

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: 000000007176-5

Nr. da Autenticação BEE10C369F675A78

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150109972 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LAELSON DE JESUS SANTANA **Data do acidente:** 18/11/2012 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA MEMBRO INFERIOR DIREITO

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

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:



Rio de Janeiro, 31 de Março de 2015

Carta nº: 6667310

A/C: LAELSON DE JESUS SANTANA

Sinistro: 3150109972
Vítima: 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 CIRURGICA
IRREGULAR E RETRAÍDA NA FACE LATERAL DA PERNA COM PERDA DE SUBSTANCIA (TECIDO) NA
PANTURRILHA, FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA (+/+4).
O PERICÍADO 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 PERICÍADO 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, HOUE NECROSE DO FERIMENTO
SENDO REALIZADO DESBRIDAMENTOS CIRÚRGICOS E CICATRIZAÇÃO POR 2ª 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR DIREITO

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

% 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 Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827



JULHO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME : LAELSON DE JESUS SANTANA

DOC...: 2365740

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

SEXO...: MASCULINO

ENDEREÇO...: RUA CAMPOS

NUMERO: 75

COMPLEMENTO...: CJ JOAO ALVES BAIRRO: TAICOCA

MUNICÍPIO...: NOSSA SENHORA DO SOCORRO

UF: SE CEP...:

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

/CRISTINA DE JESUS BENTO

RESPONSÁVEL...:

TEL...: 3254126

PROCEDÊNCIA...: 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:

[] RAIO X

[] SANGUE

[] URINA

[] TC

[] LIQUOR

[] ECG

[] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLÍNICOS: Paciente vítima

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 18/11/2012

Acidente motociclistico. Lesões em tórax, abdome e membros superiores. B. Boa C. Alta hospitalar. D. Alagor 15; E. Lesões em tórax e abdome.

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

Nesta situação não é recomendada

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MEDICAC

(1) 100mg de paracetamol 4x ao dia

(2) 100mg de ibuprofeno 3x ao dia

(3) 100mg de clonazepam 1x ao dia

(4)

DATA DA SAÍDA: / /

HORA DA SAÍDA:

ALTA: [] DECISÃO MÉDICA [] A PEDIDO

[] EVASÃO

[] DESISTÊNCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATÉ 48HS [] APÓS 48HS

[] FAMÍLIA

[] IML

[] ANAT. PA

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Realizado sutura do FCC em punho direito.
Também feita queimadura torácica e abdominal.
Alta hospitalar com medicação e orientações.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

RELATÓRIO MÉDICO

Fundação
Hospitalar
de Saúde



NOME DO PACIENTE: Isaelson 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 (X) TRANSFERIDO () ÓBITO ()

ARACAJU, 4 de junho de 2014

Selma - CRM 1532

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário.

Dr. Selma T. de C.S. Mendes
Pediatra
CRM 1582

SABEMI SEGURADORA
13 AGO. 2014

1300 DE

PRONTO
ORTOP

Relatório Médico

O Sr. Loelson de Jesus
25 anos de idade, Colidido
em bicicleta em outras máquinas
chute e cair ao solo em
2012.

Em Contusão do lado
sobre fratura Costo Vertebral
T12 de ± 18 mm no face lateral
do nervo D.

Atendido no HUSC, foi realizado
limpeza cirúrgica + sutura
Evoluiu com necrose do retalho
Cicatrização por 2ª intenção

Luís Rodrigues
3189)
Cirurgia do Quadril

Franco Cabral
1880)
Ortopedia / Cirurgia

Al Moura
0 23382)
Ortopedia / Dor

Rocha Melo
2232)
Cirurgia do Joelho

João de Andrade
1295)
Ortopedia Fraturas

Abel Duarte
4163)
Ortopedia do Ombro e Cotovelo

João de Vasconcelos
3258)
Cirurgia do Joelho

João Carvalho Filho
4711)
Ortopedia do Joelho / Video
scopia

João Albuquerque Jr
4224)
Ortopedia / Cirurgia do
Joelho

Siqueira Santana
2213)
Ortopedia Pediátrica

João Siqueira Santana
2481)
Ortopedia e Reconstrução
do Joelho

Anjos Bourbon
4713)
Ortopedia / Cirurgia do Joelho

João de Oliveira
2091)
Ortopedia e Reconstrução
do Joelho

João de Oliveira Júnior
3191)
Cirurgia do Joelho

João de Andrade
4804)
Ortopedia do Tornozelo e Pé

Masayuki Ishi
1276)
Cirurgia da Coluna
e Dor

Moura Rocha
3592)
Ortopedia do Joelho, Tornozelo
e Pé

Masayuki Ishi
1276)
Cirurgia do Joelho / Video
/ Acupuntura

João de Santiago
2598)
Cirurgia do Quadril

João de Lima Júnior
13725)
Cirurgia da Coluna

Abel de Melo
43385)
Ortopedia do Ombro e Cotovelo

Mendonça Cardoso
1277)
Medicina Desportiva
/ Video Artroscopia

João de Pinheiro Júnior
13036)
Ortopedia Membros Superiores

SABEMI SEGURODORA S/A.

13 AGO. 2014

RIO DE JANEIRO

PRONTO
ORTOP

fibrose e quelóide

Apesar dos procedimentos,
coram sequelas definitivas
incômodas o paciente, e
abaixo relacionados.

(a) Cicatriz retrátil triangular
esterna na perna

(b) Dor na perna expor-
tando no repouso

(c) Hipersensibilidade local

Assinatura 11/07/2014
Dr. Masayuki Ishi
Médico Ortopedista
CRM: 1276

SABEMI/SEGURADORA S/A
13 APO. 2014
RIO DE JANEIRO

*1004037

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA
COORDENADORIA GERAL DE POLICIAS
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO - DR. CARLOS MENDES

Assinatura de Nelson de Jesus Santana

Policial Direito

Carteira de Identidade

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.365.790-5
NOME LAELSON DE JESUS SANTANA
FILACAO JOSE MANOEL DE SANTANA
NATURALIDADE CRISTINA DE JESUS MENDO
APPLA-SE
CT. NASCIM. NR 9991.11.19.101
CPF CART DO EXERCICIO NO DIST DE SERGIPE DO RJ
PIS / PASEP
DATA DE NASCIMENTO 13/01/1989
DATA DE EXPIRACAO 23/05/2006
LEI Nº 116 DE 2005



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF



Nº do CPF: 051.387.385-69

Nome da Pessoa Física: LAELSON DE JESUS SANTANA

Situação Cadastral: REGULAR

Digito 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, LAELSON DE JESUS SANTANA

PORTADOR(A) DO RG Nº

2363740-5

EXPEDIDO POR

EM

CPF

0151131873185-69

CNPJ

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 FAMÍLIA, 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 POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no 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 POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL OU CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO

Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)

Nº da CONTA (com dígito, se existir)

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

ARACAJU-SE, 23 de JANEIRO de 2015

LOCAL E DATA

Laelson 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 0800-022120.





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

Boletim de Ocorrência Nº: 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)8827-1240 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 INDEVIDA, 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

CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML

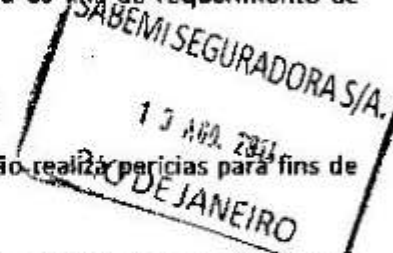


1004029



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. MELICIO MACHADO, 325, ARUANA 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:

- ☒ 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





MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 726089

DATA: 18/11/2012

HORA: 23:44

USUARIO: KJSDDORES

CNS: 162067214000004

SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME : LAELSON DE JESUS SANTANA

DOC...: 23657

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

SEXO...: MASCULINO

ENDEREÇO...: 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

RESPONSÁVEL...:

TEL...: 32541

PROCEDÊNCIA...: TAICOCA DE FORA

ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO

CASO POLICIAL...: NAO

PLANO DE SAÚDE...: NAO

TRAUMA: NAO

ACID. TRABALHO: NAO

VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA: [X] mmHg

PULSO: []

TEMP.: []

PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES:

[] RAIO X

[] SANGUE

[] URINA

[] T

[] LIQUOR

[] ECG

[] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS: Paciente vítima de acidente motociclistico DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 18/11/2012

Autore motociclistico. Acidente com Panna D. Hs. 18/11/2012. Lesões torácicas; C. 88gim; D. Alagor 15; C. 64gim Panna D.

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

NEGA Alergia por medicamento

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MEDICAÇÃO

1) Dose 91. 100ml de 10mg. no 1º dia

2) Ketorolaco 10mg + 1g de Kefzol

3) AT 01mg. 1ml

DATA DA SAÍDA: / /

ALTA: [] DECISÃO MÉDICA [] A PEDIDO

[] EVASÃO

HORA DA SAÍDA:

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

[] DESISTÊNCIA

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERÊNCIA (UNIDADE DE SAÚDE):

OBITO: [] ATÉ 48HS [] APÓS 48HS

[] FAMÍLIA

[] IML

[] ANAT. P.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Realizado sutura do FCC em punho direito.
 Prescreve med. quimioterápicas e analgésicas.
 Alta hospitalar c/ medicação e orientações.

