

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE WELLINGTON DA COSTA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00612-2

CONTA: 000010022709-0

Nr. da Autenticação 9CA5AEDB7B1137D1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190419988 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE WELLINGTON DA COSTA **Data do acidente:** 13/03/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CORTO-CONTUSO DA FACE,
FRATURA EXPOSTA GRAU I DO RÁDIO E URNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO RÁDIO E URNA COM PLACA E PARAFUSOS,
TRATAMENTO CONSERVADOR DE DEMAIS LESÕES E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: DOC PÁG. 01 08 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 12 //

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: JOSÉ WILLLINGTON DA COSTA

DATA DA ENTRADA: 14/03/2019

DATA DA SAÍDA: 20/03/2019

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

INTERNAMENTO: PS () ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, APRESENTANDO FERIMENTO EM SUPERFÍCIE ESQUERDA JÁ SUTURADA, ESCORPIAÇÕES EM FACE E MAMÍLLOS SUPERIORS, FRACTURA EXPOSTA EX. PTERÍGIO DIREITO, INTERNADO COM DIAGNÓSTICO DE POLI-TRAUMA, FOI TRATADO PRINCIPALMENTE COM INCORPORAÇÃO COM TACO CESSARÁ AXILA DIREITA E POSTERIORMENTE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRACTURA NO PTERÍGIO DIREITO, PERMANECERÁ NO HOSPITAL TRAGO ATÉ A HOSPIRÁCIA EX. 3003/2019

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Foi submetido à tratamento cirúrgico de fractura exposta dos ossos do antebraço direito sob bloqueio anestésico periférico braquial.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Radiografia do antebraço direito, hemograma, ureia, creatinina, eletrólitos, coagulograma

INVESTIGAÇÕES

09 JUL 2019

MÉDICOS ASSISTENTES:

DR LUIZ CARLOS CHAVACANTE FILHO

DR EDUARDO BARBOSA MURKES

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

ARACAJU, 27 de Março de 2019

Izac Souza de Melo
MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

Izac Souza de Melo
CNPJ: 201.991.812-91
Avenida 1518
CNPJ: 201.991.812-91

Manoel

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1872701

DATA: 14/03/2019 HORA: 01:48 USUARIO: ACSSANTOS
SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE
 NOME: JOSE WELLINGTON DA COSTA DOC...: 30600493
 IDADE: 42 ANOS NASC: 21/02/1977 SEXO...: MASCULINO
 ENDERECO: POV QUIXABA NUMERO:
 COMPLEMENTO: BAIRRO:
 MUNICIPIO: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE CEP...: 49680-000
 NOME PAI/MAE: JOAO GONZAGA DA COSTA /JUDITE RAIMUNDO DOSS ANTOS
 RESPONSAVEL: O PROPRIO TEL...:
 PROCEDENCIA: NOSSA SENHORA DA GLORIA
 ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
 CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

trazido pelo Samu em protocolo de trauma. c/ Rebaço de Areia da rebola, c/ uso de capacete que soltou. Rebaço em MS. As lesões: vras abrasões, papilas cervicais, lige. AUS: RR + 140 S/ PMS, roncos c/ expectora, roncos roncos, s/ sangue. ANOTACOES DA ENFERMAGEM: externo. Abdomen flácido, indolor DB. Rebaço estéril. ECG 15. DITR. (6) Fic em supinação e joelhos esticados, escaras e feridas. e MANGS. Fisica em observação.

CID:

DIAGNOSTICO: Bifora

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

① Drenar 1/2 litro.

② Rx cervical, torax op Dr. Bento Boeira.

③ AV. Autopatia -

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

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
 OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PAI

Dr. Luiz Carlos Cavalcante Filho
Médico

ASSINATURA CRM-SE DO MEDICO

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

HUSE
 ELETROCARDIOGRAMA
 EXAMES(S) REALIZADO(S)
 DATA: 14/03/19
 HORARIO: 01:48
 TECNICO: CFM

Dr. Chayebi (02.45)

Permane com dor estabilizada e menor espasmo
durante as controles. Numa alt. ms M¹¹¹, com
controle, Boce e MSE. Piscos e Excreta punitiva ora
maior (5).

Rx: Piscos e com 2 controles (D)

Ch: Tudo perfeito (D)

Exercícios p/ tr. Cintura.

Intervens p/ programar a tr. cint.

DR. MARCIO M. ROCHA
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia do Joelho
Cirurgia do Pé e do Tornozelo
CRM-SE 3592 / CRF 10323

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM

HOSPITAL REGIONAL GOV. JOÃO ALVES FILHO - N. SR DA GLÓRIA/SE

UNIDADE PARA REFERÊNCIA

ENDEREÇO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA

ESTAMOS ENCAMINHANDO O PACIENTE

930

WAGENINGEN

CUJO PROBLEMA DE SAÚDE NECESSITA DE UM TIPO DE ATENDIMENTO QUE NUNCA VISTE NA VIDA.

MOTIVO DA CONSULTA / IMPRESSO/ASSISTENTE/IMPRESSO/ASSISTENTE

11/12/1998 - 11/12/1998
Pwll Cwm Ffwrn Ogofâu Cwm Rhosol & Ogofau
De strikkels Cwm, Afon Ffwrn, Cwm Rhosol,
Cwm Cwrt, Cwm Cwrt, Cwm Cwrt, Blaenau Gwent

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

ARTES DA SOLICITAÇÃO DO ENCANTO

Salient features of the A.

MOTIVAÇÃO DO ENCAMINHAMENTO

Avaliação e Estudo de Cenários

DATA DO ENCAMINHAMENTO:

3346

Jorge Luiz Gonzaga Amorim
Clínica Médica
CRMSE 3624

ASSINATURA E CARIMBO DE MESA



Paciente: JOSE Wellington da Costa.
Diagnóstico: Fractura exposta antebraço (D).

Data: 12/03/19

PRESCRIÇÃO

- | | | |
|----|--|-------------|
| 1 | Dieta oral livre. | |
| 2 | SFO, SI. 1.000 mg em 24hs. | |
| 3 | Kefim y ou 6-6hs ou Kefzely or 8-8hs | 2x 08 14 |
| 4 | Gantimone 240 mg ou 1x ao dia | 08 |
| 5 | Ranitidina 50 mg ou 12-12hs. | 08 18 |
| 6 | Phosfond 100 mg ou 12-12hs. | 08 12 |
| 7 | Thiamox 100 mg ou 12-12hs | 08 12 |
| 8 | Plase 10mg or 8-8hs, 20min antes de dormir | 08 08 14 |
| 9 | Dipiridamol 4-4hs. | 08 08 12 18 |
| 10 | Clonidina 0.1mg | 08 |
| 11 | Clonazepam 0.25mg | |
| 12 | Clonazepam 0.25mg | |
| 13 | Clonazepam 0.25mg | Refina 1 |

Leonardo Moreirão de Carvalho
Médico
CRM: 0905633

~~Igor Senna Ferreira~~
Intensivista
COREN-SE 230009 - FENAS

Dr. Antônio Franco Cabral
Ortopedia/Traumatologia
CRM 830

Hora	PA	Diurese	Glicemias	Temp. Axilar	Assinatura do Técnico e Observações

Evolução/Prescrição Médica

DATA

20/3/2019

NOME: JOSE Wellington da Costa
ALA: UOC LEITO: 27 GÊNERO:

DIAGNÓSTICOS: Fx Osteosíntese, Antebraço (D)

Evolução Médica: Paciente evoluindo, queixa-se de dor no antebraço, com edema e discrição. Fx osteosíntese antebraço.

	<u>PRESCRIÇÃO MÉDICA</u>	<u>HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO</u>
1	Dieta VO LIVRE	SND
2	AVP PERVIO	
3	Keflin 1g, IV, 6h/6h OU Kefazol 1g, IV, 8h/8h	14 22 08
4	Ranitidina, 02 mL + 18 mL AD, IV, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, IV, às 6:00	06
5	Dipirona, 02 mL + 08 mL AD, IV, 6h/6h	19 18 06
6	Profenid, 01 ampola IV + 100mL SF0,9%, 12h/12h	12 06
7	Tramal 100mg + 250 mL SF0,9, IV, 8h/8h	SOS
8	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia	20
9	Bromoprida, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos SOS	SOS
10	Glicemia capilar, 6h/6h, se diabético	
11	Insulina regular, conforme glicemia:	
12	<200 = Ø 251 – 300 = 4U 351 – 400 = 8U	
13	201 – 250 = 2U 301 – 350 = 6U > 400 = 10U	
14	Glicose 25%, 40mL, IV, se glicemia < 70	SOS
15	Captopril 25mg, VO, se PAS > 180mmHg ou PAD > 110mmHg SOS	SOS
16	CCGG + SSVV 6h/6h	
17	Gentamicina 240mg, EV, 1x/dia	12h/12h
18	CURATIVO DIÁRIO 1X/DIA	00
19	Solicito Rx de Coluna	12h/12h
20		
21		
22		
23		

Dr. Rodrigo Alencar Santos
M.R. Ortopedia e Traumatologia
CRM/SE 5592



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE
FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: Der. Wellington da Costa

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fractura dor oso. Os tablhos 0

CIRURGIA REALIZADA: Ortopedia

CIRURGIÃO: Dr. André Sessim

AUXILIARES: Dr. Edson Viana

ANESTESIA: Bloquio

ANESTESISTA

Dr. Djal.

DIAGNÓSTICO PÓS- OPERATÓRIO:

CIRURGIA LIMPA CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA
 CIRURGIA CONTAMINADA CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? SIM NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

VIAS AÉREAS SUP. PULMONAR URINÁRIA SNC TGI
 CUTÂNEO AP. CARDIO-VASCULAR PLEURA OUTROS

DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. Parete em ósseo do Oso
 2. Amputação + Artroplastia
 3. Crepe de esterco
 4. Estágio de osteosíntese, 17 Infecção
 5. Início de ósseo com ósseo por ósseo
 6. Silêncio ósseo da Fratura do Oso
 7. Ressecção + Fixação com clipes
 8. Início ósseo da óssea com ósseo por ósseo
 9. Silêncio ósseo do Fuso do Fractura de
óssos
 10. Ressecção + Fixação óssea com óssei
por ósseo
- DATA: 1/1/2000

11. Sutura por ósseo
12. Cerramento
13. retirada do Tegumento

Assinatura do Cirurgião
Dr. André Sessim

4. Escavação óssea sobre o local da fratura

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

REGISTRO

ASSINATURA

HORA	ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM	REGISTRO	ASSINATURA
13:30	Paciente acometida em Só estômico, cans. Fainter, cintostro, lubrificando, celícamo, FZ, cintostro, cibarul, apneias, náuseas intensas, náuseas intensas, em uso de NVP em NSF, lubrificando, nem		
14:30	Intercio do Bloquio do pectoral		
14:45	Intercio do bloco toracico		
16:00	Fim do tratamento cirúrgico		Alessandro Alessandro

INVESTPREV

09 JUL 2019

ENCAMINADO PARA: SRPA
ELABORADO:

ELABORADO PELOS ACADÉMICOS DE ENFERMAGEM DO 7º PÉRIODO DA FACULDADE ESTÁCIO/FASE (2014/01 E 02) ORIENTADO
PELAS PROFESSORAS LUCIANA LÔBO E SILVIA SANDES

Relatório

Robert José Wellington Da
Costa Soberano sentiu na orelha
no dia 19/03/113 sofreu
fratura do antebraço D
gênero submetido a tratamento
urgente

filando com gelo e para relaxar
braço e pegar peso.
Mafe Galantim - 21 em Alta Sobeira
CEP: 592

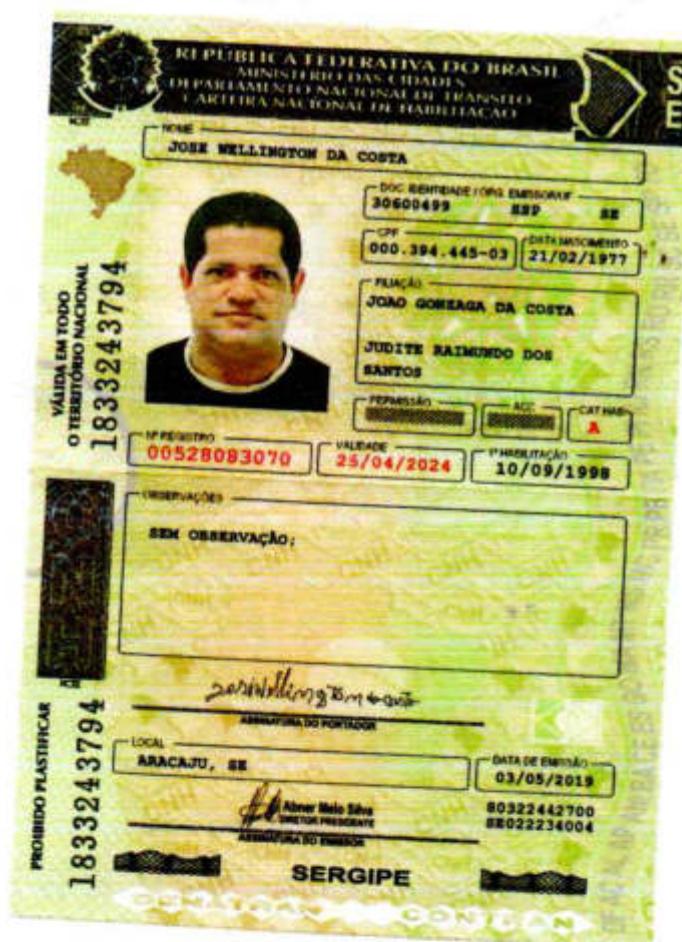
Aguinaldo Anselmo da Cruz
Clínica Médica
CREMSE: SE 0489
CPF: 076.358.344-87

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Antônio Francisco de Souza, 47 - Centro - CEP: 49.680-000 - Nossa Senhora da Glória/SE
Fone: 79 3411.1068 - E-mail: saudegloria.se@gmail.com

INVESTPREV

26 AGO 2019



INVESTPREV

09 JUL 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:

000.394.445-03

Nome completo da vítima:

Jose Wellington Da Costa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Jose Wellington Da Costa

CPF:

000.394.445-03

Profissão:

Jardineiro

Endereço:

Rua Quixerába

Número:

511

Complemento:

casa

Bairro:

Zona rural

Cidade:

N. Sra Da Glória

Estado:

SE

CEP:

019-680-000

E-mail:

marcondesflorin@gmail.com

Tel. (DDD):

79-99189207

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

DADOS CADASTRAIS

 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)

AGÊNCIA:

0612

2

CONTA:

22709

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou: Sim Não Vítima deixou: Sim Não Vítima deixou: Sim Não pais/avós vivos?

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:

Ju. Sra Da Glória 02-07-19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Jose Wellington Da Costa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

INVESTPREV

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

09 JUL 2019

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 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.



**GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA AISP - NOSSA
SENHORA DA GLÓRIA - SE**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 069348/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 02/07/2019 15:33 Data/Hora Fim: 02/07/2019 15:42
Delegado de Policia: Samuel Souza de Brito Oliveira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Regional de Nossa Senhora da Glória Aisp

Data/Hora do Fato: 13/03/2019 22:30

Local do Fato

Município: Nossa Senhora da Glória (SE)
Logradouro: Povoado QUIXABA

Bairro: Povoado
CEP: 49.680-000

Tipo do Local: Área Rural

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSE WELLINGTON DA COSTA (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Nossa Senhora Sexo: Masculino Nasc: 21/02/1977
Profissão: Auxiliar de Produção Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: JUDITE RAIMUNDO DOS SANTOS Nome do Pai: JOAO GONZAGA DA COSTA
Em Serviço: Não

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 000.394.445-03

RG - Carteira de Identidade: 30600499

INVESTPREV

09 JUL 2019

Endereço

Município: Nossa Senhora da Glória - SE
Logradouro: POV QUIXABA Nº: SN
Complemento: CASA
Bairro: ZONA RURAL CEP: 49.680-000
Telefone: (79) 99800-5968 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Descrição MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN KS

CPF/CNPJ do Proprietário 023.685.665-03

Placa IAG0726

Renavam 00978278585

Número do Motor KC08E18238063

Número do Chassi 9C2KC08108R238063

Ano/Modelo Fabricação 2008/2008

Cor PRETA

UF Veículo Sergipe

Município Veículo Nossa Senhora da Glória

Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN KS

Modelo HONDA/CG 150 TITAN KS



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA AISp - NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 069348/2019

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 27/02/2018

Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido

Envolvimentos

JOSE WELLINGTON DA COSTA

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

RELATA QUE NO DIA, HORA E LOCAL SUPRACITADO AO TENTAR DESVIAR DE UM ANIMAL (CACHORRO) PERDEU O CONTROLE DA SUA MOTOCICLETA E CAIU AO SOLO, LESIONANDO-SE FISICAMENTE (FRATURA NO PUNHO DIREITO), QUE PRESTA ESTE BO PARA ACIONAR O SEGURO DPVAT.

ASSINATURAS


Alfredo José de Oliveira Madeiro
Escritório de Polícia
Responsável pelo Atendimento


JOSE WELLINGTON DA COSTA
(Vítima / Comunicante)

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

INVESTPREV

09 JUL 2019

FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO

PRONTUÁRIO: 408005

TURNO: M() T() N() HORA: 22:22

DATA: 13/10/2018

NOME: Jose Wellington da Costa

SEXO: M: F:

ENDERECO: Port. Quirabá - Glória

IDENTIDADE: —

NASCIMENTO: 29/10/1977

TEL: 99953-5901

MÃE: Juditi Raimunda dos Sontis

PAI: Geao Gonzaga da Costa

RESPONSÁVEL: Tere / Ma. est. Dr. J.

EMERGÊNCIA: URGÊNCIA: AMBULATÓRIO: CL. MÉDICA:

CIRÚRGICA:

PEDIATRA:

ATENDIMENTO ENFERMAGEM

HORA:

ASS:

ALERGIA MEDICAMENTOSA:

NÃO:
SIM:

PESO:

FR:

PA:

FR:

TP:

ANAMNESE:

INVESTPREV

09 JUL 2019

ASSINATURA MÉDICO:

Jose Wellington da Costa
Geao Luiz Gonzaga Amorim
Clínica Médica
CRM: 3624