

# 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 ULNA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DO RÁDIO E ULNA 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: JOSE WELLINGTON 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 (X) UTI ( )

## HISTÓRICO CLÍNICO:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, APRESENTANDO FENDIMENTO EM SUPERCÍLIO ESQUERDO JÁ SUTURADO, ESCORIAÇÕES EM FACE E MEMBROS SUPERIORES, FRATURA EXPOSTA EM ANTEBRANÇO DIREITO, INTERMIO COM DIAGNÓSTICO DE POLITRAUMA, FOI TRATADO PROVISORIAMENTE COM IMOBILIZAÇÃO COM TALA GESSA AXILA PALMAR E POSTERIORMENTE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA NO ANTEBRANÇO DIREITO, PERMANECENDO EM NÚCLEO TERMO ALTA HOSPITALAR EM 20/03/19

## HISTÓRICO CIRÚRGICO:

FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO ANTEBRANÇO DIREITO SOB BLOQUEIO ANESTÉSICO DE PLEXO BRAQUIAL.

## EXAMES COMPLEMENTARES:

RADIOGRAFIA DO ANTEBRANÇO DIREITO, HEMOGRAMA, UREA, CREATININA, ELETROLITOS, COAGULOCRAMA

INVESTPREV

09 JUL 2019

## MÉDICOS ASSISTENTES:

DR LUIZ CARLOS CAVACANTE FILHO  
DR EDUARDO BARBOSA NUNES

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

ARACAJU, 24 de MAIO de 2019

Isac Souza de Mendonça  
CPF: 201.661.822-01  
Médico  
CRM: 15118

Isac Souza de Mendonça  
MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

Isac Souza de Mendonça  
CPF: 201.661.822-01  
Médico  
CRM: 15118



MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1872701  
CNS:DATA: 14/03/2019  
SETOR: 06-SUTURA

HORA: 01:48 USUARIO: ACSSANTOS

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE WELLINGTON DA COSTA  
IDADE.....: 42 ANOS NASC: 21/02/1977  
ENDERECO.....: POV QUIXABA  
COMPLEMENTO.....: BAIRRO:  
MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA DA GLORIA  
NOME PAI/MAE...: JOAO GONZAGA DA COSTA  
RESPONSAVEL....: O PROPRIO  
PROCEDENCIA....: NOSSA SENHORA DA GLORIA  
ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)  
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO  
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

DOC....: 30600499  
SEXO...: MASCULINO  
NUMERO:UF: SE CEP....: 49680-000  
/JUDITE RAIMUNDO DOSS ANTOS  
TEL....:

TRAUMA: NAO

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

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

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

## DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

trazido pelo Samu em protocolo de trauma. c/ relato de queda de moto. c/ lesão capitec que secciona. Refere dor em M.D. No exame: Vias aéreas patentes, não há hemiparesia. Ar. RV + RHT SIM, normocárdico, eufórico, normotenso, s/ sangramento. ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM: externa. Abdom. flácido, insensível D.B. Refere estresse. ECG IS. RITM. (E) fcc em supino e 1º grau. Sinais de fratura em tórax e M.M.S. fratura em antebraço.

DIAGNOSTICO: Poltrauma

CID:

## PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

① Oxigeno 4L O<sub>2</sub>.

② Imx cervical, tomar ap. Ref. Bacia.

③ Av. Outoprens.

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. PAT

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CRM DO MEDICO

HUSE  
ELETROCARDIOGRAMA  
EXAMES(S) REALIZADO(S)  
DATA: 14/03/19  
HORARIO: 09:30  
TECNICO: CFH

Dr. Luiz Carlos Cavalcante Filho  
Médico  
CRM-SE 51490

Re: Cataplexia (02:45)

Re com BOM Estado mental referindo episódios  
durando no contínuo (10). Níveis alt. no MNT, com  
Cortisol, Baci e MSE. Presença de Eucromia purpúrea na  
mão (10).

Re: Eucromia da cor da pele (10)

Re: Tuba seita plasmática (10)

Eucromia p/ tto Cirurgico.

Intervenção p/ progressão de tto cirúrgico.

DR. MARCIO M. ROCHA  
Ortopedia / Traumatologia  
Cirurgia do Pé e do Tornozelo  
CRM-SE 3592 / TROF 10723



UNIDADE DE ORIGEM

HOSPITAL REGIONAL GOV. JOÃO ALVES FILHO - N. S<sup>a</sup> DA GLÓRIA/SE

UNIDADE PARA REFERÊNCIA

HUSE - Uld. T. Lucas - Canga da Maria

ENDEREÇO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA

ESTAMOS ENCAMINHANDO O PACIENTE

João Wellington da Costa

SEXO

M

NASCIDO EM

4 Jan

MATRÍCULA

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

MOTIVO DA CONSULTA / IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS OU PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Paciente com Falta de Oxição do Ardo e Uldas  
de Sinal de Judo, qto fudo de Mudanças  
Uldas, Cansa, mudo, flegas / 5  
Rx de Sinal de Judo

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

Medic. Uldas  
Sinal de Judo

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Avaliação e Uldas de Canga

DATA DO ENCAMINHAMENTO

13/3/64

Jorge Luiz Gonzaga Amorim  
Clínica Médica  
CRMSE 3624

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Paciente: JOSE Wellington da Costa.  
Diagnóstico: Fratura exposta ANTEBRANÇO (D).

Data: 19/03/19

## PRESCRIÇÃO

Dieta oral livre.

SFO, 5% 1.000 me brn 24/10.

Keftm ycu 6-6 NS on Keftm ycu 8-8 NS

Entalpie 240 kJ/mol

Quantidade 50 m e v 12-12/15.

Photo red 100 m cv 12-12110.

Таблица 100 м. ev 22-12/40

Please 10 mg & 8 BLU, 20 mm cmts de Thonul

Depinthe 1/2 4-4ms

Christo Diano

CC notes GG Rev

Leonardo Montalvo de Carvalho  
Médico  
CRM: 0005633

~~Igor Sena Pereira~~  
~~Intensivista~~  
~~COREN 13E-230003-FNER~~

**Dr. Antonio Franco Cabral**  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM 880

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



**EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO MÉDICA** DATA 20/3/2019

NOME: JOSE WELINGTON DA COSTA

ALA: UPC

LEITO: 27

GÊNERO:

IDADE:

DIAGNÓSTICOS:

Fx ossos do Antebraço

EVOLUÇÃO MÉDICA: PRÉ-DE ESQUELETO, QUEIXA-SE DE DO  
FOR LIMP, DISCRETA GECERAO ANOMALIA  
COB VCM6!!

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta VO LIVRE	
2	AVP PERVO	SMS
3	Keflin 1g, IV, 6h/6h OU Kefazol 1g, IV, 8h/8h	Em uso
4	Ranitidina, 02 mL + 18 mL AD, IV, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, IV, às 6:00	14 22 08
5	Dipirona, 02 mL + 08 mL AD, IV, 6h/6h	06
6	Profenid, 01 ampola IV + 100mL SF0,9%, 12h/12h	12 18 24 06
7	Tramal 100mg + 250 ml SF0,9, IV, 8h/8h	12 24
8	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia	SOS
9	Bromoprida, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos	20
10	Glicemia capilar, 6h/6h, se diabético	SOS
11	Insulina regular, conforme glicemia:	
12	<200 = 0 251 – 300 = 4U 351 – 400 = 8U	
13	201 – 250 = 2U 301 – 350 = 6U > 400 = 10U	
14	Glicose 25%, 40ml, IV, se glicemia < 70	
15	Captopril 25mg, VO, se PAS > 180mmHg ou PAD > 110mmHg	SOS
16	CCGG + SSVV 6h/6h	SOS
17	Gentamicina 240mg, EV, 1x/dia	Relatório
18	CURATIVO DIÁRIO 1X/DIA	00
19	<u>SOLATO RX DE CATEDRA</u>	11 20
20		1004
21		
22		
23		

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





GOVERNO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



Fundação  
Hospitalar  
de Saúde

## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

### FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: Per Wallyton do Costa  
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fístula do Ovario da tuberculose  
CIRURGIA REALIZADA: Ovariotomia  
CIRURGIÃO: Dr. Andrei Siqueira  
AUXILIARES: Dr. Adilson Viana  
ANESTESIA: Bloqueio ANESTESISTA: Dr. Djalma  
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

( ) CIRURGIA LIMPA (X) 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

#### DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. Paciente em decúbito dorsal
2. Anestesia, Antiseptico
3. Cefalosporina
4. Enxerto de pele, 10x10cm
5. Incisão vertical com 10cm por pluma
6. Identificação da Fístula de Ovario
7. Ressecção e Fixação com sutura
8. Incisão vertical do abdome com 10cm por pluma
9. Identificação do Foco de Infecção de Ovario
10. Ressecção e Fixação com sutura
11. Sutura por pluma
12. Cauterização
13. Aut. verbal do Toxiquete

DATA: 1/1/

Assinatura do Cirurgião

4 - incisão vertical sobre o local da fístula



SONDAS - DRENOS - CÂNULAS									
SNG Nº:		SNE Nº:		FOGARTY Nº:		TRAQUEÓSTOMO Nº:		GUEDEL Nº:	
DRENOS		SUÇÃO Nº:		TÓRAX Nº:		PIZZER Nº:		PENROSE Nº:	
		ABDOMINAL Nº:		OUTROS				KHER Nº:	
PASSAGEM DA SONDA FOLLEY		SEM RESTRIÇÃO		COM RESTRIÇÃO		VIAS Nº:			
FOLLEY Nº:		FOLLEY SILICONE Nº:		SONDA NELATON (URETRAL) Nº:					
PASSADO POR				ANATOMO PATOLÓGICO Nº PEÇAS					

SINAIS VITAIS			
FC (BPM)	96	15:00	16:00
SpO2 (%)	100%	104	106
EPCO2 (mmHg)	191 x 85	100%	100%
PA (mmHg)		132 x 76	172 x 85
PAI (mmHg)			
FR (RPM)	28	24	25
TEMP (°C)			

## ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

REGISTRO

ASSINATURA

13:30 Paciente admitida em SO - enfermeiro, com  
 14:30 Exame físico, apresentando, oligúria, náuseas, vômitos, dor abdominal, febre, hipotensão, taquicardia, em uso de  
 15:30 Início do bloqueio do plexo  
 16:30 Fim do tratamento e curativos

*Alexandre*  
*Alexandre*

**INVESTPREV**  
 09 JUL 2019



Relatório

João de Jesus Wellington da  
Costa sofreu acidente no trabalho  
no dia 19/03/13 sofreu  
fratura do antebraço D  
sendo submetido a tratamento  
cirúrgico

filando com gesso para reabilitar  
braço e pegar peso.

Hoje encontra-se em Alta Médica  
CM: 592

Aguinaldo Anselmo da Cruz  
Clínica Médica  
CREMESP: SE 0481  
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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACÃO

SE

NOME  
JOSE WELLINGTON DA COSTA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSORA  
30600499 SSP SE

CPF  
000.394.445-03 DATA DO COMEÇO  
21/02/1977

FILIAÇÃO  
JOAO GOMES DA COSTA  
JUDITE RAIMUNDO DOS SANTOS

PERMISSÃO  
B  
ACC  
B  
CATEGORIA  
A

NP REGISTRO  
00528083070 VALIDEZ  
25/04/2024 IPHABILITACÃO  
10/09/1998

OBSERVAÇÕES  
SEM OBSERVAÇÃO;

ASSINATURA DO PORTADOR  
JOSE WELLINGTON DA COSTA

LOCAL  
ARACAJU, SE DATA DE EMISSÃO  
03/05/2019

ASSINATURA DO EMISOR  
Abner Melo Silva  
DIRETOR PRESIDENTE  
80322442700  
88022234004

SENGIPE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1833243794

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1833243794

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:	Nome completo da vítima:	
	000.394.445-03	Jorge Wellington Da Costa	
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>			
Nome completo:	CPF:		
Jorge Wellington Da Costa	000.394.445-03		
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Jaracá	Rua Quaseabra	519	casca
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Zona rural	N. Sa. Da Gloria	SE	29.680-000
E-mail:	Tel (DDD):		
marcondesgloria@gmail.com	79-99189207		

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

## RENTA 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: 0612 2 CONTA: 22709 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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, N. Sa. Da Gloria 02-07-19

Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

INVESTPREV

Assinatura

2ª | 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 Polícia: 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	Meio(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

Endereço

Município: Nossa Senhora da Glória - SE  
Logradouro: POV QUIXABA  
Complemento: CASA  
Bairro: ZONA RURAL  
Telefone: (79) 99800-5968 (Celular)

Nº: SN

CEP: 49.680-000

INVESTPREV

09 JUL 2019

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



Delegado de Polícia Civil: Samuel Souza de Brito Oliveira  
Impresso por: Alfredo José de Oliveira Madeiro  
Data de Impressão: 02/07/2019 15:44  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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  
Escritão de Polícia  
Responsável pelo Atendimento

  
JOSE WELLINGTON DA COSTA  
(Vítima / Comunicante)

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

INVESTPREV

09 JUL 2019

210

# FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO

PRONTUÁRIO: 408005 TURNO: M( ) T( ) N( ) HORA: 22:22  
NOME: Jose Wellington da Costa DATA: 13/02/95  
ENDEREÇO: Rua. Quixaba - Glória SEXO: M( ) F( )  
IDENTIDADE: - NASCIMENTO: 21/02/1977  
TEL: 99953-5901  
MÃE: Judite Raimunda dos Santos  
PAI: João Gonzaga da Costa  
RESPONSÁVEL: Jose / Marcela Santos  
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:

João Luiz Gonzaga da Costa  
Médico  
CRM 3624