

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: 24/03/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LAELSON DE JESUS SANTANA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03570

CONTA: 00000007176-5

Nr. da Autenticação BEE10C369F675A78

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150109972
Vítima: LAELSON DE JESUS SANTANA

Cidade: Aracaju
Data do acidente: 18/11/2012

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA MEMBRO INFERIOR DIREITO

Descrição do exame LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO
médico pericial:

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/03/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Manoel O Nascimento Jr

CRM do médico: 1827

UF do CRM do médico: SE

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: MARCUS VINICIUS CARVALHO FREIRE

CRM do médico: 21102

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



Seguradora Líder - DPVAT



Rio de Janeiro, 31 de Março de 2015

Carta n°: 6667310

A/C: LAELSON DE JESUS SANTANA

Sinistro: 3150109972
Vitima: LAELSON DE JESUS SANTANA
Data Acidente: 18/11/2012
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: LAELSON DE JESUS SANTANA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003570

Conta: 000007176-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

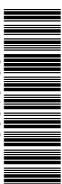
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Laelson de Jesus Santana
Endereço do(a) Examinado(a): Avenida Melício Machado, 325
Atalaia Aracaju SE CEP: 49037-440
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 2.365.740-5
Data local do exame: [18/03/2015] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

EXTENSO FERIMENTO NA PANTURRILHA À DIREITA.
AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MARCHA CLAUDICANTE (+/+4), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA IRREGULAR E RETRAÍDA NA FACE LATERAL DA Perna COM PERDA DE SUBSTÂNCIA (TECIDO) NA PANTURRILHA, FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA (+/+4).
O PERICIADO REFERE PARESTESIA E EDEMA NA Perna E TORNOZELO.

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja “Não”, favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja “Não”, prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

O PERICIADO FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 18/11/2012 E RECEBEU ALTA NO DIA 19/11/2012. O QUADRO FOI TRATADO COM CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA E ROTAÇÃO DE RETALHO, HOUVE NECROSE DO FERIMENTO SENDO REALIZADO DESBRIDAMENTOS CIRÚRGICOS E CICATRIZAÇÃO PÓR 2^a INTENÇÃO, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim () Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Caso a resposta seja “Não”, concluir dentre as opções no item IV “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item IV opções “b” ou “c”

- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() “Vítima em tratamento”

() “Sem sequela permanente”

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() “Exame não permite conclusão”

Vide motivo do impedimento no campo das observações

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR DIREITO

% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = “100% da IS”

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Manoel Otacílio Nascimento Junior
Manoel Otacílio Nascimento Junior
Clínica e Auditório Médico
CRM 1827



MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

DATA DO ENVIO

NO. DO BE: 726089

DATA: 18/11/2012

HORA: 23:44

USUARIO: KJSDDORES

CNS: 162067214000004

SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : LAELSON DE JESUS SANTANA

DOC...: 2365740

IDADE....: 23 ANOS NASC: 13/01/1989

SEXO..: MASCULI

ENDERECO....: RUA CAMPOS

NUMERO: 75

COMPLEMENTO....: CJ JOAO ALVES BAIRRO: TAICOCA

MUNICIPIO....: NOSSA SENHORA DO SOCORRO

UF: SE CEP...:

NOME PAI/MAE...: JOSE MANOEL DE SANTANA

/CRISTINA DE JESUS BENTO

RESPONSAVEL....:

SEGURTEL...: 3254126

PROCEDENCIA....: TAICOCA DE FORA

ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO

CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: 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: Paciente vítima DATA PRIMEIROS SINTOMAS:
Acidente motociclistico com lesão em Parva D. Nasal
Sofre de toracalgia; c. 88 min; D. Alargada 15; E. Leve em
Parva D.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

Nas alterações neuromotoras

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICAC

- (1) Dto. n.1 oral cr + sifone 1aag. no fco.
 (2) Kg/hm 1aag + 1g. de kifazol.
 (3) AT 01aag. fm

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. PA

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Realizado sutura do FCC m peine direta.

Toxopeus nego queimaduras abdominais.

Alta hospitalar c/ medicacao e orientações.





GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Faelson de Jesus Santana

DATA DA ENTRADA: 18/11/2012

DATA DA SAÍDA: 19/11/2012

INTERNAMENTO: PS() ENFERMARIA() UTI()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente vítima de acidente de trânsito, deu entrada no HUSe com ferida corto-contusa na perna direita. Foi medicado, suturado e recebeu alta hospitalar com orientações.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr Thiago Lima Ferreira - CRM 3794

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

ARACAJU, 4 de junho de 2014

felma - CRM 1532

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário.

Xa. Sônia T. da C.S. Mendes
Pediatra
CRM 1532



Lima Rodrigues
(3189)
Cirurgia do Quadril

Franco Cabral
(880)
Rumatologia / Cirurgia

al Moraes
(0 23382)
Mão / Dor

Rocha Melo
(2232)
Cirurgia do Joelho

po de Andrade
(1295)
Ortopedias Fraturas

abral Duarte
(4103)
Mão do Ombro e Cotovelo

lo de Vasconcelos
(3268)
Cirurgia do Joelho

a Carvalho Filho
(711)
urgia do Joelho / Video
scopia

m Albuquerque II
(4224)
Rumatologia / Cirurgia
joelho

Siqueira Santana
(2213)
Ortopedia Pediátrica

ar Siqueira Santana
(2481)
mento e Reconstrução
skeletal

Anjos Bourbon
(713)
ngia / Cirurgia do Joelho

uedes de Oliveira
(2091)
mento e Reconstrução
skeletal

Oliveiro Júnior
(3191)
Cirurgia do Joelho

do Andrade
(804)
urgia do Tornozelo e Pé

Masayuki Ishii
(2776)
Cirurgia da Coluna
a e Dor

Moura Rocha
(3592)
ia do Joelho, Tornozelo
Pé

Ishii
(1276)
rgia do Joelho / Video
/ Acupuntura

Ribeira Santiago
(2598)
Cirurgia do Quadril

do de Lima Júnior
(3726)
Cirurgia da Coluna

abral de Melo
(3385)
ia do Ombro e Cotovelo

Mendonça Cardoso
(1277)
Medicina Desportiva
/ Video Artroscopia

is Pinheiro Júnior
(3036)
Membros Superiores

SABEM I SEGURAL
13 AGO. 2014



Relatório M

IRADORES ANEIR (PRONTO
ORTOP

OSR. Lelson de Jesus Souza
25 anos de idade, colidiu
com a moto em outro motociclista
chacote e cair ao solo em
2012.

Em consequência do acidente
sofreu fratura Colônia Lateral
teus de 18 cm na face lateral
do pescoço D.

Atendido no Huse, foi realizada
lange cirúrgica + sutura
ecolisea c/ necrose do retalho
cicatrização por 2º intencão



Lima Rodrigues
(3189)
Cirurgia do Quadril

Franco Cabral
(3880)
Umautologia / Cirurgia

Al Moraes
(0 23380)
Dor / Dor

Rocha Melo
(2232)
Cirurgia do Joelho

João de Andrade
(1295)
Ortopedista Fraturas

Abraão Duarte
(4163)
Dor do Ombro e Cotovelo

de Vasconcelos
(3258)
Cirurgia do Joelho

Carvalho Filho
(4711)
Cirurgia do Joelho / Vídeo
scopia

N Albuquerque II
(4224)
Umautologia / Cirurgia
Oftalo

Siqueira Santana
(2213)
Ortopedia Pediátrica

Dr Siqueira Santana
(2481)
Cirurgia e Reconstrução
de ossos

Anjos Bourbon
(4713)
Cirurgia / Cirurgia do Joelho

Jeddes de Oliveira
(2091)
Cirurgia e Reconstrução
de ossos

Oliveira Júnior
(3191)
Cirurgia do Joelho

João Andrade
(4804)
Cirurgia do Tornozelo e Pés

Masayuki Ishi
(2776)
Cirurgia da Coluna
e Dor

Moura Rocha
(3592)
Dor do Joelho, Tornozelo
Pés

Ishii Yuki
(1276)
Cirurgia do Joelho / Vídeo
/ Acupuntura

Iválio Santiago
(2598)
Cirurgia do Quadril

João de Lima Júnior
(3725)
Cirurgia da Coluna

Abraão de Melo
(4385)
Dor do Ombro e Cotovelo

Mendonça Cardoso
(1277)
Medicina Desportiva
/ Vídeo Artroscopia

Pinheiro Júnior
(3036)
Membros Superiores

SABEMI SEGURADORA S/A.



13 AGO. 2014

PRONTO
ORTOP

A respeito dos procedimentos
Coronar Sequeiros definitivos
julgados o paciente, e
abertos relacionados.

(a) Cicatriz retrótil e frangida
esterno na perna

(b) Dor na perna exposta
mesmo no repouso.

(c) Hipersensibilidade local

Assassinado 11/07/2014
Hulé

Dr. Masayuki Ishi
Médico Ortopedista
/ CRM: 1276





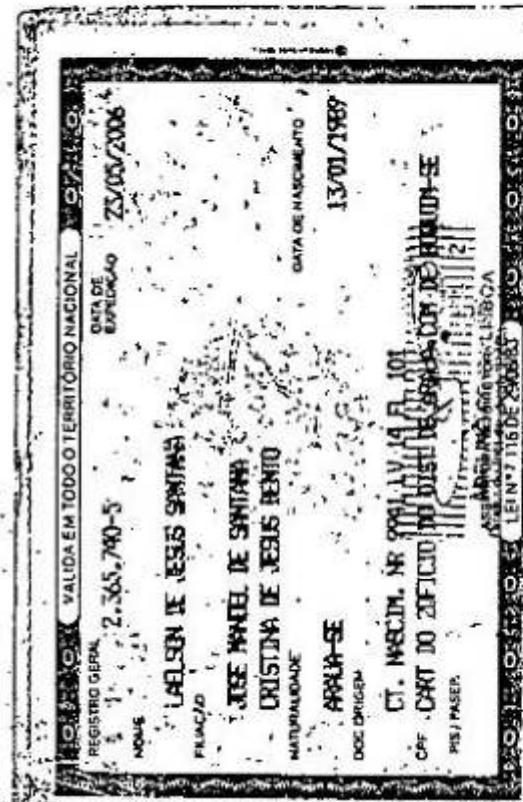
SABEM/SEGURADORA S/A

13 AGO. 2014

RIO DE JANEIRO

*1004037

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

SABEMISSEGURADORA S/A.
13 AGO. 2014
RIO DE JANEIRO

Nº do CPF: 051.387.385-69

Nome da Pessoa Física: LAELSON DE JESUS SANTANA

Situação Cadastral: REGULAR

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 08:58:48 do dia 08/08/2014 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: CEFC.80B9.B933.A69B

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039

Nº DO SINISTRO _____



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da Indenização no banco.

EU, Leidson de Jesus SantanaPORTADOR(A) DO RG N° 2366740-5 EXPEDIDO POR _____ EM _____CPF 0513187386-69 / CNPJ _____ PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos relacionados **não devem** de forma alguma ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMILIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ – nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPIANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível na endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL OU CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3570 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 7176-5
(C.F. C13)

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Aracaju, 23 de Janeiro de 2015
LOCAL E DATA

Leidson de Jesus Santana
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO _____

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$ 13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-022121.





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA DE SERGIPE
SUPERINTENDÊNCIA DE POLÍCIA CIVIL SERGIPE
DELEGACIA INTERATIVA

Boletim de Ocorrência N°: 196142
 Data de Registro: 01/08/2014 15:21:47

Situação: PENDENTE

(Este BO ainda não foi validado, favor tentar novamente mais tarde)

ITEM DA OCORRÊNCIA

Data: 18/11/2012 Período: NOITE (18:00 - 23:59)

LOCAL DO FATO

Endereço: AV. SÃO PAULO Número: Bairro: Cidade: ARACAJU / SE

Ponto de Referência:

DECLARANTE

Nome: LAELSON DE JESUS SANTANA

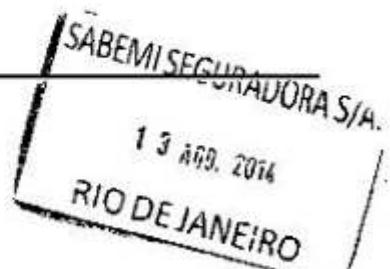
Nome Mãe: CRISTINA DE JESUS BENTO

Data de Nascimento: 13/01/1989 Naturalidade: ARAUÁ Natural de: SE Profissão:

Telefone de Contato: (79)9827-1240 Ramal:

RG: 23657405 Órgão emissor: SSP-SE Estado Emissor: SE Data de Expedição: 23/05/2006

CPF: 05138738569



LOGRADOURO

Endereço: AV. MELICIO MACHADO Número: 325 Bairro: ARUANA

CEP: 49037440 Cidade: ARACAJU / SE

DADOS DO VEÍCULO

Ano: 2008 Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN Placa: IAF 0976 Chassi: 9C2JC30708R2 Possui Seguro:

NÃO Cor: PRETO

BREVE DESCRIÇÃO DO FATO:

RELATA O NOTICIANTE QUE PILOTAVA O VEÍCULO DE PLACA IAF 0976 EM NOME DE JOSÉ ALINILSON JESUS SANTANA QUANDO EM DETERMINADO PONTO DO TRAJETO UM PEDESTRE ATRAVESSOU O SEU CAMINHO DE FORMA INDÉVIDA, O QUE LEVOU O NOTICIANTE A PERDER O CONTROLE DO VEÍCULO VINDO CONSEQUENTEMENTE A CAIR E SOFRER LESÕES.

Laelson de Jesus Santana



DECLARAÇÃO DE A

CERTIDAO DE INEXISTENCIA DE IML

1004029



Eu, LAELSON DE JESUS SANTANA, portador da carteira de identidade nº 2365740-5 e inscrito no CPF/MF sob o nº 051387385-69, residente e domiciliado na AV. MELÍCIO MACHADO, 325, ARACAJU, Cidade ARACAJU, Estado SERGIPE, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Laelson de Jesus Santana

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

ARACAJU-SE, 08/08/2014

Local e data





DE VIGILANCIA E DEMONSTRATIVA

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

ENVIO

NO. DO BE: 726089 DATA: 18/11/2012 HORA: 23:44 USUARIO: KJSDDORES
 CNS: 162067214000004 SETOR: 06-SUTURA



IDENTIFICACAO DO PACIENTE		DOC...: 23657
NOME.....: LAELSON DE JESUS SANTANA	IDADE....: 23 ANOS NASC: 13/01/1989	SEXO...: MASCULINO
ENDERECO....: RUA CAMPOS	COMPLEMENTO...: CJ JOAO ALVES	NUMERO: 75
MUNICIPIO....: NOSSA SENHORA DO SOCORRO	BAIRRO: TAICOCA	UF: SE CEP...:
NOME PAI/MAE.: JOSE MANOEL DE SANTANA		/CRISTINA DE JESUS BENTO
RESPONSAVEL...:		TEL...: 32541
PROCEDENCIA...: TAICOCA DE FORA		
ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO		
CASO POLICIAL.: NAO	PLANO DE SAUDE....: NAO	TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO	VEIO DE AMBULANCIA: SIM	

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

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

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

DADOS CLINICOS: Paciente vítima de DATA PRIMEIROS SINTOMAS:
 Acidente motociclistico. A. Unha de ferro em Perna D. Fratura
 b. Fractura de tórax; c. BB gás; d. C. 15 cm; B. Boa C.
 Perna D.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

Nega lesão nos membros

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESRICAO

HORARIO DA MEDICAÇÃO

*(1) Dofazol 200mg + Diphenox 10mg no horo
 (2) Ketorolac 10mg + lg. de líquido
 (3) at Olhos. Em*

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. P.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

*Realizado setor de FCC em plena clínica.
 Trauma negr queimaduras ou abrasões.
 Alta hospitalar c/medicação e orientações.*

