

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1769-8

CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:

16/03/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BRENO GABRIEL GUIMARAES SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03303

CONTA: 000000021357-1

Nr. da Autenticação 0572BC78F22B97F2

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 21 de Março de 2021

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3210038436**

Vítima: BRENO GABRIEL GUIMARAES SANTOS

Data do Acidente: 19/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), BRENO GABRIEL GUIMARAES SANTOS

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: BRENO GABRIEL GUIMARAES SANTOS

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000003303

Conta: 0000021357-1

Tipo: CONTA CORRENTE

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, retorno 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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210038436 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRENO GABRIEL GUIMARAES SANTOS **Data do acidente:** 19/04/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DE PATELA A ESQUERDA

Descrição do exame físico: Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho normal, flexão aos 40°, extensão aos 50°, presença de derrames articulares, presença de atrofias no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no joelho esquerdo.

Resultados terapêuticos: PERICIADO VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X MOTO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 19/04/2020, FOI REALIZADO IMOBILIZAÇÃO GESELLA E AGENDADO A CIRURGIA, RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO MESMO DIA, FOI FEITO NOVO INTERNAMENTO EM 12/05/2020 PARA SER SUBMETIDA A REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA COM 02 FIOS DE KIRSCHNER E 01 FIO DE AÇO (CERCLAGEM), RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO DIA 20/05/2020, FICOU SENDO ACOMPANHADO EM NÍVEL AMBULATORIAL PELA ORTOPEDIA, SENDO REALIZADO NESTE PERÍODO SESSÕES DE FISIOTERAPIA MOTORA, RECEBEU ALTA DEFINITIVA EM 07/09/2020, (INFORMADO PELA PERICIADO, SEM COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL). O QUADRO EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelas permanentes: Joelho Esquerdo - Intenso - 75%

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 05/03/2021

Conduta mantida:

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 joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
090-029-675-57 Breno Gabriel Guimaraes Santos

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 090-029-675-57
7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
Jardineiro Rua Miguel de Barros 620 Casa
11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
Olimpia N. Sra. da Glória SE 99080-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 79999389204
brenosdglorai@gmail.com

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Cäbä Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
Nome do BANCO: Caixa

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: (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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos? 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha:

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data, Nossa Senhora da Glória 01/02/2021

Breno Gabriel Guimaraes Soárez

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

p.89
FPE-001 V002/2019

TESTEMUNHAS

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00008496/2021

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 28/01/2021 09:02:47 Data/Hora Fim: 28/01/2021 09:57:20
 Origem: Órgão: Polícia Judiciária Tipo Documento: Relatório de Atendimento
 Delegado de Polícia: Murilo de Oliveira Gouveia

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Regional de Nossa Senhora da Glória Aisp

Data/Hora do Fato: 19/04/2020 10:46

Local do Fato

Município: Nossa Senhora da Glória (SE)

Bairro: Povoado

Logradouro: Povoado Baixa Limpia

Nº: S/N

CEP: 49.680-000

Ponto de Referência: Na entrada que vai para o Povoado Angico

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: BRENO GABRIEL GUIMARAES SANTOS (COMUNICANTE , VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 17/07/1993 Idade: 27

Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto

Estado Civil: União Estável

Naturalidade: Aracaju - SE

Nome da Mãe: Maria Izabel Guimaraes Santos

Nome do Pai: Edelsio Vieira dos Santos

Documento(s)

CPF: 070.029.675-17

Endereço

Município: Nossa Senhora da Glória - SE

Logradouro: RUA MANOEL DE BARROS

Nº: 620

Complemento: CASA

Bairro: Centro

CEP: 49.680-000

Telefone: (79) 99981-1679 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veiculo

Subgrupo Ciclomotor

CPF/CNPJ do Proprietário 169.920.675-91

Placa HZP5938

Renavam 00706065263

Número do Motor JC25EX013482

Número do Chassi 9C2JC250XWR013482

Ano/Modelo Fabricação 1999/1998

Número da Carroceria 0

Cor VERMELHA



Impresso por: Ivan Lopes de Azevedo Filho

Data de Impressão: 28/01/2021 10:11:50

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA AISP

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00008496/2021

UF Veículo SE
Marca/Modelo HONDA/CG 125 TITAN
Situação Meio Empregado
Situação do Veículo NADA CONSTA

Município Veículo Nossa Senhora da Glória
Veículo Adulterado? Não
Última Atualização Denatran 11/01/2021

Nome Envolvido	Envolvimentos
Breno Gabriel Guimaraes Santos	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Relata o comunicante que no dia citado vinha do Povoado Riachão a sentido a Nossa Senhora da Glória, quando ao se deslocar do Povoado Baixa Limpa para a rodovia que da sentido a Nossa Senhora da Glória se chocou com uma MOTO, que vinha na contramão onde o suposto autor não identificado ocasionou o acidente.

A vítima "Breno Gabriel Guimaraes Santos" chegou sofrer lesões e foi socorrido por uma pessoa de alcunha "Peludo" que passava no local e o socorreu levando ao hospital desta cidade Nossa Senhora da Glória, onde foi atendido pelo medico ortopedista MARIO AUGUSTO F. CRUZ e depois do atendimento a vítima "Breno Gabriel Guimaraes Santos", foi encaminhado para sua residência, onde o paciente aguardaria um telefonema informando o dia da cirurgia para realizar a lesão sofrida da fratura da paleta esquerda, onde chegou a fazer 2 procedimentos cirúrgicos ocasionados pelas lesões ocorridas no acidente. O comunicante relata que veio a esta delegacia prestar um boletim de ocorrência pra dar entrada no DPVAT. É o relato.

ASSINATURAS



Breno Gabriel Guimaraes Santos
Breno Gabriel Guimaraes Santos

Comunicante, Vítima

"Declaro para mim só eu de fato sou (rei/ra) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que em origem, conforme preceituado no artigo 339-Continência Caluniosa e 340-Comunicação Falsa da Crime ou da Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Impresso por: Ivan Lopes de Azevedo Filho
Data de impressão: 26/01/2021 10:11:50

Página 2 de 2
PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

MARIA IZABEL GUIMARAES SANTOS
RUA MIZAIL DE BARROS, 651 - DIVINÉIA
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA / SE CEP: 49880000 (AG: 430)

CPF/CNPJ/IRANI: 556 647 255-81

Shruu CONVENCIONAL BAIKA TENSÃO / Subgrau: B1
Classe: RIB MTC B1 / Subsistema: BAIKA RENDA
Ligação: MONOFÁSICO
Rótulo: 3-430 - 190 - 625 N° Medidor: E5011246400

energisa

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
3/1061044-2

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00010610442

	PRÓXIMA FATURA		DATA DE REFERÊNCIA	R\$ 106,33		CONSUMO	14/12/2020	6,23 kWh
	REFERÊNCIA		DATA	Dez / 2020		PERÍODO	162kWh	MÉDIA CASAL
SITUAÇÃO DE DÉBITOS								

DESCRIITIVO								
CCI	Descrição	Quant.	Tarifa de Tributos	Valor Base Total	ICMS (R\$)	Alq. (R\$)	ICMS Base Calc.	R\$ (R\$) Cofins (R\$)
0601	Consumo 0,830kWh-BR	30	0,243365	7,30	7,30	25	1,82	5,47 0,02 0,17
0601	Consumo -31 a 100kWh-BR	70	0,417180	29,20	29,20	25	7,30	21,78 0,18 0,67
0601	Consumo -101 a 220kWh-BR	42	0,655900	38,78	38,78	25	9,70	29,09 0,19 0,88
0601	Adic. B. Vermelha			2,13	2,13	25	0,53	1,58 0,01 0,05
0610	Subsídio			38,40	38,40	25	9,60	28,80 0,19 0,88
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0807	CONTRIBUÍM PÚBLICA			14,72	0,00	0	0,00	0,00 0,00 0,00
0804	JUROS DE MORA 11/2020			0,45	0,00	0	0,00	0,00 0,00 0,00
0805	MULTA 11/2020			1,80	0,00	0	0,00	0,00 0,00 0,00
0809	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2020			1,47	0,00	0	0,00	0,00 0,00 0,00
0810	Debito 106,33 Dívida			27,73	0,00	0	0,00	0,00 0,00 0,00

CCI: Código de Classificação do Item
Tarifa de Tributos: Até 30kWh: 0,175700 - Até 100kWh: 0,301200 - Até 220kWh: 0,451900
RESERVADO AO FISCO

ced7.88fa.20a6.4568.8b61.1e6a.f1f6.f3a3.

TOTAL: 106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38 88,89 0,57 2,88

106,33 115,82 29,38

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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 SUSEP 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 COAF¹.

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, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Marcos de Oliveira Rosa

inscrito (a) no CPF/CNPJ 020.003.675 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Breno Gabriel Guimaraes Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 041-029-675 / 17,

do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz da Vítima Breno Gabriel Guimaraes Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 070-029-675 / 17, 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 Lider-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 das Silvas</u>	Número:	<u>257</u>	Complemento:	<u>Rosa - 4</u>
Bairro:	<u>Silvas</u>	Cidade:	<u>No. Sra. da Glória</u>	Estado:	<u>SE</u>
E-mail:	<u>marcosdeolivيرا@gmail.com</u>	CEP:	<u>49680,000</u>	Tel.(DDD):	<u>79999389204</u>

Local e Data: Nossa Senhora da Glória 01/02/2021

Marcos de Oliveira Rosa

Assinatura do Declarante



HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

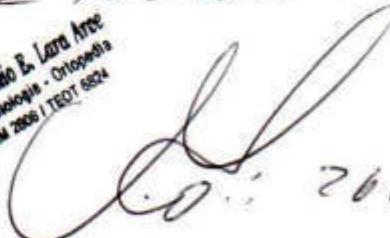
Receituário

BRENO SABER GUINDAIS
SANTOS

RECEITARIO MEDICO
O POUR INVESTIGACAO COM
DIAGNOSTICO DE FRANAS
DA PARETE DA RESPIRAÇÃO
TANTO EXALICO. ASSENTE
C/ FRANAS CONVOLUTAS
E PROBILIDADE

S-820

Dr. Antonio E. Lira Arce
Frenologia - Cricoestata
CRM 2000 / CR01 6224


26/01/21

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

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLORIA

NO. DO BE: 433864

DATA: 19/04/2020 HORA: 10:46 USUARIO: LAOREIS

CNS:

SETOR: 04-SALA DE PROCEDIMENTOS

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: BRENO GABRIEL GUIMARAES SANTOS
 IDADE: 26 ANOS NASC: 17/07/1993
 ENDERECO: PRACA DA IGREJA NOVA
 COMPLEMENTO: CASA BAIRRO: CENTRO
 MUNICIPIO: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE CEP: 49680-000
 NOME PAI/MAE: EDELSIO VIEIRA DOS SANTOS /MARIA IZABEL GUIMARAES SANTO
 RESPONSAVEL: O PROPRIO TEL: 079.9901-38
 PROCEDENCIA: NOSSA SENHORA DA GLORIA-SE
 ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
 CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

DOC...: 2.245,

SEXO...: MASCULINO

NUMERO: 35

38
9981 1/

TEL...: 079.9901-38

TRAUMA: NAO

99645

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: Vítima de violência, DATA PRIMEIROS SINTOMAS: _____

int: Apresenta luxação patelar em MIE.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: luxação na PATELA

CID: 582

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICA

① Encaminhado à ortopedia

② Cefaxolina 2g EV

③ Solução ECG 12s

④ Cetoprofeno 500mg

Dr. Mano Augusto P. Cruz
Ortopedista e Traumatologista
CRM/SE 5192 - RQE 2006

CRM/SE - 6395
Lyra P. I. Almeida
Médica
CRM/SE - 6395

Med
CRM/SE - 6395
Lyra P. I. Almeida
Médica

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 [] ANA

Gabriel G. G. S. S.
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA		PROFISSÃO:						
ANAMNESE DE ENFERMAGEM		HORÁRIO:						
TIPO		ALERTA/ORIENTADO	LETARGICO	OBNUBILADO	TORPOROSO	COMATOSO	OUTROS	
HISTÓRIA PREGRESSA		DIABETES	HIPERTENSÃO ARTERIAL	CARDIOPATIA	AVC	OUTROS:	QUAIS:	
ALERGIAS / INTOLERÂNCIA		SIM	NÃO	MEDICAMENTO EM USO		SIM	NÃO	
QUAIS:				QUAIS:				
SINAIS VITAIS		Glicose	P脉搏 Arterial	Frequência Cardíaca	Temperatura	Frequência Respiratória	Saturação de Oxigênio	
		mg/dl	1	mmHg	bpm	°C	lpm	%
RISCO:		VERMELHO	AMARELO		VERDE		AZUL	
OBSERVAÇÃO:								

12/19/05 Realizada ECG conforme prescrição

Ass. Enfermeiro(a) / Cárimeo
Maria C. H. Costa
ORENSE 19576-ENF

ATENDIMENTO MÉDICO		PRESCRIÇÃO MÉDICA:	

EVOLUÇÃO MÉDICA
PEGO ORTOPÉDIA: paciente vítima de queda de moto. S/ dor no calcâneo ou náuseas.
EF: edema localizado + luxação do tornozelo.
 Fornecido suporte. Patente no atendimento.

REGISTRO DE ENFERMAGEM	
<p>R+ - Fratura transversa PATELA (E)</p> <p>(A - luxa + compreimento pé (E)</p> <ul style="list-style-type: none"> - TALA INFERIOR LIGADA - TOQUE EXTERNO - TOQUE VAGA CIRCUNFERENCIAL (NIN) 	
HOSPITAL REGIONAL DE Ribeirão Preto - São Paulo CGD. PROC. 2592 QUARTO E	

Dr. Mário Augusto P. Cris
 Ortopedista e Traumatologista
 CRM/SP 5142 - ROE 3998

Laudo de Ecg

Unidade: Hospital Regional Governador João Alves Filho-N.Senhora da Glória-SE

Hora Chegada: 12:25

Hora Saida: 12:28

Paciente: BRENO GABRIEL GUIMARAES SANTOS

Idade: 26

Médico: Dr. Jorge Morant

Data Exame: 19/04/2020

Registro do Traçado: 03

Ritmo: Sinusal

Frequência Cardíaca: 75 bpm

SAQRS:

Conclusão: Eletrocardiograma normal



Dr. Jorge Morant
Cardiologia – CRM 19016

Salvador/Bahia, 19 Abril 2020

Assinatura Eletrônica

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 789185 DATA: 12/05/2020 HORA: 06:47 USUARIO: RSANTOS
 CNS: 160379473260005 SETOR: 02-ACOLHIMENTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE
 NOME: BRENO GABRIEL GUIMARAES SANTOS DOC...: 22457798
 IDADE: 26 ANOS NASC: 17/07/1993 SEXO...: MASCULINO
 ENDERECO: RUA MANOEL DE BARROS NUMERO:
 COMPLEMENTO: CASA BAIRRO: CENTRO
 MUNICIPIO: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE CEP...: 49680-000
 NOME PAI/MAE: EDELSIO VIEIRA DOS SANTOS /MARIA IZABEL GUIMARAES
 RESPONSAVEL: A MAE TEL...: 079996727
 PROCEDENCIA: NSA SRA DA GLORIA - SE 29
 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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

7m5 2020 28

TX CK.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :
 [] 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

Maria Izabel Guimaraes Santos
 ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR									
Identificação do Estabelecimento de Saúde			2 - CNES								
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HRI											
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HRI			4 - CNES								
Identificação do Paciente			5 - N° DO PRONTUÁRIO								
6 - NOME DO PACIENTE 3200 CABRILL GUIMARÃES			7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)								
8 - DATA DE NASCIMENTO 17/07/1993			9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3								
10 - RACA/COR			10.1 - ETNIA								
11 - NOME DA MÃE Maria Isabel Guimarães			12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 000								
13 - NOME DO RESPONSÁVEL 			14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 000								
15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) Rua Mancil de Barros			16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA NSA SRA da Glória								
17 - COD. IBGE MUNICÍPIO			18 - UF								
19 - CEP											
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS FRANAS PARES BD											
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO TRAT. GUARICEDO											
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Rx TORACICO 7A AP/PA											
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRANAS PARES			24 - CID 10 PRINCIPAL 5-820			25 - CID 10 SECUNDÁRIO			26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO REVISÃO E CONSULTA / EX									28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0101010105212		
29 - CLÍNICA			30 - CARÁTER DA INTERNACAO			31 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF			32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE									34 - DATA DA SOLICITAÇÃO / 35-ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 11/07/2010		
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO									39 - CNPJ DA SEGURADORA		
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO									40 - N° DO BILHETE		
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO									41 - SÉRIE		
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input checked="" type="checkbox"/> EMPREGADOR			39 - CNPJ DA SEGURADORA			42 - CNPJ EMPRESA			43 - CNAE DA EMPRESA		
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR			44 - CBOR					
48 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF			49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		
									52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		

PRONTUÁRIO DE CLÍNICA CIRÚRGICA, MÉDICA E PEDIÁTRICA.

Data. Internamento

Data. Saída

Nº. da Internação

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Cartão SUS: _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____

Nome do paciente: _____

Data do nasc. _____ / _____ / _____ **Sexo:** () Masc. () Fem.

Nome da mãe: _____

Nome do responsável: _____

Log: () RUA(081) () AV.(008) () TVA(100) () PRAÇA(065) () CONJ.(020) () POV.(082) () LOTEA(056)

Logradouro: _____ **Nº:** _____

Bairro: _____ **CEP:** _____ **TEL:** _____

Tipo doc: 01 - PIS/PASEP () 02 - IDENT. () 03 - REGISTRO () 04 - CPF () 05 - IGNORADO ()

Nº. documento: _____

IDENTIFICAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Proced. solic. _____

CID PRINC. _____

Especialidades: () 01 CIRURGIA () 03 CL. MÉDICA () 07 PEDIATRIA

Caráter de internação: () 01 ELET. () 02 URG.

Motivos de saída: () 11 ÓBITO () 12 ALTA M. () 14 ALTA PEDIDO () 16 EVAISÃO () 31 TRANSF.

Prof. solicit.: _____ **Anest.:** _____

PROCED. REALIZADO	QUANT.	PROCEDIMENTO	CBO	CNES
CONS. AVAL PCTE. INTERN.		0301010170		2477661
EXAME PRE TRANSF.		0212010084		2477661
TRANSF. UNID. DE SANGUE		0302020248	223505	2477661
ACOMPANHANTE (IDOSO)		0802010040		2477661
ACOMPANHANTE (CRIANÇA)		0802010024		2477661
EXAME PATOLÓGICO		0202020030		2477661
Radiografia ()				2477661
Radiografia ()				2477661
Radiografia ()				2477661
Tomografia ()				0002895
Tomografia ()				0002895
ECG				
USG ()				3073533

UNIDADE HOSPITALAR:

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR:

LEITO:

PACIENTE:

BRENIL CABRAL GUINHO

IDADE:

SEXO:

REG.:

DATA

HISTÓRICO

12/03

*P.D. INFERIOR TRAUMATICO
FRACTURA PARTE 3/4*

*Dr. Antonio E. Lom. Arce
Ortopedia Traumatologa
CRM 2808 TEC 8629*

13/03

*1º DPO 100% FUS. PARTE
2000000 DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO
HOSPITAL*

*Dr. Antonio E. Lom. Arce
Ortopedia Traumatologa
CRM 2808 TEC 8629*

UNIDADE HOSPITALAR: *Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho*

SETOR: C C

LEITO: 

PAGE 2 Gwen Gabrel

GRADE 26

IDADE: 26a SEXO: Mas

100

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

UNIDADE HOSPITALAR:

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR: CC

LETO: 605

PACIENTE: Bruno Geraldo Guivênia Santos

IDADE: 26

SEXO: M

REG:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	Glicemia
		16h: Entrada de paciente					
		Entrada de paciente com quadro de hipoglicemia, com cianose, perda de consciente, -	124	98			
		utilizado cetoatósico e glicose 90	76	100			
		Respiração alveolar. Tchuco 10h10m. PCTE emar					
		Tratamento: 15g RCPA. Dr. Quig					
		dos de h. Dr. Ludimilas Lopes					
		Dr. César, Icione 13/02/869					
11/05	11:30	Paciente encomendado de enfermagem					
16h	16h	ADM. Dexam. 100mg e Diazep. 10m.					
		Respiratória	102	98	102		
17	17h	ADM: medicação de banho com banho -					
		vitamina C 1000mg e eptabutina - prof. 724109					
19h	19h	Outro dia de banhos, TV de hidratação					
		Copos horários medidos - prof. 724109					
20:2	20:2	Paciente no leito, respira bem.					
		16h AVP 205g glicose 100g e eptabutina de					
		formalin. definido aporte diário.					
		Presente melena e cítricos. Sua					
		excreta segue cítricos e cítricos de glicose					
		amargos.	36.4				
23/05	23:30	ADM: medicina = cefotetanum final -					
24/05	00:30	ADM: medicina final					
01/05	01:30	ADM: medicina = definir cefotetano					
03/05	06:00	ADM: Administrado Tramol 500mg, via					
03/05	06:20	EV, cefotetanum 1g, via or, conforme					
		professor. Prof. Jardim 627779.					
07/05	07:00	ADM: Administrado. Dexamona 1g, via EV em					
		gome prescrita. Prof. Jardim 627779					
08h	08h	ADM: medicina de hipotensão final - prof. 724109					
08/05	08:00	Realizado exame urinário					
		pelelo 0°C, utilizado 500,900					
		e cloreto sódico aquosa					
		semelhante medicamento					
		utilizado cetoatósico e glicose					
09:40	09:40	Encontra-se de alta hospitalar. Per					
		mitudo receita médica. Obrigado de					
		nos cuidados por envergada. Prof. Jardim 627779					

DR. Michelle Rosado
CRM-SE 16444

CHECK-LIST PARA ADMISSÃO NO INTERNAMENTO



ADMISSÃO DE PACIENTE CLÍNICA CIRÚRGICA

NOME DO PACIENTE: Joseph Breno Gabriel Guimaraes Stes
 DATA DE ADMISSÃO: 01/06/2020 HORÁRIO: 8h
 PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: fract de Rotula L

ITENS	CONFERIDO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM	TEC/AUX/ENFERMEIRO
FAE	<input checked="" type="checkbox"/> OK	OK <input type="checkbox"/> PENDENTE <input type="checkbox"/>
FICHAS DE INTRNAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> OK	OK <input type="checkbox"/> PENDENTE <input type="checkbox"/>
✓ PREENCHIDA	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/> PENDENTE <input type="checkbox"/>
PERÍCIA COM VALIDADE 30 DIAS	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/> PENDENTE <input type="checkbox"/>
COPIAS DOS DOCUMENTOS	CARTÃO SUS SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/> PENDENTE <input type="checkbox"/>
	RG SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/> PENDENTE <input type="checkbox"/>
	COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/> PENDENTE <input type="checkbox"/>
COPIAS DOS EXAMES	LABORATORIO SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/> PENDENTE <input type="checkbox"/>
	ECG SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/> PENDENTE <input type="checkbox"/>
	USG SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/> PENDENTE <input type="checkbox"/>
	RX SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/> PENDENTE <input type="checkbox"/>
PREPARO PRÉ-OPERATORIO	JEJUM SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PENDENTE <input type="checkbox"/> OBS:	OK <input type="checkbox"/> PENDENTE <input type="checkbox"/>
	LAVAGEM INTESTINAL SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> PENDENTE <input type="checkbox"/> OBS:	OK <input type="checkbox"/> PENDENTE <input type="checkbox"/>
	OUTROS SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> PENDENTE <input type="checkbox"/> OBS:	OK <input type="checkbox"/> PENDENTE <input type="checkbox"/>
RESERVA DE SANGUE S/N	GUIA PREENCHIDA SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> PENDENTE <input type="checkbox"/> OBS:	OK <input type="checkbox"/> PENDENTE <input type="checkbox"/>
RETIRADA DE ACESSORIOS	SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/> PENDENTE <input type="checkbox"/>

► O PACIENTE SOMENTE SERÁ ADMITIDO COM TODOS OS ITENS SEM PENDÊNCIAS.

Joseph de Almeida Souto
 ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL PELA ADMISSÃO



HOSPITAL DR. PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Nome do Paciente:

JOSE VIEIRA CABRAL MENDOZA JUNIOR

Diagnóstico Pré-operatório:

FRACTURA PARTE DA

Cirurgia realizada:

DEPOSIÇÃO MUSCULAR/FIX

Cirurgião:

DR. ANTONIO LIMA

Auxiliares:

Anestesiologista:

DR. INO HILDE

Anestesia:

Diag. Pós-operatório:

FRACTURA PARTE DA

DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. MAMMA - DIREITA
2. COLORAGEM COMPOSS
3. INCISÃO ANTERIOR 10X10 CM
4. REPOUSADA FRACTURA
5. FIXAÇÃO C/ BANDAS DE TRÍTON
6. SORVIL PDA PICOOS ATE PTE
7. CICATRIZ
8. PRIMAIS C/ MAMMA

DR. A. LIMA 012/05/20

Dr. Antônio E. Lima
Ortopedista Traumatologista
CRM 2208 TBO 1999

Data:

Assinatura do cirurgião:

FICHA DE ANESTESIA

NOME: <u>Bruno Gabriel Guimaraes Santos</u>		Nº PRONTUÁRIO: _____		
CONVÉNIO: <u>SUS</u>	DATA <u>12/05/2000</u>	SEXO <u>M</u> COR <u>_____</u>	IDADE <u>_____</u>	PESO <u>_____</u>
NATURAL <u>_____</u>	EST. CIVIL <u>_____</u>		SANGUE <u>_____</u>	
SETOR MÉDICO <u>Dr. Bpedia</u>	AMBULATÓRIO <u>_____</u>	APTº <u>_____</u>	E. FÍSICO(ASA) <u>I</u>	
DIAG PRE-OP <u>_____</u>				
CIRURGIA PROPOSTA <u>_____</u>				
DIAG POS-OP <u>_____</u>				
CIRURDIA REALIZADA <u>Fratura pubiana (E)</u>				
PRÉ-ANESTÉSICO <u>_____</u>	HORA <u>_____</u>	EFEITO <u>_____</u>		
CIRURGIÃO <u>Antônio Lacerda</u>	1º AUXILIAR <u>_____</u>			
2º AUXILIAR <u>_____</u>	INSTRUMENTADOR <u>_____</u>			
AGENTE HORA <u>PP:15W</u>				

RL

1000 ml

U^o

CARDIOSCOPIO

OXIMETRO

CAPNOGRAFO

LIQUIDOS

180

160

140

120

100

80

60

40

20

INDUÇÃO
Naja - 1000 ml, comoxilida-
der e medicag
Tepum 7%

MANUTENÇÃO

RECUPERAÇÃO
Lobo IAKIO

DROGAS / MATERIAL	CONC.	QUANT	ANESTESIA	Anest + sedação				
			Sem-Reinalação	-	Abano	-	Semi-fechado	-
			Orotrequeal - Nasotrequeal - Sonda				Respiração: Espont.	-
			Entub.				S/C Lesão	
			Posição		Local Puncão		Simples	
			Pos. Após		Pos. Op.		Duração da Op.	
			Cond. Final		Resultado: B.R. M.		Reflexos:	
			Líquidos:		Sangue:		Anestesiologista	

DIARIO DE UTILIZAÇÃO DE OPME
DIBRON COMÉRCIO DE ARTIGOS ORTOPÉDICOS

2843

HOSPITAL

CIDADE:

COORDENADOR:

MÉDICO

CRM

NOME PACIENTE

PRONTUÁRIO

DATA NASCIMENTO PACIENTE

NOME DA MÃE PACIENTE

DATA INTERNAÇÃO

DATA CIRURGIA

DATA DA ALTA

PROCEDIMENTO REALIZADO

CÓDIGO PROCEDIMENTO

		DESCRICAÇÃO DOS PRODUTOS UTILIZADOS				
		REF	QTD	DESCRICAÇÃO	REF	QTD
PEQ. FRAGMENTOS	PLACA 1/3 TUBO RETA 3.5MM			FIXADOR EXTERNO LINEAR		
	PLACA COMPRESSÃO DINAMICA RETA 3.5MM			FIXADOR EXTERNO PUNHO		
	PLACA RECONSTRUÇÃO BACIA RETA 3.5MM			MINI FIXADOR EXTERNO		
	PLACA EM T 3.5MM			FIXADOR EXTERNO CIRCULAR		
	PLACA EM T OBLÍQUA 3.5MM			FIXADOR WAGNER (ALONGAMENTO)		
	PLACA TREVO 3.5MM			FIXADOR EXTERNO PLATAFORMA		
	PLACA SEMITUBULAR 3.5MM			PINO SCHANZ		
	PLACA CALCANEÓ DIREITA			FIO STEINMAN ROSQUEADO		
	PLACA CALCANEÓ ESQUERDA			CIMENTO COM ANTIBIOTICO		
	ARRUELA LISA 3.5/4.0MM			CIMENTO SEM ANTIBIOTICO		
GRANDES FRAGMENTOS	PLACA COMPRESSÃO DINAMICA LARGA 4.5MM			SERRA DE GIGLI		
	PLACA COMPRESSÃO DINAMICA ESTREITA 4.5MM			ENDOPROTESE		
	PLACA RECONSTRUÇÃO 4.5MM			PROTESE DE QUDRIL		
	PLACA EM T 4.5MM			PROTESE TOTAL OU PARCIAL DE OMBRO		
	PLACA PLATEAU TIBIAL (MALEAVEL) 4.5MM			PROTESE TOTAL OU PARCIAL JOELHO		
	PLACA CONDILEA 4.5MM			PROTESE DE ARTROPLASTIA COTOVELO		
	PLACA EM L 4.5MM			SISTEMA COLUNA PARCIAL OU TOTAL		
	PLACA TREVO 4.5MM			KIT CIMENTAÇÃO		
	PLACA COBRA 4.5MM			ENXERTO OSSEO SINTETICO 5 GRAMAS		
	PLACA SEMITUBULAR 4.5MM			ENXERTO OSSEO SINTETICO 10 GRAMAS		
	PLACA PONTE 4.5MM			FIO CERCLAGEM		
	PLACA CALÇO 4.5MM			PLACA ENDOBOTTON		
	ARRUELA 4.5MM			LAMINA SHAVER		
	ARRUELA 6.5MM			CANULA ARTROSCOPIA		
DHS /	PLACA DHS 135°			DRENO SUCCAO		
	PLACA DCS 95°			FIO STEINMAN		
	PARAFUSO DESLIZANTE ROSCA CURTA			FIO KIRSCHNER		
	PARAFUSO DESLIZANTE ROSCA LONGA			PLACA BUCO MAXILO		
	PLACA EM T 2.7MM			SUBSTITUTO SINTETICO - DURAMATER		
	PLACA SEMITUBULAR 2.7MM			ASPIRADOR COM FILTRO		
	MINI PLACA EM L 1.5MM			ANCORA		
	MINI PLACA EM T 1.5MM			MINI ANCORA AGULHADA		
	MINI PLACA EM L 2.0MM			ANCORA COM FIO ACOPLADO		
	MINI PLACA EM T 2.0MM			HASTE		
	PLACA VOLAR RADIO DISTAL			FIXADOR MODULAR ALONGAMENTO		
	PLACA BLOQUEADA UMERO			FIXADOR RADIO TRANSPARENTE		
	PLACA ARTROSE MM			FIXADOR MODULAR COTOVELO		
	PLACA BLOQUEADA 3.5MM			FIXADOR TRILHO PARA ALONGAMENTO		
	PLACA SPIDER			FIXADOR PEDIATRICO		

ESPECIFICAÇÕES PARAFUSOS

PARAFUSO CORTICAL MM	Nº	QTD	PARAFUSO TITANIO CORTICAL MM	
PARAFUSO CORTICAL MM	Nº	QTD	PARAFUSO TITANIO CORTICAL MM	
PARAFUSO ANULADO 3.5MM	Nº	QTD	PARAFUSO HEBERT 2.0MM	
PARAFUSO ANULADO 4.5MM	Nº	QTD	PARAFUSO HEBERT 2.7MM	
PARAFUSO ANULADO 7.0MM	Nº	QTD	PARAFUSO BLOQUEADO MM	
PARAFUSO SPONJOSO 4.0MM	Nº	QTD	PARAFUSO BUCO MM	
PARAFUSO SPONJOSO 6.5MM	Nº	QTD	PARAFUSO INTERFER. MM	
PARAFUSO TALEOLAR 4.5MM	Nº	QTD	PARAFUSO DISTAL / PROX. MM	

MATERIAL FORA DA LISTA

ESCRICAO	QTD	DESCRICAO	QTD

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLORIA

No. DO BE: 433864

DATA: 19/04/2020 HORA: 10:46 USUARIO: LAOREIS

CNS:

SETOR: 04-SALA DE PROCEDIMENTOS

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: BRENO GABRIEL GUIMARAES SANTOS
 IDADE: 26 ANOS NASC: 17/07/1993
 ENDERECO: PRACA DA IGREJA NOVA
 COMPLEMENTO: CASA BAIRRO: CENTRO
 MUNICIPIO: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE CEP: 49680-000
 NOME PAI/MAE: EDELSIO VIEIRA DOS SANTOS /MARIA IZABEL GUIMARAES SANTOS
 RESPONSAVEL: O PROPRIO TEL: 079.99079038
 PROCEDENCIA: NOSSA SENHORA DA GLORIA-SE
 ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
 CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO
 CID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO
 99811679
 996459596

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: Vítima de acidente de moto. DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /
 not: Apresenta edemas periorbitais e MTC.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

Fratura na FATELA

CID: 582.0

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

- 1 Encam. pelo o setor policial
- 2 Cefaxolina 2g EV
- 3 Solutio ECG 0.5s
- 4 Cetofenofen 100mg

Dr. Mario Augusto P. Cruz
 CRM/SE-6393
 CRM/SE-5392-ABE-3996

CRM/SE-6393
 Dr. P. J. Almeida
 CRM/SE-6395

CRM/SE-6393
 CRM/SE-6394 AE
 CRM/SE-6395 AE

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 [] APGS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

Gabriel G. Guimaraes Santos
 ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARMBO DO MEDICO

Laudo de Ecg

Unidade: Hospital Regional Governador João Alves Filho-N.Senhora da Glória-SE

Hora Chegada: 12:25

Hora Saida: 12:28

Paciente: BRENO GABRIEL GUIMARAES SANTOS

Idade: 26

Médico: Dr. Jorge Morant

Data Exame: 19/04/2020

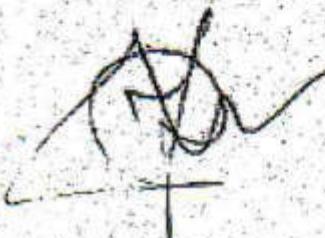
Registro do Traçado: 03

Ritmo: Sinusal

Frequência Cardiaca: 75 bpm

SAQRS:

Conclusão: Eletrocardiograma normal



Dr. Jorge Morant
Cardiologia – CRM 19016

Salvador/Bahia, 19 Abril 2020

Assinatura Eletrônica

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

No. Registro.: 31337

Numero do CNS: 160379473260005

Nome.....: BRENO GABRIEL GUIMARAES SANTOS

Documento....: 22457798 Tipo:

Nascimento....: 17/07/1993

Estado Civil.:

Idade.....: 26 - ANOS Cor:

Sexo.....: MASCULINO

Responsavel...: EDELSIO VIEIRA DOS SANTOS

Nome da Mae...: MARIA IZABEL GUIMARAES

Endereco.....: RUA MANOEL DE BARROS, CASA CEP: 49680.000

Telefone.....: 079996727429

Bairro.....: CENTRO

Municipio....: 2804508 - NOSSA SENHORA DA GLORIA - SE

Nacionalidade: BRASILEIRO

aturalidade.: SERGIPE

Cadastramento: 12/05/2020



**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.

Número do Sinistro: 3210038436

Nome do(a) Examinado(a): BRENO GABRIEL GUIMARAES SANTOS

Endereço do(a) Examinado(a): RUA MIZAEL DE BARROS , 620, casa, Nossa Senhora da Glória/SE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: Não Informado / 22457798

Data e local do acidente: 19/04/2020 - Nossa Senhora da Glória/SE

Data e local do exame: 05/03/2021 - Aracaju/SE

Coordenadas Geográficas: Latitude: -10.9129 , longitude: -37.07055

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA COMINUTIVA DE PATELA A ESQUERDA

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

PERICIADO VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X MOTO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 19/04/2020, FOI REALIZADO IMOBILIZAÇÃO GESELLA E AGENDADO A CIRURGIA, RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO MESMO DIA, FOI FEITO NOVO INTERNAMENTO EM 12/05/2020 PARA SER SUBMETIDA A REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA COM 02 FIOS DE KIRSCHNER E 01 FIO DE AÇO (CERCLAGEM), RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO DIA 20/05/2020, FICOU SENDO ACOMPANHADO EM NÍVEL AMBULATORIAL PELA ORTOPEDIA, SENDO REALIZADO NESTE PERÍODO SESSÕES DE FISIOTERAPIA MOTORA, RECEBEU ALTA DEFINITIVA EM 07/09/2020, (INFORMADO PELA PERICIADO, SEM COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL). O QUADRO EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho normal, flexão aos 40°, extensão aos 50°, presença de derrames articulares, presença de atrofias no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no joelho esquerdo.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

DÉFICIT FUNCIONAL SEVERO DO JOELHO ESQUERDO

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo 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" (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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Joelho Esquerdo - Intenso - 75%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:

Manoel Otávio Nascimento Júnior
Manoel Otávio Nascimento Júnior
Cirurgião-Dentista
CRM-1627

MANOEL OTÁVIO NASCIMENTO JÚNIOR CRM - 1627 / UFI - SE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210038436 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRENO GABRIEL GUIMARAES **Data do acidente:** 19/04/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE
 SANTOS SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/03/2021

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE PATELA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: P.17.20_CIRURGIA

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

**PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINOS ESPECÍFICOS DE
PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Breno Gabriel Guimaraes Souto (nacionalidade) Brasileiro , (profissão) Estudante , portador da cédula de identidade RG nº 2.245.749-8 , emitido pela SSP / (UF) SE , inscrito sob o CPF nº 070-029.675-17 , residente na (endereço completo) Rua Miguel de Barros , na cidade de N. Sra da Glória (UF) SE , CEP 49680.000 , nomeio e constituo meu procurador , (nome do representante) Ivone Marques de Oliveira (nacionalidade) Brasileiro , (profissão) Consultor , portador da cédula de identidade RG nº 212.338.29 , emitido pela SSP / (UF) SE , inscrito sob o CPF nº 020.003-645.00 , residente na (endereço completo) Rua das Flores , na cidade de N. Sra da Glória (UF) SE , CEP 49680.000 , a quem confiro amplos e gerais poderes para , tratar , requerer , assinar papéis e documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO SEGURO DPVAT** da vítima (nome da vítima) Breno Gabriel Guimaraes Souto junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** .

(local e data) N. Sra da Glória 03/02/2021

(assinatura) Breno Gabriel Guimaraes Souto

(RG) 2.245.749-8

OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0034773/21

Vítima: BRENO GABRIEL GUIMARAES SANTOS

CPF: 070.029.675-17

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/04/2020

BRENO GABRIEL

GUIMARAES SANTOS

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA : 020.003.675-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

BRENO GABRIEL GUIMARAES SANTOS : 070.029.675-17

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 01/02/2021
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/02/2021
Nome: VERA LUCIA DA SILVA BERTOI
CPF: 675.189.230-68

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

VERA LUCIA DA SILVA BERTOI