

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: 000000003609-8

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

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

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

5 - Nome completo: Jose Alex Santos 6 - CPF: 053.626.465-16
7 - Profissão: barnador 8 - Endereço: Povoado Varzea Do Exu 9 - Número: 511 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:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4470 CONTA: 3609 8 AGÊNCIA: CONTA: (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 nascituro (a) nascitor? ☐ 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

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, Nessa Senhora da Glória, 04.05.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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	Melo(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 IMEDIAÇÕES DO POVOADO 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 assertadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Julio Figueiredo de Aquino
Impresso por: Luiz Eduardo Dos Santos
Data de Impressão: 28/04/2020 11:56
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 1

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA 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
Tipo do Local: Via Pública

CEP: 49.530-000

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

ENVOLVIDO(S)

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

Documento(s)

RG: 54497248-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? Não	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 23/05/2016	Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Jose Alex Santos	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 NOTIFICANTE QUE DA DATA E HORA ACIMA CITADO AO TRAFEGAR NA RODOVIA QUE LIGA ESTE MUNICÍPIO AO MUNICÍPIO DE APARECIDA E AO CHEGAR NAS IMEDIAÇÕES DO POVOADO QUEIMADAS COLIDIU COM UM VEÍCULO DE PLACA POLICIAL HZF0293/SE QUE VINHA NA DIREÇÃO CONTRÁRIA; QUE DA COLISÃO SOFREU LESCÕES NA PERNA ESQUERDA E MÃO ESQUERDA CONF RELATORIO MEDICO EM ANEXO

ASSINATURAS

Julio Figueiredo de Aquino
Responsável pelo Atendimento

Jose Alex Santos

Jose Alex Santos
Vítima, Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que esta declaração é verdadeira e correta, e que estou ciente de que a falsificação desta declaração é crime previsto no artigo 339 do Código Penal e 340 do Código Penal, e que a falsificação desta declaração é crime previsto no artigo 339 do Código Penal e 340 do Código Penal, e que a falsificação desta declaração é crime previsto no artigo 339 do Código Penal e 340 do Código Penal."

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

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

5 - Nome completo: Jose Alex Santos 6 - CPF: 053.626.465-16
7 - Profissão: barbeiro 8 - Endereço: Povoado Varzea Do Exu 9 - Número: 511 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:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4470 CONTA: 3609 8 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (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.

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 nascituro (a) (s)? ☐ 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

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, Nessa Senhora da Glória, 04.05.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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/BIBLIOTECABWEB/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 FUBACIDEZ 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 Líder-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 Silas</u>	Número: <u>277</u>	Complemento: <u>Casa-A</u>
Bairro: <u>Silas</u>	Cidade: <u>Nossa Senhora Da Glória</u>	Estado: <u>SE</u>
E-mail: <u>marcosdegleria@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

Jose 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

CNS:

SETOR: 02-CONSULTORIO ADULTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE ALEX SANTOS DOC....: 0
IDADE.....: 36 ANOS NASC.: 20/02/1983 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: RUA ALBERTO DE BRITO NUMERO: 0
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: Trauma contuso DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 8/2/20

em oão (m) após colisão (contato contuso) moto-carro durante a manobra de hoje.
veja entranhas e xon. neg a abrigias.

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: Trauma contuso contuso extenso coxa E.

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MEDICACAO

1) Cefalotina 1g + AD, EV

2) Cefprozil 1 amp > 100 ml SF 0,9% EV.

3) Dipirona 01 amp

4) vit. K₁ 01 amp 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

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

Dr. Sydney Correia Leão

CRM-SE 4403
Clínica Geral/Psiquiatria

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA

PROFISSÃO

ANAMNESE DE ENFERMAGEM

HORÁRIO

TIPO

ALERTA/ORIENTADO ☐ LETÁRGICO ☐ OBNUBILADO ☐ TORPOROSO ☐ COMATOSO ☐ OUTROS ☐

HISTÓRIA PREGRESSA

☐ DIABETES ☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL ☐ CARDIOPATIA ☐ AVC ☐ OUTROS: ☐

ALERGIAS / INTOLERÂNCIA

SIM ☐ NÃO ☐

QUAIS:

MEDICAMENTO EM USO

SIM ☐ NÃO ☐

QUAIS:

SINAIS VITAIS

Glicose mg/dl Pressão Arterial mmHG Frequência Cardíaca bpm Temperatura °C Frequência Respiratória lpm Saturação de Oxigênio % Peso kg

RISCO:

VERMELHO ☐AMARELO ☐VERDE ☐AZUL ☐

OBSERVAÇÃO:

Grupo 1

Paciente vítima de trauma em nível xanto

Ass. Enfermeiro(a) / Carimbo

ATENDIMENTO MÉDICO

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

com fratura distal de ulna e rádio com 50cm de comprimento
 415 cm de comprimento de membros superiores
 1) 1000 ml de Soro Salino 0,9% em 24h
 2) 1000 ml de Soro Salino 0,9% em 24h
 3) 1000 ml de Soro Salino 0,9% em 24h
 4) 1000 ml de Soro Salino 0,9% em 24h
 5) 1000 ml de Soro Salino 0,9% em 24h
 6) 1000 ml de Soro Salino 0,9% em 24h
 7) 1000 ml de Soro Salino 0,9% em 24h
 8) 1000 ml de Soro Salino 0,9% em 24h
 9) 1000 ml de Soro Salino 0,9% em 24h
 10) 1000 ml de Soro Salino 0,9% em 24h

EVOLUÇÃO MÉDICA

1) Cateterismo de urina com SRL 50cm, EV
 2) Sítio 5.000 U 1/4 vez
 3) SRL 50cm, EV

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

REGISTRO DE ENFERMAGEM

Às 08:47h. Realizado AUP em MSD com gelo nº 18
 instalado soroterapia e medicações C.P.M.

Eduarda Custódio Dória
 1.461.544-18-AE

HOSPITAL REGIONAL DE GLÓRIA

Região de Saúde de Rolo X / TIPO

Leonardo Oliveira

Téc. Enfermagem

2560

01

HORÁRIO DE SAÍDA:

QUANT

Assinatura e Carimbo

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: JOÃO DA SILVA

DATA DA ENTRADA: 08/02/2020

DATA DA SAÍDA: 11/02/2020

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:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, APRESENTANDO FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA, FERIMENTOS CORTO-CONTUSO NA MÃO ESQUERDA, ADMITIDO NO HUSP E FICOU ALTA HOSPITALAR EM 11.02.2020.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

SETOR REALIZADA NO HOSPITAL DE ORTÓPEDIA NA CIDADE DE M. S. DA DÚPLA - SERGIPE

EXAMES COMPLEMENTARES:

EXAMES COMPLEMENTARES NA MÃO ESQUERDA

MÉDICOS ASSISTENTES:

DR. FILADELFO VASCONCELOS
DR. THIAGO JORGE SILVA LIMA

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

ARACAJU, 24 de FEVEREIRO de 2020

COPIA DO RELATÓRIO
ENVIADA PARA
O DEPARTAMENTO DE
CONTROLE DE QUALIDADE

Dr. João da Silva
MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

Dr. João da Silva
Médico
CRM/SE 1951825-8

DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 121751

DATA: 08/02/2020

HORA: 15:39

USUARIO: VDMSANTOS

CNS:

SETOR: 05-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE ALEX SANTOS

IDADE.....: 36 ANOS NASC: 20/02/1983

ENDERECO.....: POVOADO VARZIA DO ENCHU

COMPLEMENTO....: 705801494930631 BAIRRO: ZONA RURAL

MUNICIPIO.....: SAO MIGUEL DO ALEIXO

NOME PAI/MAE...:

RESPONSAVEL....: ESPOSA ROSEILDE

PROCEDENCIA....: SAO MIGUEL DO ALEIXO-SE

ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)

CASO POLICIAL..: NAO

ACID. TRABALHO: NAO

PLANO DE SAUDE....: NAO

VEIO DE AMBULANCIA: SIM

DOC....:

SEXO...: MASCULINO

NUMERO:

CEP....: 49535-000

UF: SE /MARIA ALBINA DOS SANTOS

TEL....: 999980508

TRAUMA: SIM

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

Raio-x de mto @ AP/obliquo

fratura de falange proximal

Thiago Jorge Silva Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3790

do 5º dedo de mto @

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

[] EVASAO

HORA DA SAIDA: :

[] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNAÇÃO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

PRazo: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

inc + suture de lesão

atendimento EXAME DE RADIOLOGIA - HUSE

Thiago Jorge Silva Lima REALIZADO EM 08/02/2020

Ortopedia e Traumatologia

CRM 3790

AS

HORAS

15:48

SERVICO DE RADIOLOGIA

HUSE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

**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:

DISCRIMINADOR:

ALERGIAS (MEDICAMENTOS E ALIMENTOS):

VERMELHO	ARANJA	AMARELO	VERDE	AZUL
	MUITO URGENTE	URGENTE	POUCO URGENTE	NÃO 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. 9ª DA GLÓRIA/SE

UNIDADE PARA REFERÊNCIA

ENDEREÇO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA

ESTAMOS ENCAMINHANDO O PACIENTE

SEXO

NASCIDO EM

MATRÍCULA

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

MOTIVO DA CONSULTA / IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS OU PROBLEMAS IDENTIFICADOS

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

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

DATA DO ENCAMINHAMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Dr. João Cleber do Amaral
Médico / Clínica Geral
CRM/SE 5498