



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**POÇO REDONDO DA COMARCA DE POÇO REDONDO  
AV. 31 DE MARÇO, Bairro Centro, Poço Redondo/SE, CEP 49810000  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Dados do Processo**

Processo: 202086001562

Número Único: 0001556-86.2020.8.25.0059

Classe: Procedimento Comum

Situação: Andamento

Processo Origem: \*\*\*\*\*

Distribuição: 03/11/2020

Competência: Poço Redondo

Fase: POSTULACAO

Processo Principal: \*\*\*\*\*

**Assuntos**

- DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO - Partes e Procuradores - Assistência Judiciária Gratuita
- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

**Dados das Partes**

Requerente: ANTONIO CLAYTON DE SANTANA

Endereço:

Complemento:

Bairro:

Cidade: POCO REDONDO - Estado: SE - CEP: 49810000

Requerente: Advogado(a): JOSÉ JEOVANY DA SILVA 12367/AL

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

Endereço: RUA SENADOR DANTAS

Complemento: 5º ANDAR

Bairro: CENTRO

Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20031205

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



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**POÇO REDONDO DA COMARCA DE POÇO REDONDO  
AV. 31 DE MARÇO, Bairro Centro, Poço Redondo/SE, CEP 49810000  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Processos Apenasdos:**

--

**Processos Dependentes:**

--



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**POÇO REDONDO DA COMARCA DE POÇO REDONDO  
AV. 31 DE MARÇO, Bairro Centro, Poço Redondo/SE, CEP 49810000  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**PROCESSO:**

202086001562

**DATA:**

02/12/2020

**MOVIMENTO:**

Juntada

**DESCRIÇÃO:**

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20201201210706376 às 21:07 em 01/12/2020.

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Não

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO CLAYTON DE SANTANA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03893

CONTA: 000000012565-9

---

Nr. da Autenticação A0768B071FE18D4D

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190493383      **Cidade:** Poço Redondo      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO CLAYTON DE SANTANA      **Data do acidente:** 10/05/2019      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 27/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS)  
ALTA.(P1/3/5/9/10FC/11)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 06 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190493383**

**Vítima: ANTONIO CLAYTON DE SANTANA**

**Data do Acidente: 10/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ANTONIO CLAYTON DE SANTANA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

**Recebedor: ANTONIO CLAYTON DE SANTANA**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000003893**

**Conta: 0000012565-9**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

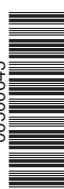
**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 23 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190493383**

**Vítima: ANTONIO CLAYTON DE SANTANA**

**Data do Acidente: 10/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ANTONIO CLAYTON DE SANTANA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 06 de Março de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190493383**

**Vítima: ANTONIO CLAYTON DE SANTANA**

**Data do Acidente: 10/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA**

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ANTONIO CLAYTON DE SANTANA**

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 06/03/2020, 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

Carta nº 15585066

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 30 de Março de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190493383**

**Vítima: ANTONIO CLAYTON DE SANTANA**

**Data do Acidente: 10/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA**

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ANTONIO CLAYTON DE SANTANA**

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 27/03/2020, 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

Carta nº 15666098





## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

### DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 09/07/2019 09:03 Data/Hora Fim: 09/07/2019 09:24  
Delegado de Polícia: Fábio Santos Santana

### DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Poço Redondo  
Data/Hora do Fato: 10/05/2019 07:30

#### Local do Fato

Município: Poço Redondo (SE) Bairro: Assentamento  
Logradouro: RODOVIA ROTA DO SERTÃO CEP: 49.810-000  
Complemento: PRÓXIMO AO ALTO BONITO

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Méio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

### ENVOLVIDO(S)

#### Nome Civil: IVANEIDE DOS SANTOS (COMUNICANTE )

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Poço Redondo Sexo: Não Nasc: 29/07/1986

Profissão: Agricultor

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria Jose Soares de Souza

Nome do Pai: Nivaldo dos Santos

INVESTPREV

23 AGO 2019

#### Endereço

Município: Poço Redondo - SE N°: 108  
Logradouro: RUA CANDIDO LUIS DE SA

Complemento: PRÓXIMO AO GINASIO DE ESPORTES

CEP: 49.810-000

Telefone: (79) 99966-1079 (Celular)

#### Nome Civil: ANTONIO CLAYTON DE SANTANA (VÍTIMA )

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AL - Pão de Açúcar Sexo: Masculino Nasc: 03/06/1976

Profissão: Agricultor

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome do Pai: Antônio Fiorencio de Santana

#### Endereço

Município: Poço Redondo - SE

### OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário: 930.577.505-59

Placa: QMF4891

Renavam: 1183351302

Número do Chassi: 9C2JB0100KR113114

Ano/Modelo Fabricação: 2019/2019

Cor: VERMELHA

UF Veículo: Sergipe

Município Veículo: Poço Redondo

Marca/Modelo: HONDA/POP 100

Veículo Adulterado? Não



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 071307/2019

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Envolvido

Nome Envolvido

Envolvimentos

Antonio Clayton de Santana

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

NARRA a noticiante que o seu companheiro ANTONIO CLAYTON DE SANTANA, na data supra citada guiava uma motocicleta de propriedade da Srª MARIA JOSE SOARES DE SOUZA, pela Rodovia Estadual Rota do Sertão, quando nas imediações das agrovilas do Alto Bonito, neste município de Poço Redondo perdeu o equilíbrio vindo a cair sobre a pista de rolamento; QUE devido a queda sofreu fraturas na perna direita, sendo socorrido por populares e conduzido a UPA DONA ZULMIRA SOARES e posteriormente transferido em uma ambulância do próprio hospital para a cidade de Itabaiana/SE aonde foi submetido a intervenção cirúrgica. É o relato.

ASSINATURAS

*Jose Roberto de Melo Santos*  
Jose Roberto de Melo Santos  
Delegado Jud 1 Classe  
Cleber Martins da Silva  
Agente de Polícia  
Matrícula 4712882  
Responsável pelo Atendimento

*Ivaneide dos Santos*

Ivaneide dos Santos  
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou eu (a) responsável pelas informações acima apresentadas e que fui (a) responsável pelo ocorrência, conforme previsto nos Artigos 129-Desenvolvimento Cívil/Artigo 346-Desenvolvimento Civil do Código Penal Brasileiro."

INVESTPREV

23 AGO 2019



Delegado de Polícia Civil: Fabio Santos Santana  
Impresso por: Cleber Martins da Silva  
Data de Impressão: 09/07/2019 09:24  
Protocolo nº: Não disponível

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

**005.225.455-05** *Antonio Clayton de Santana*

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

Nome completo:

*Antonio Clayton de Santana*

CPF:

**005.225.455-05**

Número:

**108**

Complemento:

*Casa*

Profissão:

*barbeiro*

Endereço:

*Rua Cândido Briz de Sa*

Bairro:

*Centro*

Cidade:

*Poço Redondo*

Estado:

**SC**

CEP:

**49810-000**

E-mail:

*marcosdeglorenzo@gmail.com*

Tel.(DDD):

**79-99918-9202**

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

RENDIMENTO:

RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 ACIMA DE R\$10.000,00

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

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:

**3893**

CONTA: **12565**

**9**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

CONTA:

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.

## 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 atende 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 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)  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: Vítima deixou nasceu (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:

*Glória, 02 de Agosto de 2019*

Nome:

CPF:

INVESTPREV

1º | Nome:

CPF:

**23 AGO 2019**

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

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 RODO, 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.

hoy 09:17

Até



**PREFEITURA MUNICIPAL  
DE POÇO REDONDO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Ficha de Assistência a Saúde

Nº DE  
INSC.

76.797

UNIDADE DE SAÚDE:

**UPA 24h**

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
DONA ZULMIRA SOARES

NOME:

Antônio Clayton de Santana

DATA:

10/05/2010

APELIDO:

DATA DE NASCIMENTO: 03/10/1976

SEXO: M

FILIAÇÃO:

PAI: Antônio Flávio de Santana

MÃE: Maria Inês de Santana

ENDEREÇO:

Rua Condutor de São

REFERÊNCIA:

PROFISSÃO:

Operador

RESPONSÁVEL:

**QUADRO AUXILIAR ANAMNESE**

ALERGIA

*Vaga*

HANSENIASE

PSICOPATIA

CARDIOPATIA

HEMORRAGIA

TUBERCULOSE

DIABETES

HEMOFILIA

EPILEPSIA

HIPERTENSÃO

TIPO DE SANGUE

DATA:

ANAMNESE - EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS

ASSINATURA

10/05/2010 - 180 x 90mm

*Antônio*

Facetas de 1000 a 1500 a 2000 a 2500 a 3000 a 3500 a 4000 a 4500 a 5000 a 5500 a 6000 a 6500 a 7000 a 7500 a 8000 a 8500 a 9000 a 9500 a 10000 a 10500 a 11000 a 11500 a 12000 a 12500 a 13000 a 13500 a 14000 a 14500 a 15000 a 15500 a 16000 a 16500 a 17000 a 17500 a 18000 a 18500 a 19000 a 19500 a 20000 a 20500 a 21000 a 21500 a 22000 a 22500 a 23000 a 23500 a 24000 a 24500 a 25000 a 25500 a 26000 a 26500 a 27000 a 27500 a 28000 a 28500 a 29000 a 29500 a 30000 a 30500 a 31000 a 31500 a 32000 a 32500 a 33000 a 33500 a 34000 a 34500 a 35000 a 35500 a 36000 a 36500 a 37000 a 37500 a 38000 a 38500 a 39000 a 39500 a 40000 a 40500 a 41000 a 41500 a 42000 a 42500 a 43000 a 43500 a 44000 a 44500 a 45000 a 45500 a 46000 a 46500 a 47000 a 47500 a 48000 a 48500 a 49000 a 49500 a 50000 a 50500 a 51000 a 51500 a 52000 a 52500 a 53000 a 53500 a 54000 a 54500 a 55000 a 55500 a 56000 a 56500 a 57000 a 57500 a 58000 a 58500 a 59000 a 59500 a 60000 a 60500 a 61000 a 61500 a 62000 a 62500 a 63000 a 63500 a 64000 a 64500 a 65000 a 65500 a 66000 a 66500 a 67000 a 67500 a 68000 a 68500 a 69000 a 69500 a 70000 a 70500 a 71000 a 71500 a 72000 a 72500 a 73000 a 73500 a 74000 a 74500 a 75000 a 75500 a 76000 a 76500 a 77000 a 77500 a 78000 a 78500 a 79000 a 79500 a 80000 a 80500 a 81000 a 81500 a 82000 a 82500 a 83000 a 83500 a 84000 a 84500 a 85000 a 85500 a 86000 a 86500 a 87000 a 87500 a 88000 a 88500 a 89000 a 89500 a 90000 a 90500 a 91000 a 91500 a 92000 a 92500 a 93000 a 93500 a 94000 a 94500 a 95000 a 95500 a 96000 a 96500 a 97000 a 97500 a 98000 a 98500 a 99000 a 99500 a 100000 a 100500 a 101000 a 101500 a 102000 a 102500 a 103000 a 103500 a 104000 a 104500 a 105000 a 105500 a 106000 a 106500 a 107000 a 107500 a 108000 a 108500 a 109000 a 109500 a 110000 a 110500 a 111000 a 111500 a 112000 a 112500 a 113000 a 113500 a 114000 a 114500 a 115000 a 115500 a 116000 a 116500 a 117000 a 117500 a 118000 a 118500 a 119000 a 119500 a 120000 a 120500 a 121000 a 121500 a 122000 a 122500 a 123000 a 123500 a 124000 a 124500 a 125000 a 125500 a 126000 a 126500 a 127000 a 127500 a 128000 a 128500 a 129000 a 129500 a 130000 a 130500 a 131000 a 131500 a 132000 a 132500 a 133000 a 133500 a 134000 a 134500 a 135000 a 135500 a 136000 a 136500 a 137000 a 137500 a 138000 a 138500 a 139000 a 139500 a 140000 a 140500 a 141000 a 141500 a 142000 a 142500 a 143000 a 143500 a 144000 a 144500 a 145000 a 145500 a 146000 a 146500 a 147000 a 147500 a 148000 a 148500 a 149000 a 149500 a 150000 a 150500 a 151000 a 151500 a 152000 a 152500 a 153000 a 153500 a 154000 a 154500 a 155000 a 155500 a 156000 a 156500 a 157000 a 157500 a 158000 a 158500 a 159000 a 159500 a 160000 a 160500 a 161000 a 161500 a 162000 a 162500 a 163000 a 163500 a 164000 a 164500 a 165000 a 165500 a 166000 a 166500 a 167000 a 167500 a 168000 a 168500 a 169000 a 169500 a 170000 a 170500 a 171000 a 171500 a 172000 a 172500 a 173000 a 173500 a 174000 a 174500 a 175000 a 175500 a 176000 a 176500 a 177000 a 177500 a 178000 a 178500 a 179000 a 179500 a 180000 a 180500 a 181000 a 181500 a 182000 a 182500 a 183000 a 183500 a 184000 a 184500 a 185000 a 185500 a 186000 a 186500 a 187000 a 187500 a 188000 a 188500 a 189000 a 189500 a 190000 a 190500 a 191000 a 191500 a 192000 a 192500 a 193000 a 193500 a 194000 a 194500 a 195000 a 195500 a 196000 a 196500 a 197000 a 197500 a 198000 a 198500 a 199000 a 199500 a 200000 a 200500 a 201000 a 201500 a 202000 a 202500 a 203000 a 203500 a 204000 a 204500 a 205000 a 205500 a 206000 a 206500 a 207000 a 207500 a 208000 a 208500 a 209000 a 209500 a 210000 a 210500 a 211000 a 211500 a 212000 a 212500 a 213000 a 213500 a 214000 a 214500 a 215000 a 215500 a 216000 a 216500 a 217000 a 217500 a 218000 a 218500 a 219000 a 219500 a 220000 a 220500 a 221000 a 221500 a 222000 a 222500 a 223000 a 223500 a 224000 a 224500 a 225000 a 225500 a 226000 a 226500 a 227000 a 227500 a 228000 a 228500 a 229000 a 229500 a 230000 a 230500 a 231000 a 231500 a 232000 a 232500 a 233000 a 233500 a 234000 a 234500 a 235000 a 235500 a 236000 a 236500 a 237000 a 237500 a 238000 a 238500 a 239000 a 239500 a 240000 a 240500 a 241000 a 241500 a 242000 a 242500 a 243000 a 243500 a 244000 a 244500 a 245000 a 245500 a 246000 a 246500 a 247000 a 247500 a 248000 a 248500 a 249000 a 249500 a 250000 a 250500 a 251000 a 251500 a 252000 a 252500 a 253000 a 253500 a 254000 a 254500 a 255000 a 255500 a 256000 a 256500 a 257000 a 257500 a 258000 a 258500 a 259000 a 259500 a 260000 a 260500 a 261000 a 261500 a 262000 a 262500 a 263000 a 263500 a 264000 a 264500 a 265000 a 265500 a 266000 a 266500 a 267000 a 267500 a 268000 a 268500 a 269000 a 269500 a 270000 a 270500 a 271000 a 271500 a 272000 a 272500 a 273000 a 273500 a 274000 a 274500 a 275000 a 275500 a 276000 a 276500 a 277000 a 277500 a 278000 a 278500 a 279000 a 279500 a 280000 a 280500 a 281000 a 281500 a 282000 a 282500 a 283000 a 283500 a 284000 a 284500 a 285000 a 285500 a 286000 a 286500 a 287000 a 287500 a 288000 a 288500 a 289000 a 289500 a 290000 a 290500 a 291000 a 291500 a 292000 a 292500 a 293000 a 293500 a 294000 a 294500 a 295000 a 295500 a 296000 a 296500 a 297000 a 297500 a 298000 a 298500 a 299000 a 299500 a 300000 a 300500 a 301000 a 301500 a 302000 a 302500 a 303000 a 303500 a 304000 a 304500 a 305000 a 305500 a 306000 a 306500 a 307000 a 307500 a 308000 a 308500 a 309000 a 309500 a 310000 a 310500 a 311000 a 311500 a 312000 a 312500 a 313000 a 313500 a 314000 a 314500 a 315000 a 315500 a 316000 a 316500 a 317000 a 317500 a 318000 a 318500 a 319000 a 319500 a 320000 a 320500 a 321000 a 321500 a 322000 a 322500 a 323000 a 323500 a 324000 a 324500 a 325000 a 325500 a 326000 a 326500 a 327000 a 327500 a 328000 a 328500 a 329000 a 329500 a 330000 a 330500 a 331000 a 331500 a 332000 a 332500 a 333000 a 333500 a 334000 a 334500 a 335000 a 335500 a 336000 a 336500 a 337000 a 337500 a 338000 a 338500 a 339000 a 339500 a 340000 a 340500 a 341000 a 341500 a 342000 a 342500 a 343000 a 343500 a 344000 a 344500 a 345000 a 345500 a 346000 a 346500 a 347000 a 347500 a 348000 a 348500 a 349000 a 349500 a 350000 a 350500 a 351000 a 351500 a 352000 a 352500 a 353000 a 353500 a 354000 a 354500 a 355000 a 355500 a 356000 a 356500 a 357000 a 357500 a 358000 a 358500 a 359000 a 359500 a 360000 a 360500 a 361000 a 361500 a 362000 a 362500 a 363000 a 363500 a 364000 a 364500 a 365000 a 365500 a 366000 a 366500 a 367000 a 367500 a 368000 a 368500 a 369000 a 369500 a 370000 a 370500 a 371000 a 371500 a 372000 a 372500 a 373000 a 373500 a 374000 a 374500 a 375000 a 375500 a 376000 a 376500 a 377000 a 377500 a 378000 a 378500 a 379000 a 379500 a 380000 a 380500 a 381000 a 381500 a 382000 a 382500 a 383000 a 383500 a 384000 a 384500 a 385000 a 385500 a 386000 a 386500 a 387000 a 387500 a 388000 a 388500 a 389000 a 389500 a 390000 a 390500 a 391000 a 391500 a 392000 a 392500 a 393000 a 393500 a 394000 a 394500 a 395000 a 395500 a 396000 a 396500 a 397000 a 397500 a 398000 a 398500 a 399000 a 399500 a 400000 a 400500 a 401000 a 401500 a 402000 a 402500 a 403000 a 403500 a 404000 a 404500 a 405000 a 405500 a 406000 a 406500 a 407000 a 407500 a 408000 a 408500 a 409000 a 409500 a 410000 a 410500 a 411000 a 411500 a 412000 a 412500 a 413000 a 413500 a 414000 a 414500 a 415000 a 415500 a 416000 a 416500 a 417000 a 417500 a 418000 a 418500 a 419000 a 419500 a 420000 a 420500 a 421000 a 421500 a 422000 a 422500 a 423000 a 423500 a 424000 a 424500 a 425000 a 425500 a 426000 a 426500 a 427000 a 427500 a 428000 a 428500 a 429000 a 429500 a 430000 a 430500 a 431000 a 431500 a 432000 a 432500 a 433000 a 433500 a 434000 a 434500 a 435000 a 435500 a 436000 a 436500 a 437000 a 437500 a 438000 a 438500 a 439000 a 439500 a 440000 a 440500 a 441000 a 441500 a 442000 a 442500 a 443000 a 443500 a 444000 a 444500 a 445000 a 445500 a 446000 a 446500 a 447000 a 447500 a 448000 a 448500 a 449000 a 449500 a 450000 a 450500 a 451000 a 451500 a 452000 a 452500 a 453000 a 453500 a 454000 a 454500 a 455000 a 455500 a 456000 a 456500 a 457000 a 457500 a 458000 a 458500 a 459000 a 459500 a 460000 a 460500 a 461000 a 461500 a 462000 a 462500 a 463000 a 463500 a 464000 a 464500 a 465000 a 465500 a 466000 a 466500 a 467000 a 467500 a 468000 a 468500 a 469000 a 469500 a 470000 a 470500 a 471000 a 471500 a 472000 a 472500 a 473000 a 473500 a 474000 a 474500 a 475000 a 475500 a 476000 a 476500 a 477000 a 477500 a 478000 a 478500 a 479000 a 479500 a 480000 a 480500 a 481000 a 481500 a 482000 a 482500 a 483000 a 483500 a 484000 a 484500 a 485000 a 485500 a 486000 a 486500 a 487000 a 487500 a 488000 a 488500 a 489000 a 489500 a 490000 a 490500 a 491000 a 491500 a 492000 a 492500 a 493000 a 493500 a 494000 a 494500 a 495000 a 495500 a 496000 a 496500 a 497000 a 497500 a 498000 a 498500 a 499000 a 499500 a 500000 a 500500 a 501000 a 501500 a 502000 a 502500 a 503000 a 503500 a 504000 a 504500 a 505000 a 505500 a 506000 a 506500 a 507000 a 507500 a 508000 a 508500 a 509000 a 509500 a 510000 a 510500 a 511000 a 511500 a 512000 a 512500 a 513000 a 513500 a 514000 a 514500 a 515000 a 515500 a 516000 a 516500 a 517000 a 517500 a 518000 a 518500 a 519000 a 519500 a 520000 a 520500 a 521000 a 521500 a 522000 a 522500 a 523000 a 523500 a 524000 a 524500 a 525000 a 525500 a 526000 a 526500 a 527000 a 527500 a 528000 a 528500 a 529000 a 529500 a 530000 a 530500 a 531000 a 531500 a 532000 a 532500 a 533000 a 533500 a 534000 a 534500 a 535000 a 535500 a 536000 a 536500 a 537000 a 537500 a 538000 a 538500 a 539000 a 539500 a 540000 a 540500 a 541000 a 541500 a 542000 a 542500 a 543000 a 543500 a 544000 a 544500 a 545000 a 545500 a 546000 a 546500 a 547000 a 547500 a 548000 a 548500 a 549000 a 549500 a 550000 a 550500 a 551000 a 551500 a 552000 a 552500 a 553000 a 553500 a 554000 a 554500 a 555000 a 555500 a 556000 a 556500 a 557000 a 557500 a 558000 a 558500 a 559000 a 559500 a 560000 a 560500 a 561000 a 561500 a 562000 a 562500 a 563000 a 563500 a 564000 a 564500 a 565000 a 565500 a 566000 a 566500 a 567000 a 567500 a 568000 a 568500 a 569000 a 569500 a 570000 a 570500 a 571000 a 571500 a 572000 a 572500 a 573000 a 573500 a 574000 a 574500 a 575000 a 575500 a 576000 a 576500 a 577000 a 577500 a 5

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 D.O. Rizzo inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.003.675.00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Clayton de Santana inscrito (a) no CPF sob o Nº 005.225.455 / 05, do sinistro de DPVAT cobertura Inválidez da Vítima Antonio Clayton de Santana, inscrito (a) no CPF sob o Nº 005.225.455 / 05, 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 100 Silveira</u>	Número	<u>217</u>	Complemento	<u>Residencial</u>
Bairro	<u>Brasilia</u>	Cidade	<u>Jr. Cór. Da Glória</u>	Estado	<u>SE</u>
Email	<u>moncruzduoficio@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>59.99189207</u>	Telefone celular (DDD)	<u>59.99252568</u>

Blumenau, 02 de Agosto de 2019  
Local e Data

Jose Marcos de Oliveira Rizzo  
Assinatura do Declarante

# DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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

Eu, Maria José Soares de Souza

RG nº 1.088.443, data de expedição 08/05/2019

Órgão SSP/SE, portador do CPF nº 930.577.505-59,

com domicílio na cidade de Poco Redondo, no Estado de

Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua do compo, nº 43,

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mençãoado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Antônio Clayton De Santana, cujo o condutor era

Antônio Clayton De Santana.

Veículo: PAS / MOTOCICLETA Modelo: HONDA / POP 1.10 I Ano: 2019

Placa: QMF 4891 Chassi: 9C2JB0100KR113114

Data do Acidente: 10/05/2019

Local e Data:

Poco Redondo - SE, 04.07.2019.

Maria José Soares de Souza

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor  
 (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Selo TJSE: 201 <u>9</u> 29563 <u>005248</u>
Acesse: <a href="http://www.tjse.jus.br/X/996624">www.tjse.jus.br/X/996624</a>
Reconheço como verdadeira (s) a (s) firma (s) de <u>"Yana"</u>
em testemunho da verdade.
1º Ofício da Comarca de Poco Redondo/SE <u>04/07/2019</u>
Bel. Marco Aurélio Modesto Maron
Notário Titular

**INVESTPREV**

23 AGO 2019



## HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

### Receituário

ANAMNOSIS - FONTE: SENSADA

RECORRIDO MEDICO

O PACIE SUPASCI, 2000 COM  
DIAGNOSTICO DE FRANCA  
DO MUSLO E FIBRILIDADE DIA  
PROBLEMA DE SENSACAO.  
ANALISANDO PROBLEMA  
CONSIDERANDO 2 POSSIBILIDADES  
C/10. S - FCO

20/08/19  
Dr. Antonio E. Lara Arce  
Ortopedia - Traumatologo  
CRM 2806 - TEOT 6624

INVESTPREV

23 AGO 2019

Avenida 13 de junho, nº 776 - Centro - Itabaiana-SE - Fone: (79) 3432-9200



**DADOS DO PACIENTE**

NOME: Antônio Clayton de Souza

SEXO  FEM.  MASC. IDADE: 42 anos ESTADO CIVIL:

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

DESTINO DO PACIENTE: Recover de Itabuna

**DESCRIMINAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:**

Relevo onde de jato baixa 1h, relato de dor  
desconforto de movimento no M 1º. Relevo anter  
ior intensidade.

HD: Fratura?

**MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:**

Fraxel 700 mg 1m

Controfam 50 mg U.O

**MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:**

Fractura / Fratura

**MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ:** Intendente

**MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO:** Espero

**OBS.: ENCAMINHAR FOTOCÓPIA DOS EXAMES REALIZAD**

U.P.1248 Pago Redondo  
Unidade Hospitalar

10/05/19  
Local e Data

ESTEVÃO DE JESUS  
CRM 5826/SI

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 658678  
CNS:DATA: 10/05/2019 HORA: 15:33 USUARIO: ACARAGAO  
SETOR: 04-ORTOPEDIA

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ANTONIO CLAYTON DE SANTANA  
 IDADE....: 42 ANOS NASC: 03/06/1976  
 ENDERECO....: RUA CANDIDO LUIZ DE SA  
 COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: CENTRO  
 MUNICIPIO....: POCO REDONDO UF: SE CEP....: 49810-000  
 NOME PAI/MAE.: ANTONIO FLORENCIO DE SANTANA /MARIA MARQUES DE SANTANA  
 RESPONSAVEL....: A ESPOSA TEL....: 079 885995  
 PROCEDENCIA....: POCO REDONDO - SE 85  
 ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO  
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO  
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

EXAMES COMPLEMENTARES: *66/21* [ ] RAIOS X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC  
 CTR 0053 [ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA  
 Tec Radiologia Medicina

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*4 + em 16 16/0*  
*16 sob*  
*0 Keflorn 2 c 16*  
*mc canas*

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA:

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

[ ] DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS

[ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PATOL

*J. Ivanise dos Santos*

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

*Feliz. Antônio Lopo / Trivitis*  
*Ortopedico*  
*CRM-SE 5839*  
*6200*

*ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO*

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ANTÔNIO CLAYTON DE SANTANA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

408203173005242

8 - DATA DE NASCIMENTO

19/05/1982

9 - SEXO

Masc. 1 Fem. 3

10 - RACA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Maria Marques de Santana

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

Antônio Florêncio de Santana

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDERECO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Laranjão Luz de São

29 8859-9585

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Poco Redondo

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

66 44810-000

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Fratura do TO Ano teto aberto.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Traumatismo cirúrgico

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRÓVOS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Adm/0 Gdn Fidr

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDARIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura de maxilo

S82.6

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fratura do maxilo (0) CIRÚRGICA

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

040 P050578

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

CIRÚRGICA UT GEN CIA

31 - DOCUMENTO

CNS

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

CPF

139569085-68

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Leonardo Passos Silva

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO - 35-ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Leonardo Passos Silva

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - NÚMERO DE CÓDIGO - SEÇÃO

41 - NÚMERO DE CÓDIGO - SEÇÃO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Prescrição Médica e Procedimento de Enfermagem

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Name: Cândido Clayton de Santana

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA E DIETA

Idade: 43q Enfermaria: A Leito: 2

1º TURNO 07:00 AS 13:00 Ass.

2º TURNO 13:00 AS 19:00 Ass.

3º TURNO 19:00 AS 07:00 Ass.

- 25/05 1- ONDE: 1 vez  
 2- Sobre 300g de arroz cozido com 1/2 creme de leite  
 3- 200g de carne de frango cozida  
 4- 200g de macarrão  
 5- 200g de farinha de trigo  
 6- 150g de farinha de milho  
 7- 200g de queijo  
 8- 200g de leite  
 9- 200g de leite  
 10- 200g de leite

11- 200g de leite

Dr. Antônio E. Lima Arce  
 Dr. Antônio E. Lima Arce  
 Onofre 2005 - 1601 6214  
 CRM 2005 - 1601 6214

12- 200g de leite

13- 200g de leite

14- 200g de leite

15- 200g de leite

16- 200g de leite

17- 200g de leite

18- 200g de leite

19- 200g de leite

20- 200g de leite

21- 200g de leite

22- 200g de leite

23- 200g de leite

24- 200g de leite

25- 200g de leite

26- 200g de leite

27- 200g de leite

28- 200g de leite

29- 200g de leite

30- 200g de leite

**EVOLUÇÃO  
MÉDICA**

**HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO**



UNIDADE HOSPITALAR: *Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho*

SETOR:

LEITO:

PACIENTE:

*ANTONIO LIMA ARCE*

SEXO:

REG.:

DATA

**HISTÓRICO**

*25/05*

*DO. INHAUMO TANT GUINHEU  
FRANCA LUKAS CM TANT ADALDO DA*

*LL*  
Dr. Antonio E. Lima Arce  
Osteopata - Traumatologo  
CRM 2608 - TEC 6624

*26/05*

*100PO NATI MAR 2002 - DIAKOSCO  
AVOIDAR HASTA DIA P DE  
HOSPITALIZAR*

*LL*  
Dr. Antonio E. Lima Arce  
Osteopata - Traumatologo  
CRM 2608 - TEC 6624

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

UNIDADE HOSPITALAR:

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

PACIENTE:

Antônio Cluyton de Souza

SETOR:

CC

LEITO: 12

IDADE: 43

SEXO: Mas

REG:

Itabiana  
Enfermagem  
CORENSE

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	Glicem.
		Cont:					
25/05/19	10h50	Antônio com cirurgia dia 26/05/19 3º dia, grávida, fator de risco realizada cirurgia, faturado. Pct exame hemocultura, ir SRPA. Abg. Oculista dos do exame.					
26/05/19	16h	Adm. enema e enema de enema prescrito					
26/05/19	20h00	pacote no leito em posição de reco-fuso, comendo orientado desidratado, sentindo bem a diarreia AVP em MSF, nem queijo, ácido 190/10 P.A. Nau e os cunhados					
26/05/19	21h00	Administrado cefalotina 1g + 50ml ADIT + digoxina 0,8mg conforme prescrito					
26/05/19	22h00	Administrado cefalotina + digoxina					
26/05/19	08:00	noite, calmo, orientado, relaxamento, acom. profunda de sonolência em uso de AVP em MSF sem sotônia, espasmo, acimótico, fárias fusco, nos relatos quaisas no momento, escrita a diária expedida. Função gástrica sem reação presente, digeriu, suspiro					
05/06/19	09:00	Aerado P.A. AF. Terezinha: 639581					
05/06/19	10:00	paciente de alta hospitalar aguardando trans parto					
05/06/19	09:15	Realizado enema, oclusor em MSF com SF 0,9%, gaze simples					
05/06/19	10:00	espardachape, o mesmo evoluí em bom estado segue as cuidado					
05/06/19	11:20	paciente administrado a medicação citoprotetor monit. na mesma volta na unidade hospitalar					
05/06/19	11:20	PCT ret. paciente alta hospitalar em tempo. Paciente para se alta hospitalar portante de recita médica + gestante a patrma médica AF. Terezinha 639581.					

Descrição	Und	Qtde
Aguilha descartável 25 x 7	Und.	04
Álcool 70%	Und.	
Atadura Algodão Ortop.	Und.	-
Atadura Crepe 10cm	Und	
Atadura Crepe 15cm <i>esteril</i>	Und	03
Atadura Crepe 30cm	Und.	
Atadura Gessada 10cm	Und	
Atadura Gessada 20cm	Und.	
Azul de Metileno	ml	
Bola de Algodão	Und.	
Cateter P' Oxigenoterapia (óculos)	Und.	
Catgut Cromado C/Aguilha n.º 0	Und.	01
Catgut Cromado S/Aguilha	Und.	
Catgut Simples C/Aguilha	Und.	
Catgut Simples S/Aguilha	Und.	
Clorexidina alcólica	ml	
Clorexidina aquosa	ml	
Clorexidina degermante	ml	
Coletor de Urina Simples	Und.	
Coletor de Urina Fechado	Und.	
Compressa Campo Op. Gde.	Und.	05
Compressa Campo Op. Pna.	Und.	
Compressa de Gaze 7,5 x 7,5	Und.	030
Cotonete	Und.	
Cotonete Estéril	Und.	
Dreno de Penrose n.º 01	Und.	
Dreno de Penrose N.º 02	Und.	
Dreno de Penrose N.º 03	Und.	
Equipo Macro Gotas	Und.	
Equipo Micro Gotas	Und.	
Equipo P/Sangue	Und.	
Espadrapo Comum	Cm.	+ 30cm
Ethibond	Und.	
Filtro de barreira	Und.	
Fio de Algodão	Und.	
Fita Adesiva Hospitalar	Und.	
Escola C/Degermação	Cm.	04
Formol Líquido	ml	
Gaze Algodoadada	Und.	
Gelco	Und.	
Intracath	Und.	
âmina de Bisturi n.º 30	Und.	01/01
Luva Cirúrgica Descartável	Und.	06
Malha Tubular	Und.	
Micropore	cm	-

Descrição	Und	Qtde
Mononylon Comum n.º 0	Und.	01
Povedine Degermante	MI	
Povedine Tópico	MI	
Proiene		
Scalp	Und.	
Seringa Descartável 1ml	Und.	
Seringa Descartável 3ml	Und.	
Seringa Descartável 5ml	Und.	01
Seringa Descartável 10ml	Und.	01
Seringa Descartável 20ml	Und.	01
Sonda de aspiração Traqueal	Und.	
Sonda de Folley 2vias	Und.	
Sonda de Folley 3 vias	Und.	
Sonda (tubo) Endot. C/ Balão	Und.	
Sonda (tubo) Endot. S/ Balão	Und.	
Sonda (tubo) Endot. Aramado	Und	
Sonda Nasoenteral	Und.	
Sonda Nasogástrica	Und.	
Sonda Retal	Und.	
Sonda Uretal de Nelaton	Und.	
Torneirinha 3 vias	Und.	01
Vicril	Und.	
Agulha Desc. P/Bloqueio	Und.	
Dreno de Succção	Und.	
Dreno de Tórax	Und.	
Luvas (par) 7,0	Und.	
Luvas (par) 7,5	Und.	
Luvas (par) 8,0	Und.	01
Luvas (par) 8,5	Und.	
Máscaras Descartáveis	Und.	
GORRO	Und	04
Pro pé	Par	02
Latex	Und	
Eletrodos	Und	05
Ar Comprimido	Hora	
Bisturi Elétrico	Hora	
Monitor Cardíaco (cardioscópio)	Hora	Em uso
Oxigênio	Hora	
Oxímetro de Pulso	Hora	Em uso
N20 (protóxido de azoto)	Hora	Em uso
Sala de Recuperação	Taxa	Em uso
Vácuo	Hora	
Furadeira	Hora	

Assinatura da Entrega (por extenso)



HOSPITAL DR. PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Nome do Paciente:

ANTONIO COYON JUNIOR

Diagnóstico Pré-operatório:

ESTRUCTURA TORNÁVEL

Cirurgia realizada:

REMOÇÃO SÍNUS CINTA

Cirurgião:

DR. ANTONIO JUNIOR

Auxiliares:

Anestesiologista:

DR. DION JONES

Anestesia:

Diag. Pós-operatório:

ESTRUCTURA TORNÁVEL

DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. REMOÇÃO - ANTERNA
2. COLOCAR NO CORPO
3. INCISÃO TORNÁVEL
4. REMOÇÃO PRINCIPAL
5. REMOÇÃO LATERAL TIBIA
6. REMOÇÃO DE PÍNCAS E PARAFUSOS
7. SERRA DAS PERNAS DR. JUNIOR
8. CURSO
9. PIM AIO SÍNUS CINTA

Dr. Antonio J. Junior  
Cirurgião - Traumatologista  
CRM 266 - TECT 6624

Data:

11/05/19

Assinatura do cirurgião:



1. 161915  
 ANTONIO CLAYTON DE SANTANA  
 Masculino

Convênio PARTICULAR  
 Méd. Sol. FELIX ANTONIO LOPEZ FREITAS  
 Data 20/05/2019  
 Hora 08:00  
 Dt. Nasc. 03/06/1976

#### AGULOGRAMA

Material: Plasma

Método: Nefelometria

Data de Liberação: 23/05/2019

Laboratório: INTERNO

Tempo de sangramento

1'18" Min

Referência  
 1 a 3 minutos

Tempo de coagulação

7'30" Min

5 a 10 minutos

Contagem de Plaquetas

341.000 /mm<sup>3</sup>

150.000 a 450.000/mm<sup>3</sup>

TTPA

38,88 Segundo(s)

30 a 43 seg.

Tempo de Protombina

13,8 Segundo(s)

10 a 14 seg.

Protombina(atividade)

87,6 %

70 a 100%

INR

1,11 i

Pacientes normais: 0,91 a 1,201

#### Indicação

		Valor Alvo	Valor Limite
- Profilaxia do tromboembolismo venoso(Cirurgia de alto risco).		2,0	3,0
- Tratamento de trombose venosa profunda. Prevenção de embolia em pacientes com fibrilação atrial, doença cardíaca valvular biológica. Profilaxia de tromboembolismo venoso(cirurgia de quadril).		2,0	3,0
- Embolismo sistêmico recorrente valvular cardíaco		2,0	3,0

  
 CLIVONETE RIBEIRO DA SILVA  
 CRF 246  
 ASSINADO ELETRONICAMENTE

Interpretação eficaz dos resultados depende da correlação clínico - laboratorial, bem como dos aspectos fisiopatológicos do paciente, jejum, interação medicamentosa em uso e aspectos epidemiológicos.

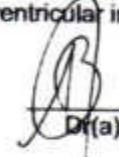
Este laboratório participa ativamente de rigoroso programa de controle de qualidade, sociedade brasileira de análises clínicas (SBAC).

<b>Atendimento</b>	161915	<b>Data</b>	20/05/2019 08:00
<b>Nome</b>	ANTONIO CLAYTON DE SANTANA	<b>Sexo</b>	Masculino
<b>Data Nasc</b>	03/06/1976		
<b>Médico Soli:</b>	Felix Antonio Lopez Freitas	<b>Convênio</b>	Particular

**ELETROCARDIOGRAMA****DIAGNÓSTICO:**

**FC:** 110 bpm. **Ritmo:** Sinusal.

**ECG:** Exassístoles ventriculares polimórficas.  
Alteração da repolarização ventricular inferior.



Dr(a).LUCIANA SIQUEIRA PEIXOTO RIBEIRO  
CRM -4169

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

No. Registro.: 26084

Numero do CNS: 0000000000000000

Nome.....: ANTONIO CLAYTON DE SANTANA

Documento.....: 1525717

Nascimento...: 03/06/1976

## Estado Civil.:

Idade.....: 43 - ANOS Cor:

### **Sexo.....: MASCULINO**

Responsavel...: ANTONIO FLORENCIO DE SANTANA

Nome da Mae.: MARIA MARQUES DE SANTANA

Endereço: RUA CANDIDO LUIZ DE SA, 108, CASA, CEP: 49810-000

Telephone: 079 88599585

Barro : CENTRO

Municipio : 2805406 - BOCA REDONDA - SE

Nacionalidade: BRASILEIRO

Naturalidade : SERGIPENSE

Cadastramento: 25/05/2018

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

FICHA DE INTERNACAO  
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

## DADOS DA INTERNACAO

TIPOS DE INTERNACAO  
No. do BE: 664834  
Clinica.....: 200 - ENF "B" ADULTO - CIRURG  
Leito.....: 999.0181  
Data da Internacao: 25/05/2019  
Hora da Internacao: 06:42  
Medico Solicitante: 789.410.595-34 - ANTONIO ESTEBAN LARA ARCE  
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO  
Diagnostico.....: NAO INFORMADO  
Identif. Operador.: CFSLIMA

### INFORMACOES DE SAIDA

Proc. Realizado:  
Dt. Hr Saída:  
Especialidade:  
Tipo de Saída:  
CID Principal:  
CID Secundário:  
Principal:  
Secundário:  
Outro:

## INVESTPREV

23 AGO 2019

O ABAIXO ASSINADO DECLARA QUE



ESTADO DE SERGIPE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
RECEITUÁRIO

Nome: Antônio Milton de Oliveira

Abro para os deus que me  
o preenchi da entrada no dia 10/05  
19 na UPA de São Pedro de Alcâ-  
maras onde de moto entrei no  
ambulância no momento inferior direito  
imediatamente saí de moto e fui direto  
para o interninho para o Regional  
de Itabaiana para encosta do ambu-  
lância, no momento encontro com o  
sua médica.

ESTEVALDO DE CARIMBO  
CRM: 562890E

Ass. e Carimbo / CRM

16/03/20

Data



INVESTPREV

23 AGO 2019

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0289263/19

**Vítima:** ANTONIO CLAYTON DE SANTANA

**CPF:** 005.225.455-05

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 10/05/2019

**Titular do CPF:** ANTONIO CLAYTON DE SANTANA

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação

### JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA : 020.003.675-00

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### ANTONIO CLAYTON DE SANTANA : 005.225.455-05

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.  
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/08/2019  
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA  
CPF: 020.003.675-00

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/08/2019  
Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO  
CPF: 221.365.090-04

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

JOSE MARINO GOYA ARAUJO

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0289263/19

**Número do Sinistro:** 3190493383

**Vítima:** ANTONIO CLAYTON DE SANTANA

**CPF:** 005.225.455-05

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 10/05/2019

**Titular do CPF:** ANTONIO CLAYTON DE SANTANA

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/03/2020  
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA  
CPF: 020.003.675-00

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/03/2020  
Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO  
CPF: 221.365.090-04

---

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

---

JOSE MARINO GOYA ARAUJO