



**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	Distribuição: 03/11/2020
Número Único: 0001556-86.2020.8.25.0059	Competência: Poço Redondo
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

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 Apensados:

--

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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

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



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





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO, SE



Nº: 071307/2019

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: Fabio 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

Complemento: PROXIMO AO ALTO BONITO

CEP: 49.810-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(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

Endereço

Município: Poço Redondo - SE

Logradouro: RUA CANDIDO LUIS DE SA

Nº: 108

Complemento: PROXIMO 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: Antonio Florencio 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

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

Página 1 de 2



PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 071307/2019

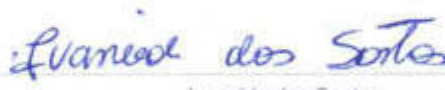
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Nome Envolvido	Envolvimentos
Antonio Clayton de Santana	Possuidor

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


Roberto de Melo Santos
Ag. Pol. Jud. 1 Classe
Ag. Pol. Estado 30671547
Melo
Agente de Polícia
Matrícula 4717882
Responsável pelo Atendimento


Ivaneide dos Santos
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou sua única responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nas Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

INVESTPREV

23 AGO 2019

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: 005.225.455-05 Nome completo da vítima: 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

Profissão: barbeiro Endereço: Rua Candido Luiz de Sa Número: 108 Complemento: Casa

Bairro: Centro Cidade: Poço Redondo Estado: SC CEP: 49810-000

E-mail: marcosdegloia@gmail.com Tel.(DDD): 79.99918.3202

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

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

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

☐ CONTA 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: _____

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Flórida - 02 de Agosto de 2019

Nome: _____ CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO: Antonio Clayton de Santana

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

Assinatura: _____

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

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

sto

76-797

UPA24h

Antonia Clayton de Santana

APELIDO: _____ DATA DE NASCIMENTO: 03/06/76 SEXO: M

FILIAÇÃO: PAI: Antonio Elenencio de Santana
MÃE: Maria Inez de Santana

ENDERECO: Rua Condado D. San REFERÊNCIA: _____

PROFISSÃO: Agricultor RESPONSÁVEL: _____

QUADRO AUXILIAR ANAMNESE			
ALERGIA	<input checked="" type="checkbox"/>	HANSENIASE	<input type="checkbox"/>
CARDIOPATIA	<input type="checkbox"/>	HEMORRAGIA	<input type="checkbox"/>
DIABETES	<input type="checkbox"/>	HEMOFILIA	<input type="checkbox"/>
EPILEPSIA	<input type="checkbox"/>	HIPERTENSÃO	<input type="checkbox"/>
		PSICOPATIA	<input type="checkbox"/>
		TUBERCULOSE	<input type="checkbox"/>
		TIPO DE SANGUE	<input type="checkbox"/>

DATA	ANAMNESE - EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS	ASSINATURA
05/05/92	180 X 30 mmHg	[Signature]
<p>Paciente relata desde a morte a relato do MTD, que se tornou história, relatando que se tornou história de morte a história de história</p>		
<p>(1) - Fimel m. de Im. Y 10:21 - Fimel m. de Im. Y 10:21</p>		
<p>DR. [Signature] CRM - 12345</p>		

23 AGO 2019

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 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 José Marcos D.O. Rosa 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 Invalidez 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 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 Dos Silves</u>		Número <u>217</u>	Complemento <u>Residencial</u>
Bairro <u>Brasília</u>	Cidade <u>Br. da Glória</u>	Estado <u>SE</u>	CEP <u>49.680-000</u>
Email <u>marcosdugloria@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>79.99189207</u>	Telefone celular (DDD) <u>79.99252568</u>

Glória, 02 de Agosto de 2019
Local e Data

José Marcos de Glória Rosa
Assinatura do Declarante

INVESTPREV

23 AGO 2019

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

Eu, Maria Jose Soares de Souza

RG nº 1.008.443, 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 campo, nº 43

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

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

Antonio Clayton De Santana, cujo o condutor era

Antonio Clayton De Santana

Veículo: PAS/MOTOCICLETA Modelo: HONDA/POP 110I Ano: 2019

Placa: QMF 4891 Chassi: 9C2JB0100KR113114

Data do Acidente: 10/05/2019

Local e Data: Poco Redondo - SE, 04.07.2019.

Maria Jose Soares de Souza
Assinatura do Declarante

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

Selo TJSE: 2019 29563 005246
Acesse: www.tjse.jus.br/X/796264
Reconheço como verdadeira (s) a (s) firma (s) de Maria Jose Soares de Souza
em testemunho da verdade.
1º - 04.07.2019
Bel. Marco Aurélio Modesto Maron
Notário Titular

INVESTPREV

23 AGO 2019



HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Receituário

ANTONIO CLOYON-SANTANA

RECEITUÁRIO MÉDICO

O PACIENTE SUPRACITADO COM
DIAGNÓSTICO DE TRAUMA
DO MÍDULO FIBULAR DA
PÉDULA DA ESQUERDA.
ANALISANDO TRAUMA
COMPLICADO E REABILITADO
C/O S.F.O.

20/08/19

Dr. Antonio E. Lara Arce
Ortopedia - Traumatologia
CRM 2806 - TEOT 6824

INVESTPREV

23 AGO 2019

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

hoje 09:17



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

Ficha de Assistência a Saúde

Nº DE
INSC.

76.797

UNIDADE DE SAÚDE:

UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
DONA ZULMIRA SOARES

NOME:

Antonio Clayton de Santana

DATA:

10/05/2019

APELIDO:

DATA DE NASCIMENTO: 03/06/76

SEXO:

M

FILIAÇÃO:

PAI: Antonio Eberencio de Santana

MÃE: Maria Inaquim de Santana

ENDEREÇO:

Rua Condado de São

REFERÊNCIA:

PROFISSÃO

Agricultor

RESPONSÁVEL:

QUADRO AUXILIAR ANAMNESE

ALERGIA ☒
CARDIOPATIA ☐
DIABETES ☐
EPILEPSIA ☐

HANSENIASE ☐
HEMORRAGIA ☐
HEMOFILIA ☐
HIPERTENSÃO ☐

PSICOPATIA ☐
TUBERCULOSE ☐
TIPO DE SANGUE ☐

DATA

ANAMNESE - EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS

ASSINATURA

10.05.19 21-180 X 90 mmHg

Martha

Paciente relata início de dor no
relato de no MTD, com início de
dor, relatado no MTD, com início de
dor, relatado no MTD, com início de
dor, relatado no MTD, com início de

(1) - Fonele no MTD
- Fonele no MTD

ESTAMPILADO
02/11/2019

DADOS DO PACIENTE

NOME: Antonio Cleiton de Fátima

SEXO ☐ FEM. ☒ MASC. IDADE: 42 anos ESTADO CIVIL: _____

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

RESPONSÁVEL: _____

DESTINO DO PACIENTE: Regresso de Itabirato

DESCRIMINAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

Relato made de início há 2 h, relato de
história de convulsão no M.I.D. Relato sobre
na internação.

HD: Fratura?

MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Paracetamol 100 mg IM
Paracetamol 50 mg V.O

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Paracetamol / Fratura

MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ: Cardiologista

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO: Estimado

OBS.: ENCAMINHAR FOTOCÓPIA DOS EXAMES REALIZADOS

UPA 24h Povo Redondo
Unidade Hospitalar

10/05/19
Local e Data

ESTEVAO DE CARVALHO
CRM: 5826/S

Ass.

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 DOC...: 1525717
IDADE.....: 42 ANOS NASC: 03/06/1976 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: RUA CANDIDO LUIZ DE SA NUMERO: 108
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: [X] mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: __/__/__

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: *lesão ligamentar lateral* CID: *S80.0*

PRESCRICAO

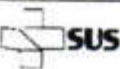
HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: 16:35
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/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	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		6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - SEXO		10 - RAÇA/COR
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		17 - COD. IBGE MUNICÍPIO
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		18 - UF
19 - CEP		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO		
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)		
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL		
24 - CID 10 PRINCIPAL		
25 - CID 10 SECUNDÁRIO		
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
29 - CLÍNICA		30 - CARATER DA INTERNAÇÃO
31 - DOCUMENTO		32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF)
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ DA SEGURADORA
40 - CNPJ EMPRESA		41 - CNAE DA EMPRESA
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		
43 - EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		
AUTORIZAÇÃO		
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - COD. ORGÃO EMISSOR
46 - DOCUMENTO		47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		

Prescrição Médica e Procedimento de Enfermagem

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Nome: Antônio Clayton de Santana		Idade: 43a		Enfermaria: A		Leito: 2			
DATA		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		<p>1- DADA VIVER</p> <p>2- FARMACOLOGIA COM RUM P/ VIV</p> <p>3- FARMACOLOGIA ALTA ENFERM</p> <p>4- GEMIDINHA 240 MG + 1000 MG 750</p> <p>5- EV. LA MIA</p> <p>6- DILUINDO O/SN EN 9/10 H.</p> <p>7- CORDONADO 100 MG. EV. 12/12 H.</p> <p>8- DILUINDO 100 MG EV. 9/6 M SOS</p> <p>9- CULMINA 500 MG</p> <p>10- ROLAR</p>		<p>SND</p> <p>500</p> <p>120</p> <p>120</p> <p>500</p> <p>Rolun</p>		<p>18</p> <p>168</p> <p>120</p> <p>500</p> <p>Rolun</p>		<p>120</p> <p>500</p> <p>Rolun</p>	
26/05		<p>17- DADA VIVER</p> <p>18- CORDONADO</p> <p>19- ALTA RESPIRATORIA</p>		<p>SND</p> <p>Atoraca</p> <p>curado</p>		<p>120</p> <p>500</p> <p>Rolun</p>			
27/05		<p>20- DADA VIVER</p> <p>21- CORDONADO</p> <p>22- ALTA RESPIRATORIA</p>		<p>SND</p> <p>Atoraca</p> <p>curado</p>		<p>120</p> <p>500</p> <p>Rolun</p>			
28/05		<p>23- DADA VIVER</p> <p>24- CORDONADO</p> <p>25- ALTA RESPIRATORIA</p>		<p>SND</p> <p>Atoraca</p> <p>curado</p>		<p>120</p> <p>500</p> <p>Rolun</p>			
29/05		<p>26- DADA VIVER</p> <p>27- CORDONADO</p> <p>28- ALTA RESPIRATORIA</p>		<p>SND</p> <p>Atoraca</p> <p>curado</p>		<p>120</p> <p>500</p> <p>Rolun</p>			
30/05		<p>29- DADA VIVER</p> <p>30- CORDONADO</p> <p>31- ALTA RESPIRATORIA</p>		<p>SND</p> <p>Atoraca</p> <p>curado</p>		<p>120</p> <p>500</p> <p>Rolun</p>			

UNIDADE HOSPITALAR:

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR:

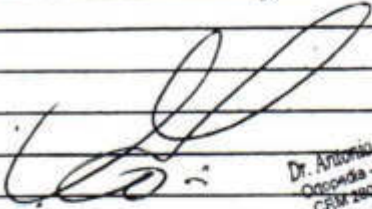
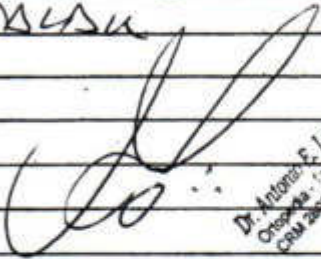
LETO:

PACIENTE

DATE OF CHARGING ASSESSMENT

SDIO

REG.

DATA	HISTÓRICO
25/05	PO. INAMPD TANT GUILLELMO FRANCIS LUKSON TORRENTS DA
	 Dr. Antonio E. Lora Arce Ortopedia - Traumatología CRM 2808 - TEOT 6624
26/05	1º DPO HASTA HAST. 2º DPO. PERKORADO WOLSON HASTA HAST. ALTA LORSPIDALDA
	 Dr. Antonio E. Lora Arce Ortopedia - Traumatología CRM 2808 - TEOT 6624

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

UNIDADE HOSPITALAR

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR:

cc

2. उत्तर

PACIENTE

Antonio Clayton de Sousa

PAGE 43

1200: 1200

PLATE 1

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	Glicem
25/05/2019	10h55	Aut: 2019 } Sado, gelatinoso, feixes brancos, revolvendo, fúndulos. Per. ausc. normal, in SRPA. Ab. Jélio dos de es. euf. 16h Admitido gastrom. IV capar. 25/05/19 2000 paciente no leito em posição de semi-flexa, consciente, orientado, reflexos, rotando bem a dieta ASP em MSE, Nm queros, afendo 190/120 P.A. Ngu. aus. Caudalado 2:00 Administrado cephalina 1g + 50ml ADIV + digoxina 0.8 IV conforme presc. 25/05/19 2019 Administrado cephalina + digoxina 26/05/19 08:00 no leito, calmo, orientado, rotacionando, acom. porado de familiar em uso de ASP em MSE, pol. parotidária, supinário, acimático, hápas tensas, não relata queixas no momento, aceita a dieta oferecida. Funções fisiológicas sem. ruidosa presente, diúria, ausente. 09:00 Afendo P.A. 190/120. Af. Torzilha 639581. 26/05/19 09:15 Realizado curativo, oclusão em MIE com SF 0,9%. gases simples e esparadrapo e mebm. exude em bom estado segue as curas 10:00 Foi administrado a medicação citoprog. 11:20 pt. recebeu alta hospitalar 12:00 Em tempo. Paciente saiu de alta hospitalar portando de recita médica + atestado + retorno médico apt. Torzilha 639581.					

Avenida 13 de junho, 776 – Centro – Fone: (79) 3432-9200

Itaberiana-Sergipe

Descrição	Und	Qtde
Agulha descartável 25 x 7	Und.	04
Alcool 70%	Und.	
Atadura Algodão Ortop.	Und.	
Atadura Crepe 10cm	Und.	
Atadura Crepe 15cm <i>estéril</i>	Und.	03
Atadura Crepe 30cm	Und.	
Atadura Gessada 10cm	Und.	
Atadura Gessada 20cm	Und.	
Azul de Metileno	MI	
Bola de Algodão	Und.	
Cateter P' Oxigenoterapia (óculos)	Und.	
Catgut Cromado C/Agulha n.º 0	Und.	01
Catgut Cromado S/Agulha	Und.	
Catgut Simples C/Agulha	Und.	
Catgut Simples S/Agulha	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.	30
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.	
Espadrado Comum	Cm.	+30cm
Ethibond	Und.	
Filtro de barreira	Und.	
Fio de Algodão	Und.	
Fita Adesiva Hospitalar	Cm.	
Escola Degermação	Und.	04
Formol Líquido	MI	
Gaze Algodoadada	Und.	
Gelco	Und.	
Intracath	Und.	
Lâmina de Bisturi n.º 20	Und.	04 + 01
Luva Cirúrgica Descartável	Und.	06
Malha Tubular	Und.	
Micropore	cm	

Descrição	Und	Qtde
Mononylion Comum n.º 0	Und.	04
Povedine Degermante	MI	
Povedine Tópico	MI	
Prolene		
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.	04
Vicril	Und.	
Agulha Desc. P/Bloqueio	Und.	
Dreno de Sucção	Und.	
Dreno de Tórax	Und.	
Luvas (par) 7.0	Und.	
Luvas (par) 7.5	Und.	03
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 Enfermagem (por extenso)

[Assinatura manuscrita]
 05/06/2006



Ficha de Ato
Cirúrgico

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Nome do Paciente:

ANDRÉ CLOYON LIMA

Diagnóstico Pré-operatório:

FRAT. M. T. TORRES

Cirurgia realizada:

1200h - SURTIÇÃO #12

Cirurgião:

DR. ANDRÉ LIMA

Auxiliares:

Anestesiologista:

DR. ALAN JONES

Anestesia:

Diag. Pós-operatório:

FRAT. M. T. TORRES

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. MANEJO - ANDRÉ LIMA
2. COLOCAÇÃO DE CAMPOS
3. LACIAÇÃO DA TUBEROSIDADE
4. REDUÇÃO PROXIMA FIBULA
5. REDUÇÃO LACIAÇÃO TIBIA TALON
6. FIBULAÇÃO / PIAO E PARADOXO
7. SURTIÇÃO DE CAMPOS DE PIAO
8. CURATIVO
9. FIM DO SURTIÇÃO

Dr. Antônio de Lima Arce
Ortopedia - Traumatologia
CRM 2008 - TEOT 6824

CS 05/19

Data:

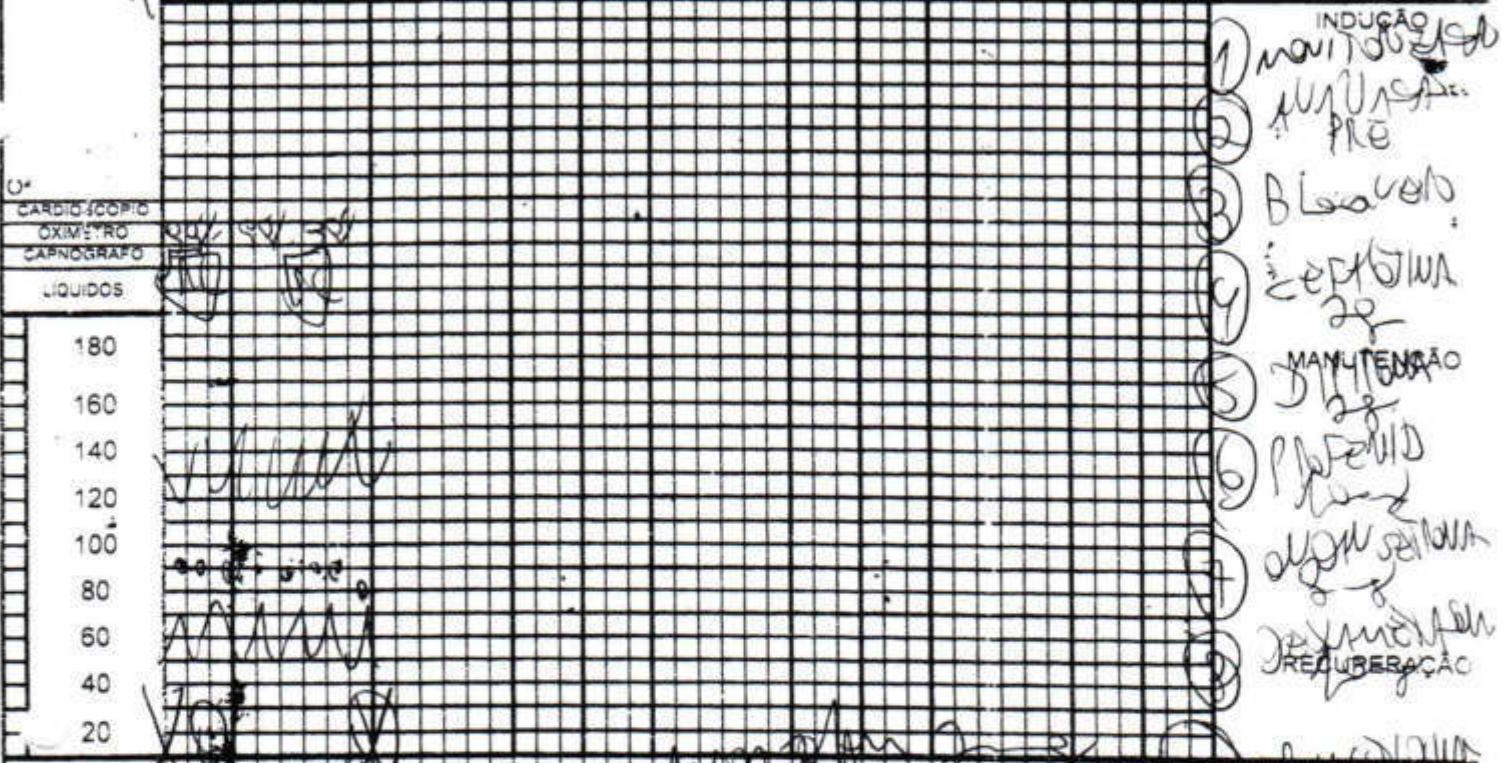
1/1/19

Assinatura do cirurgião:

Av. 13 de junho, 776 - Centro - Telefone: 3432-9200 - Itabaiana-Sergipe

FICHA DE ANESTESIA

NOME: ANTONIO CLAYTON DE SANTANA Nº PRONTUÁRIO: 664834
 CONVÊNIO: SUS DATA: 25.05.13 SEXO: M COR: _____
 NATURAL: Povo Redondo EST. CIVIL: _____ SANGUE: _____
 SETOR MÉDICO: Cirurgia AMBULATÓRIO: _____ APT: _____ E. FÍSICO(ASA): II
 DIAG PRE-OP: FRATURA E LUXAÇÃO DO TÓRAX DILATADO
 CIRURGIA PROPOSTA: REDUÇÃO CIRÚRGICA COM FIXAÇÃO TÓRAX DILATADO
 DIAG POS-OP: O MESMO
 CIRURGIA REALIZADA: A PROPOSTA
 PRÉ-ANESTÉSICO: _____ HORA: _____ EFEITO: _____
 CIRURGIÃO: Dr. ANTONIO LIMA 1º AUXILIAR: _____
 2º AUXILIAR: Dr. JOSE INSTRUMENTADOR: _____
 AGENTE: JOSE



ANOTAÇÕES

1 - ANESTESIA LOCAL
 2 - INJEÇÃO DE PÉLO COM CLOREXINA
 3 - PUNÇÃO COM AGULHA 22G TIPO QUINTE
 4 - 13-14, MEDICAMENTO 200
 5 - INJEÇÃO DE 12g de
 6 - PUNÇÃO NA RESISTÊNCIA DE 8ml.

Dr. Antonio de S. S. Ribeiro
 Anestesiologista
 CRM 155.397

DROGAS / MATERIAL	CONC	QUANT	ANESTESIA	Uso / Material
BUTIRILCOLE 13		01	Sem-Reinapção	Aberto - Sem-fechado - Círculo - Vale e Ven - S/C Absorção
CLORALDRINA		01	Orotróqueal - Nasotróqueal - Sonda	Respiração Espont - Auxil - Contra - Mec
ENTUBO		01	Entub	S/C Lesão - Aparelho
POSICIONAMENTO		01	Posição	Local Punção - Simples - C/Cateter - Líquor
POS. AXIAL		01	Pos. Axial	Pos. Op - Duração da Op - Duração da Anest
COND. FINAL			Cond. Final	Reflexos - Acordado - Sono - Adormecido

L 161915
 ANTONIO CLAYTON DE SANTANA
 Masculino

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

AGULOGRAMA

Material: Plasma

Método: Nefelometria

Data de Liberação: 23/05/2019

Laboratório: INTERNO

Tempo de sangramento	1'10" Min	Referência 1 a 3 minutos
Tempo de coagulação	7'30" Min	5 a 10 minutos
Contagem de Plaquetas	341.000 /mm ³	150.000 a 450.000/mm ³
TTPA	38,80 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 1,20i

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



CILVONETE RIBEIRO DA SILVA
 CRF 246
 ASSINADO ELETRONICAMENTE

Validação eficaz dos resultados depende da correlação clínico - laboratorial, bem como dos aspectos físiopatológicos 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).

Atendimento 161915
Nome ANTONIO CLAYTON DE SANTANA
Data Nasc 03/06/1976
Médico Soli: Felix Antonio Lopez Freitas


Data 20/05/2019 08:00
Sexo Masculino
Convênio Particular

ELETROCARDIOGRAMA

DIAGNÓSTICO:

FC.: 110 bpm. Ritmo: Sinusal.

ECG: Extrassístoles 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 Tipo:

Nascimento....: 03/06/1976

Estado Civil.:

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

Sexo.....: MASCULINO

Responsavel...: ANTONIO FLORENCIO DE SANTANA

Nome da Mae...: MARIA MARUQUES DE SANTANA

Endereco.....: RUA CANDIDO LUIZ DE SA,108 CASA CEP: 49810.000

Telefone.....: 079 88599585

Bairro.....: CENTRO

Municipio.....: 2805406 - POCO REDONDO - SE

Nacionalidade: BRASILEIRO

Naturalidade.: SERGIPE

Cadastramento: 25/05/2019

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO
=====

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 26084
Numero do CNS.....: 0000000000000000
Nome.....: ANTONIO CLAYTON DE SANTANA
Documento.....: 1525717 Tipo :
Data de Nascimento: 3/06/1976 Idade: 43 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: ANTONIO FLORENCIO DE SANTANA
Nome da Mae.....: MARIA MARQUES DE SANTANA
Endereco.....: RUA CANDIDO LUIZ DE SA 108 CASA
Bairro.....: CENTRO Cep.: 49810-000
Telefone.....: 079 88599585
Município.....: 2805406 - - SE
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA 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 Saida:
Especialidade:
Tipo de Saida:
CID Principal:
CID Secundario:
Principal:
Secundario:
Outro:

INVESTPREV

23 AGO 2019

O ABAIXO ASSINADO DECLARA QUE,



ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: Antonio Clayton de Fontene

Atendo por os dentes das br
o paciente deu entrada no dia 10/05
19 na UPA de Lago Redondo Pate-
Tanto tudo de modo a repare dos
denture no momento inferior direito
e apresente sinal de fratura, por-
to foi encaminhado para o Regional
de Itabirama para avaliação do arto
inferior, no momento encontrando-se
alto médico.

ESTADO DE SERGIPE
CRM: 50250E

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

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/05/2019

Titular do CPF: ANTONIO CLAYTON DE SANTANA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-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 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

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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 médico-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 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

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE MARINO GOYA ARAUJO