia

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

DATA DO ENCAMINHAMENTO

28/02/2000

*28/02/2000 Censo do Sist
União para encaminhamento no 505*

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO