	<p>Protocolo Nº 20230504200507226</p> <p>Sua solicitação foi enviada à 1ª Vara Cível de Itabaiana da Comarca de ITABAIANA em 04/05/2023 20:05 por KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ, OAB 2592##SE.</p>
---	---

DADOS DO PROTOCOLO

Tipo de Protocolo: PETICIONAMENTO GERAL - Outras Petições

Processo: 202152000144

Classe: Procedimento Comum

Dados do Processo Origem			
Número 202152000144	Classe Procedimento Cível	Comum	Competência 1ª Vara Cível de Itabaiana
Guia Inicial 202110200347	Situação ANDAMENTO	Distribuido Em: 29/01/2021	

Partes		
Tipo	CPF	Nome
Requerente	11000447529	JEFERSON JUNIO LIMA MARQUES
Requerido	09248608000104	SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

Anexos		
	Nome	Tipo
1	2787960_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01.pdf	Petição
2	2787960_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02.pdf	Outros documentos

ATENÇÃO!

1. Documentos produzidos eletronicamente serão considerados originais, para os efeitos da lei, devendo os originais dos documentos digitalizados ser preservados pelo seu detentor até o trânsito em julgado da sentença ou, quando admitida, até o final do prazo para interposição de ação rescisória.
2. Os documentos cuja digitalização seja tecnicamente inviável devido ao grande volume ou por motivo de ilegibilidade deverão ser apresentados ao cartório ou secretaria no prazo de 10 (dez) dias contados do envio de petição eletrônica comunicando o fato, os quais serão devolvidos à parte após o trânsito em julgado.
3. Ressalvados os casos de sigilo e segredo de justiça, os documentos digitalizados juntados em processo eletrônico somente estarão disponíveis para acesso por meio da rede externa para suas respectivas partes processuais, através dos seus advogados, e para o Ministério Público.
4. Caso haja impedimento para o registro do processo eletrônico pelo Juízo, a solicitação será devolvida ao Portal do patrono solicitante (advogado, defensor público ou promotor de justiça), a fim de que possa ser submetido à regularização.
5. Atualize o seu e-mail para o Sistema Push. Este serviço promove o envio de correspondência eletrônica, dando-lhe informações sobre o andamento dos processos ajuizados por Vossa Senhoria. Se for caso de vinculação posterior a processos, o cadastro deverá ser realizado através do Portal TJSE.

Imprimir



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE ITABAIANA/SE

Processo: 202152000144

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JEFERSON JUNIO LIMA MARQUES**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelência, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

ITABAIANA, 2 de maio de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/SE 780-A

KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ
OAB/SE 2592

Nº 019.056.051

DADOS DO CLIENTE

EMERSON JOSE DE ALMEIDA
RUA NSRA DE SANTANA 0026
CAMPO DO BRITO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

3/918818-6

REFERÊNCIA

DEZ/2019

APRESENTAÇÃO

20/12/2019

CONSUMO

342

VENCIMENTO

30/12/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 308,63

Site: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03087.893008 04740.454170 6 811900000030863

Pagador: EMERSON JOSE DE ALMEIDA CNPJ/CPF: 016.475.885-50

RUA NSRA DE SANTANA 0026 - CENTRO - CAMPO DO BRITO / SE - CEP 00000-000

Nosso-Numero	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
30878930004740454	000918818201912	30/12/2019	R\$ 308,63	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA SERGIPE-DISTRIB.ENERGIA SA

13.017.462/0001-63

RUA MIN APOLONIO SALES, 00081 - INACIO BARBOSA - ARACAJU / SE - CEP 49040-150

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/178003-4



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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF².

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, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EMERSON JOSÉ DE ALMEIDA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 016.475.665-50 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JEFFERSON JUNIOR LIMA MARQUES OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 110.004.475-29

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JEFFERSON JUNIOR LIMA MARQUES OLIVEIRA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 110.004.475-29, 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 Líder-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 SENHORA SANTANA</u>	Número: <u>26</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>Campo do Brito</u>	Estado: <u>SE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>44500-000</u>	Tel (DDD): <u>(09) 9992-9733</u>

Local e Data:

Campo do Brito - SE 08 de Janeiro 2020

Emerson José de Almeida

Assinatura do Declarante

8/10/19 4

RG 2241

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

Nº. DO BE: 19744
CNS:

DATA: 12/07/2019
SETOR: 06-SUTURA

HORA: 05:32

USUARIO: ELMENEZES

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JEFERSON JUNIO LIMA MARQUES OLIVEIRA
IDADE.....: 18 ANOS NASC: 07/05/2001
ENDERECO.....: RUA PEDRO TAVARES DE JESUS
COMPLEMENTO....: BAIRRO: QUEIMADAS
MUNICIPIO.....: ITABAIANA UF: SE CEP....: 49500-000
NOME PAI/MAE...: GINALDO DE LIMA OLIVEIRA /MARIA JOSE LIMA MARQUES
RESPONSAVEL....: O PAI TEL....: 7999818906
PROCEDENCIA....: ITABAIANA 8
ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Paciente vítima de acidente motociclistico (moto + carro) há 2 horas. Foi levado pelo socorro em protocolo. Apresenta síncope e/ou vômitos. Não apresenta lesões cutâneas. Ao exame: ABCD sem alterações. Tratado em HSE, ferida em investigação de HIE.

DIAGNOSTICO: Politrauma

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

① Gramox 100mg + 100mg 8FO, 8%, EV

② Rx de Tórax AP

③ Avaliação de Ortopedia

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. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

em tempo

Realização de cirurgia

REALIZADO EM 12/07/19
AS 06:20 HORAS

TÉCNICO EM RADIOLOGIA



RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

DATA DA ENTRADA:

DATA DA SAÍDA:

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

INTERNAMENTO:

PS (✓)

ENFERMARIA ()

UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente vítima de acidente auto-carro, trazi do
co + MSE pelo SAH de um motorista
Furtivo exposto MSE + desmuntado pé I

Gravidade exposta radio distal + lesão flexores
carpo pé I

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

LAC + desmuntado + fixação

EXAMES COMPLEMENTARES:

Pr decomp PI e pé I

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Antonio Figueira Góes	580
Dr. João Figueira Alves	2488
Dr. Rildesmar da LB Neto	3216

CONDIÇÕES DE ALTA:

MELHORADO (✓)

TRANSFERIDO ()

ÓBITO ()

ARACAJU, 16 de Setembro de 2019

Marco Aurélio Fagundes
Clínica Médica
CRM-SE 1614

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

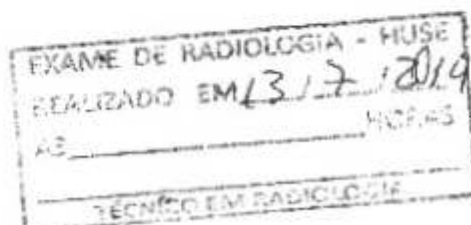
Reg. Definitivo...: 2241
Numero do CNS.....: 0000000000000000
Nome.....: JEFERSON JUNIO LIMA MARQUES OLIVEIRA
Documento.....: 40385019 Tipo :
Data de Nascimento: 7/05/2001 Idade: 18 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: GINALDO DE LIMA OLIVEIRA
Nome da Mae.....: MARIA JOSE LIMA MARQUES
Endereco.....: RUA PEDRO TAVARES DE JESUS 102
Bairro.....: QUEIMADAS Cep.: 49500-000
Telefone.....: 79998189068
Município.....: 2802908 - - SE
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 19744
Clinica.....: 918 - CENTRO CIRURGICO SRPA
Leito.....: 999.0046
Data da Internacao: 12/07/2019
Hora da Internacao: 07:48
Medico Solicitante: 903.657.985-68 - JOAO FERREIRA ALVES
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: JOSEANESANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

Proc.Realizado:
Dt.Hr Saida:
Especialidade:
Tipo de Saida:
CID Principal:
CID Secundario:
Principal:
Secundario:
Outro:



24 - DES... DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

20 - DIAGNOSTICO INICIAL

PROCEDIMENTO REALIZADO

21 - CID 10 PRINCIPAL



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE- HUSE

FUNDACÃO HOSPITALAR DE SAÚDE - FHS



FORMULÁRIO DE ALTO CUSTO

NOME:	Jeferson Junior L.M. Oliveira		Nº PRONTUÁRIO	2247
SETOR E LEITO DO HOSPITAL	Fundo de olho		DATA DO PROCEDIMENTO	12/07/19
DIAGNÓSTICO	trauma exposto no olho		CID	<input checked="" type="checkbox"/>
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QTD NECESSÁRIA	UTILIZADO	
	fios de Kirschner 2.0 mm	03	03	
OBSERVAÇÕES E JUSTIFICATIVAS:				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>José Ferreira Alves Ortopedia e Traumatologia CRM-SE 24089 SBOY 12/04/14</p> </div> <div> <p>SOLICITADO POR:</p> </div> <div> <p>DISPENSADO POR:</p> </div> <div> <p>RECEBIDO POR:</p> </div> </div>				



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
SERVIÇO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÕES DIÁRIAS

DATA:

13.07.2019

° DIH

NOME:

DIAGNÓSTICO:

Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º. Dieta Livre	
2º. Gelco Salinizado	
3º. Kefazol 1 g EV 8/8hs ou Keflin 1 g IV 6/6hs	-
4º. S. Fisiológico 1000 cc 24hs	-
5º. Dipirona 2ml + 8 ml AD IV ou Paracetamol 40gts VO 6/6hs SOS	-
6º. Nausebron 8mg IV 08/08hs SOS	-
7º. Antak 50mg EV ou 150mg VO / Omeprazol 40mg IV ou VO às 6hs	15:00
8º. Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% IV ou VO 8/8hs SOS	
9º. Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% IV 12/12hs SOS	
10º. Captopril 25mg VO 8/8hs se PAS > 180 mmHg e PAD > 110 mmHg SOS	
11º. Luftal 40 gts VO de 8/8 hs SOS	
12º. Clexane 40mg SC 1 x dia ou Heparina 5000UI SC 2 x dia	20
13º. Dextro 6/6hs se Diabético	
14º Insulina Regular SC, após o dextro. 201 - 250: 02UI 251 - 300: 04UI 301 - 350: 06UI 351 - 400: 08UI > ou = 401: 10UI	
15º. Curativos Diários 1 x dia SF 0,9% + Gazes	
16º SSVV 6/6hs	
17º Óleo Mineral, 20 ML VO se não apresentar dejeções	
18º	
19º	
20º	
21º	
22º	

VOLUÇÃO:

SE EL

Dr. Antônio Franco Cabral
Ortopedia e Traumatologia
CRM 8551



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
SERVIÇO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÕES DIÁRIAS

DATA:

14/07/2019

° DIH

NOME:

Jefferson Soares Filho

DIAGNÓSTICO:

fratura exposta de

Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º. Dieta Livre	
2º. Gelco Salinizado	
3º. Kefazol 1 g EV 8/8hs ou Keflin 1 g IV 6/6hs	08 F 10 Y 24 F
4º. S. Fisiológico 1000 cc 24hs	
5º. Dipirona 2ml + 8 ml AD IV ou Paracetamol 40gts VO 6/6hs SOS	
6º. Nauseidron 8mg IV 08/08hs SOS	
7º. Antak 50mg EV ou 150mg VO / Omeprazol 40mg IV ou VO às 6hs	1340 06
8º. Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% IV ou VO 8/8hs SOS	
9º. Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% IV 12/12hs SOS	
10º. Captopril 25mg VO 8/8hs se PAS > 180 mmHg e PAD > 110 mmHg SOS	
11º. Luftal 40 gts VO de 8/8 hs SOS	
12º. Clexane 40mg SC 1 x dia ou Heparina 5000UI SC 2 x dia	26
13º. Dextro 6/6hs se Diabético	
14º Insulina Regular SC, após o dextro. 201 – 250: 02UI 251 – 300: 04UI 301 – 350: 06UI 351 – 400: 08UI > ou = 401: 10UI	
15º. Curativos Diários 1 x dia SF 0,9% + Gazes	M
16º SSVV 6/6hs	
17º Óleo Mineral 20 MI, VO se não apresentar dejeções	SOS
18º	
19º	
20º	
21º	
22º	

EVOLUÇÃO:

sem lesão

Dr. Antônio Franco Cabral
Ortopedia / Traumatologia
CRM-880

DIÁRIAS

DATA: 15 / 07 / 2019.

04º DIH

NOME: Jeferson Junio Lima Marques Oliveira 18 anos - A 8.1

DIAGNÓSTICO(S): Fratura Exposta Rádio Distal + Lesão Flexores Carpo à E

EVOLUÇÃO MÉDICA: (fixado) Paciente dinâmico e sem umbral de dor

Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º. Dieta Livre	
2º. Gelco Salinizado	
3º. Kefazol 1 g EV 8/8hs ou Keflin 1 g EV 6/6hs	12 18 24 06
4º. Gentamicina 240mg + SF 0,9% 200 ml EV 1x dia	12 18 24 06
5º. Dipirona 2ml + 8 ml AD EV ou Paracetamol 40gts VO 6/6hs	12 18 24 06
6º. Nauseidon 8mg EV 08/08hs SOS	
7º. Antak 50mg EV ou 150mg VO 12/12hs / Omeprazol 40mg EV ou VO às 6hs	06 08
8º. Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% EV ou VO 8/8hs SOS	
9º. Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% EV 12/12hs SOS	
10º. Captopril 25mg VO 8/8hs se PAS > 180 mmHg e PAD > 110 mmHg SOS	
11º. Glicose 25% 04amp. EV se Glicemia < ou = 80mg/dl SOS	
12º. Clexane 40mg SC 1 x dia ou Heparina 5000UI SC 2 x dia SUSP	
13º. Dextro 6/6hs SUSP	
14º Insulina Regular SC, após o dextro. 201 - 250: 02UI 251 - 300: 04UI 301 - 350: 06UI 351 - 400: 08UI > ou = 401: 10UI	
15º. Curativos Diários 1 x dia (x) SF 0,9% + Gazes	
16º SSVV 6/6hs	
17º Pincuro Plavil 1ap EV e 18e Senando a 10ml	
18º ou dipirona 1ap EV e 18e a 10ml	
19º Squele analgesico com 10ml de pen	
20º	

Dr. Raimundo Cezar S. Santos
Enfermeiro
COREN 73522

Simone de Jesus da Silva
Enfermeira
COREN SE 374.919

Médico

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÕES DIÁRIAS

DATA: **16 / 07 / 2019.**

05º DIH

NOME: **Jeferson Junio Lima Marques Oliveira 18anos – A 8.1**

DIAGNÓSTICO(S): **Fratura Exposta Rádio Distal + Lesão Flexores Carpo à E**

EVOLUÇÃO MÉDICA: _____

Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º. Dieta Livre <i>P 16/07/19</i>	
2º. Gelco Salinizado	<i>SUS</i>
3º. Kefazol 1 g EV 8/8hs ou Keflin 1 g EV 6/6hs	<i>12 18 24 06</i>
4º. Gentamicina 240mg + SF 0,9% 200 ml EV 1x dia	<i>12 18 24 06</i>
5º. Dipirona 2ml + 8 ml AD EV ou Paracetamol 40gts VO 6/6hs	<i>12 18 24 06</i>
6º. Nausebron 8mg EV 08/08hs SOS	
7º. Antak 50mg EV ou 150mg VO 12/12hs / Omeprazol 40mg EV ou VO às 6hs	<i>12 18 24 06</i>
8º. Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% EV ou VO 8/8hs	<i>SOS 12 18 24 06</i>
9º. Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% EV 12/12hs SOS	
10º. Captopril 25mg VO 8/8hs se PAS > 180 mmHg e PAD > 110 mmHg SOS	
11º. Glicose 25% 04amp. EV se Glicemia < ou = 80mg/dl SOS	
12º. Clexane 40mg SC 1 x dia ou Heparina 5000UI SC 2 x dia SUSP	
13º. Dextro 6/6hs SUSP	
14º Insulina Regular SC, após o dextro. 201 – 250: 02UI 251 – 300: 04UI 301 – 350: 06UI 351 – 400: 08UI > ou = 401: 10UI	
15º. Curativos Diários 1 x dia (x ') SF 0,9% + Gazes	<i>12</i>
16º SSVV 6/6hs	
17º	
18º	
19º	
20º	<i>12 18 24 06</i>

Antônio Franco Cabral
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM 878
 Médico

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA

[illegible]

Luciene E. dos Santos
Enfermeira
CONCREME 12.000

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÕES DIÁRIAS

DATA: 18 / 07 / 2019.

07º DIH

NOME: Jeferson Junio Lima Marques Oliveira 18 anos - A 8.1

DIAGNÓSTICO(S): Fratura Exposta Rádio Distal + Lesão Flexores Carpo à E

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º. Dieta Livre	SND
2º. Gelco Salinizado	
3º. Kefazol 1 g EV 8/8hs ou Keflin 1 g EV 6/6hs	12 18 24 06
4º. Gentamicina 240mg + SF 0,9% 200 ml EV 1x dia	12 20 18 24 06
5º. Dipirona 2ml + 8 ml AD EV ou Paracetamol 40gts VO 6/6hs	12 18 24 06
6º. Nauseadron 8mg EV 08/08hs SOS	SOS
7º. Antak 50mg EV ou 150mg VO 12/12hs / Omeprazol 40mg EV ou VO às 6hs	06
8º. Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% EV ou VO 8/8hs	12 20 18 24 06
9º. Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% EV 12/12hs SOS	SOS
10º. Captopril 25mg VO 8/8hs se PAS > 180 mmHg e PAD > 110 mmHg SOS	SOS
11º. Glicose 25% 04amp. EV se Glicemia < ou = 80mg/dl SOS	SOS
12º. Clexane 40mg SC 1 x dia ou Heparina 5000UI SC 2 x dia SUSP	20
13º. Dextro 6/6hs SUSP	
14º Insulina Regular SC, após o dextro. 201 - 250: 02UI 251 - 300: 04UI 301 - 350: 06UI 351 - 400: 08UI > ou = 401: 10UI	
15º. Curativos Diários 1 x dia (x) SF 0,9% + Gazes	
16º SSVV 6/6hs	
17º	
18º	
19º	
20º	

Luciene E. dos Santos
Enfermeira
COREN/SE 13.2002

Antonio Franco Cabral
Ortopedia / Traumatologia
CRM 680

Médico



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
SERVIÇO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÕES DIÁRIAS

1

DATA: 18/01/2019

NOME: Alfonso Pina ° DIH

DIAGNÓSTICO: _____

Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º. Dieta Livre	SND
2º. Gelco Salinizado	
3º. Kefazol 1 g EV 8/8hs ou Keflin 1 g IV 6/6hs	18 24 06
4º. S. Fisiológico 1000 cc 24hs	
5º. Dipirona 2ml + 8 ml AD IV ou Paracetamol 40gts VO 6/6hs SOS	
6º. Nauseidron 8mg IV 08/08hs SOS	
7º. Antak 50mg EV ou 150mg VO / Omeprazol 40mg IV ou VO às 6hs	06
8º. Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% IV ou VO 8/8hs SOS	
9º. Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% IV 12/12hs SOS	
10º. Captopril 25mg VO 8/8hs se PAS > 180 mmHg e PAD > 110 mmHg SOS	
11º. Luftal 40 gts VO de 8/8 hs SOS	
12º. Clexane 40mg SC 1 x dia ou Heparina 5000UI SC 2 x dia	20
13º. Dextro 6/6hs se Diabético	
14º Insulina Regular SC, após o dextro. 201 – 250: 02UI 251 – 300: 04UI 301 – 350: 06UI 351 – 400: 08UI > ou = 401: 10UI	
15º. Curativos Diários 1 x dia SF 0,9% + Gazes	
16º SSVV 6/6hs	
17º Óleo Mineral , 20 MI, VO se não apresentar dejeções	05
18º	
19º	
20º	
21º	
22º	

EVOLUÇÃO:

Dr. Alexandre F. M. Cabral
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1000

HUSE

HOSPITAL URGÊNCIA DE SERGIPE

PRESCRIÇÃO MÉDICA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

DATA:

DIAGNÓSTICO:

00. DIETA:	
01.	
04. DIPIRONA 2,0 ML + AD 8,0 ML IV DE 6/6H	SUSPENSO ()
05. PROFENID 100MG + SF 100 ML, IV, 12/12 HS	SUSPENSO ()
06. TRAMAL 100MG + SF 0,9% - 100 ML IV DE 8/8 HS	SUSPENSO ()
07. CAPTOPRIL - 25 MG VO SE PA > 160X110 MMHG	
08. PLASIL 2,0 ML + AD 8,0 ML EV 8/8 S/N	
09. CURATIVO DIÁRIO E SOS	
10. LUFTAL 40 GTS VO 8/8 H	SUSPENSO ()
11. ZOFRAN 8MG + 100ML DE SF IV 8/8H	SOS ()
12. S.V 6/6H / CUIDADOS GERAIS / DEAMBULAR	
13. ANTAK + 18AD IV 8/8H OU OMEPRAZOL 40 IV DIA	
14. NBZ COM SF 5ML+ ATROVENT GTS 6/6H	SUSPENSO ()
15. GLICEMIA 6/6H E ESQUEMA DE INSULINA ABAIXO	SUSPENSO ()
< 200-0U, 201-250-2U, 251-300-4U, 301-350-6U, >350-8U	SUSPENSO ()

DR HAMILCAR TORRES APOLÔNIO CRM 1652

Ag. 50

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
HOSPITAL DE URGENCIA DE SERGIPE - HUSE
COMISSAO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH)**

SOLICITAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS PARA TRATAMENTO – Formulário B

PACIENTE: Yuberlan Silva dos Santos IDADE: 33 SEXO: M
SETOR: V LEITO: _____ PESO: _____ TRANSFERIDO PARA: _____

JUSTIFICATIVA (formulários sem justificativa não serão aceitos pela Farmácia)

INFECÇÃO: ☒ COMUNITÁRIA ☐ HOSPITALAR
DIAGNÓSTICO: AAI
USO PRÉVIO DE ANTIMICROBIANO: ☐ SIM ☐ NÃO
TOPOGRAFIA: ☐ RESPIRATÓRIA ☐ PELE E PARTES MOLES
☐ URINÁRIA ☐ CORRENTE SANGÜÍNEA
☒ ABDOMINAL ☐ OUTRO

GRUPO-III ANTIMICROBIANOS DE USO AUDITADO (Marque o ATM e duração do uso)

		DIAS	DOSES ESPECIAIS E PEDIATRIA
<input type="checkbox"/> AZITROMICINA 500mg EV 1X AO DIA	<input type="checkbox"/> 5d	_____ dias	_____
<input type="checkbox"/> CEFTRIAXONA 1g EV 12/12h	<input type="checkbox"/> 7d <input type="checkbox"/> 10d	_____ dias	_____
<input type="checkbox"/> CEFTRIAXONA 2g EV 12/12h (MENINGITE)	<input type="checkbox"/> 7d <input type="checkbox"/> 10d	_____ dias	_____
<input checked="" type="checkbox"/> CIPROFLOXACINA 400mg EV 12/12h	<input type="checkbox"/> 7d <input checked="" type="checkbox"/> 10d	_____ dias	_____
<input type="checkbox"/> CLINDAMICINA 600mg EV 6/8h	<input type="checkbox"/> 7d <input type="checkbox"/> 10d	_____ dias	_____
<input type="checkbox"/> AMPI/SULBACTAM 3g EV 6/8h	<input type="checkbox"/> 7d <input type="checkbox"/> 10d	_____ dias	_____
<input type="checkbox"/> AMICACINA 500mg EV 12/12h	<input type="checkbox"/> 7d <input type="checkbox"/> 10d	_____ dias	_____
<input type="checkbox"/> CEFEPIMA 2g EV 12/12h	<input type="checkbox"/> 7d <input type="checkbox"/> 10d	_____ dias	_____
<input type="checkbox"/> CEFEPIMA 2g EV 8/8h	<input type="checkbox"/> 7d <input type="checkbox"/> 10d	_____ dias	_____
<input type="checkbox"/> IMIPENEM 500mg EV 6/8h	<input type="checkbox"/> 7d <input type="checkbox"/> 10d	_____ dias	_____
<input type="checkbox"/> MEROPENEM 1g EV 8/8h	<input type="checkbox"/> 7d <input type="checkbox"/> 10d	_____ dias	_____
<input type="checkbox"/> VANCOMICINA 1g EV 12/12h	<input type="checkbox"/> 7d <input type="checkbox"/> 10d	_____ dias	_____
<input type="checkbox"/> TEICOPLANINA 400MG EV AO DIA	<input type="checkbox"/> 7d <input type="checkbox"/> 10d	_____ dias	_____
<input type="checkbox"/> FLUCONAZOL 200mg EV 12/12h	<input type="checkbox"/> 7d <input type="checkbox"/> 10d	_____ dias	_____
<input type="checkbox"/> ANFOTERICINA B 50mg EV AO DIA	<input type="checkbox"/> 7d <input type="checkbox"/> 10d	_____ dias	_____
<input type="checkbox"/> OUTRO: _____	<input type="checkbox"/> 7d <input type="checkbox"/> 10d	_____ dias	_____

GRUPO IV ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRITO (liberação de uso após avaliação da Infectologia)

ANTIMICROBIANO	DOSE	VIA	POSOLOGIA	DIAS
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE: Ana Carolina C. Moura
Médica Residente
Cirurgia Geral - HUSE
CRMISE 5621

DATA: 9/11/17

**PROTOCOLO DE ENTREGA DA SOLICITAÇÃO DE ATM (destacar e grampear no prontuário)
PARECER DO INFECTOLOGISTA**

☐ LIBERADO POR _____ DIAS ☐ TEMPO DE USO INADEQUADO Data: _____
☐ MODIFICADO/NAO-LIBERADO POR: ☐ DOSE INCORRETA
☐ ESPECTRO INADEQUADO Assinatura/Carimbo: _____
☐ ASSOCIAÇÃO INADEQUADA

PACIENTE: _____ SETOR/LEITO: _____
ANTIMICROBIANO DOSE VIA POSOLOGIA DIAS

GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Fundação
Hospitalar
de Saúde

Nome do Paciente:	Jeerson Junior L. Marques Oliveira	Idade:		Sexo:	
Unidade de Produção:		Leito:	A-8-1	Nº do Prontuário:	

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
17/07/19	13:30h	Paciente encontrado no leito, consciente, orientado, e uso de gases hidrológicos, fixados externamente, supensivos, agulha em caputro de quilos.
	14h	Paciente encontrado no leito, consciente, orientado, e uso de gases hidrológicos, fixados externamente, supensivos, agulha em caputro de quilos.
	16h	Não encontrado a medicação Keppal 1g IV e falta de administração.
	18h	Administrado medicação de horário IV. Paciente acetar deuta.
	20:00	Administrado medicação de horário de horário. Paciente em deita. Est. de 8.uf Santa Barbara Kelly. uso de gases hidrológicos, fixados externamente, supensivos, agulha em caputro de quilos.
	20:30	Paciente encontrado no leito, consciente, orientado, e uso de gases hidrológicos, fixados externamente, supensivos, agulha em caputro de quilos.
	21:00	Paciente encontrado no leito, consciente, orientado, e uso de gases hidrológicos, fixados externamente, supensivos, agulha em caputro de quilos.
	21:30	Paciente encontrado no leito, consciente, orientado, e uso de gases hidrológicos, fixados externamente, supensivos, agulha em caputro de quilos.
	22:00	Paciente encontrado no leito, consciente, orientado, e uso de gases hidrológicos, fixados externamente, supensivos, agulha em caputro de quilos.
	22:30	Paciente encontrado no leito, consciente, orientado, e uso de gases hidrológicos, fixados externamente, supensivos, agulha em caputro de quilos.
	23:00	Paciente encontrado no leito, consciente, orientado, e uso de gases hidrológicos, fixados externamente, supensivos, agulha em caputro de quilos.
	00:00	Paciente encontrado no leito, consciente, orientado, e uso de gases hidrológicos, fixados externamente, supensivos, agulha em caputro de quilos.
	00:30	Paciente encontrado no leito, consciente, orientado, e uso de gases hidrológicos, fixados externamente, supensivos, agulha em caputro de quilos.
	01:00	Paciente encontrado no leito, consciente, orientado, e uso de gases hidrológicos, fixados externamente, supensivos, agulha em caputro de quilos.
	01:30	Paciente encontrado no leito, consciente, orientado, e uso de gases hidrológicos, fixados externamente, supensivos, agulha em caputro de quilos.
	02:00	Paciente encontrado no leito, consciente, orientado, e uso de gases hidrológicos, fixados externamente, supensivos, agulha em caputro de quilos.
	02:30	Paciente encontrado no leito, consciente, orientado, e uso de gases hidrológicos, fixados externamente, supensivos, agulha em caputro de quilos.
	03:00	Paciente encontrado no leito, consciente, orientado, e uso de gases hidrológicos, fixados externamente, supensivos, agulha em caputro de quilos.
	03:30	Paciente encontrado no leito, consciente, orientado, e uso de gases hidrológicos, fixados externamente, supensivos, agulha em caputro de quilos.
	04:00	Paciente encontrado no leito, consciente, orientado, e uso de gases hidrológicos, fixados externamente, supensivos, agulha em caputro de quilos.
	04:30	Paciente encontrado no leito, consciente, orientado, e uso de gases hidrológicos, fixados externamente, supensivos, agulha em caputro de quilos.
	05:00	Paciente encontrado no leito, consciente, orientado, e uso de gases hidrológicos, fixados externamente, supensivos, agulha em caputro de quilos.
	05:30	Paciente encontrado no leito, consciente, orientado, e uso de gases hidrológicos, fixados externamente, supensivos, agulha em caputro de quilos.
	06:00	Administrado medicação de horário. Paciente encontrado no leito, consciente, orientado, e uso de gases hidrológicos, fixados externamente, supensivos, agulha em caputro de quilos.
	06:30	Administrado medicação de horário. Paciente encontrado no leito, consciente, orientado, e uso de gases hidrológicos, fixados externamente, supensivos, agulha em caputro de quilos.
	07:00	Administrado medicação de horário. Paciente encontrado no leito, consciente, orientado, e uso de gases hidrológicos, fixados externamente, supensivos, agulha em caputro de quilos.
	07:30	Administrado medicação de horário. Paciente encontrado no leito, consciente, orientado, e uso de gases hidrológicos, fixados externamente, supensivos, agulha em caputro de quilos.
	08:00	Administrado medicação de horário. Paciente encontrado no leito, consciente, orientado, e uso de gases hidrológicos, fixados externamente, supensivos, agulha em caputro de quilos.
	08:30	Administrado medicação de horário. Paciente encontrado no leito, consciente, orientado, e uso de gases hidrológicos, fixados externamente, supensivos, agulha em caputro de quilos.
	09:00	Paciente no leito acordado, consciente, orientado, supensivos, aciemático, amictérico, com extremidades aquecidas e perfundidas. Tem uso de: p.v.p. em antebraço 2.
	14:00	Administrado medicação de horário.
	18h	Administrado medicação de horário. Rprançela

Anderson Batista Conceição
COREN 52.32-TEJosé Cristiano Souza Santos
COREN 288808 - TEC.
COREN 419256 - AUX.

Nome do Paciente:

Unidade de Produção:

Leito:

Idade: 18 Anos

Sexo:

Nº do Prontuário: 2241

12/01/19

Admissão

* fraturas expostas rádio distal e ulna distal
do VNO e espinha (fratura e sistema III
* lesões multifocais dos dedos e flexores

História de ferimento envolvido em
avariada articulação.
Lesão extensa no antepé e pé

Lesão exposta de mão distal (rádio-ulna)
e ulna (carpo) e ulna da per. Extensão
na m. flexores dos dedos e flexores carpi
e flexores do punho.
e lesões no antepé e pé.
No pé direito lesões no pé direito
e no pé esquerdo, lesões no pé
Krusch 2.0.0.0. e flexão exten. Transitor.
que levou a lesão da transitor.
com lesão e no crânio.
Situ no pé direito.

Articulação do antepé e pé
seu no antepé e pé.
no pé esquerdo.
Avaliação no antepé e pé.



12/01/19 Paciente admitido do CC. Fratura exposta de rádio lateral. Cuidado com uso de AVE + Cuidado. Segue os cuidados.

Carvalho Cardoso

HUSE

BOLETIM DE ANESTESIA



Hospital de São Paulo

PACIENTE:

Jefferson Junior Lima Marques

REGISTRO:

UNIDADE:

MÉDICO:

LEITO:

CIRURGIA PROGRAMADA

Tratamento cirurgico fratura

CIRURGIA REALIZADA

exorte pulso (E)

DATA

12/04/2019

ANESTESIOLOGISTA

Dra Lilian Malle

TÉCNICA ANESTÉSICA

Bloqueio pleio paracelular

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

CIRURGIÃO

Dr Helderbarato

AUXILIAR

Dr Joss

ASA

HORA DE INÍCIO

9:30

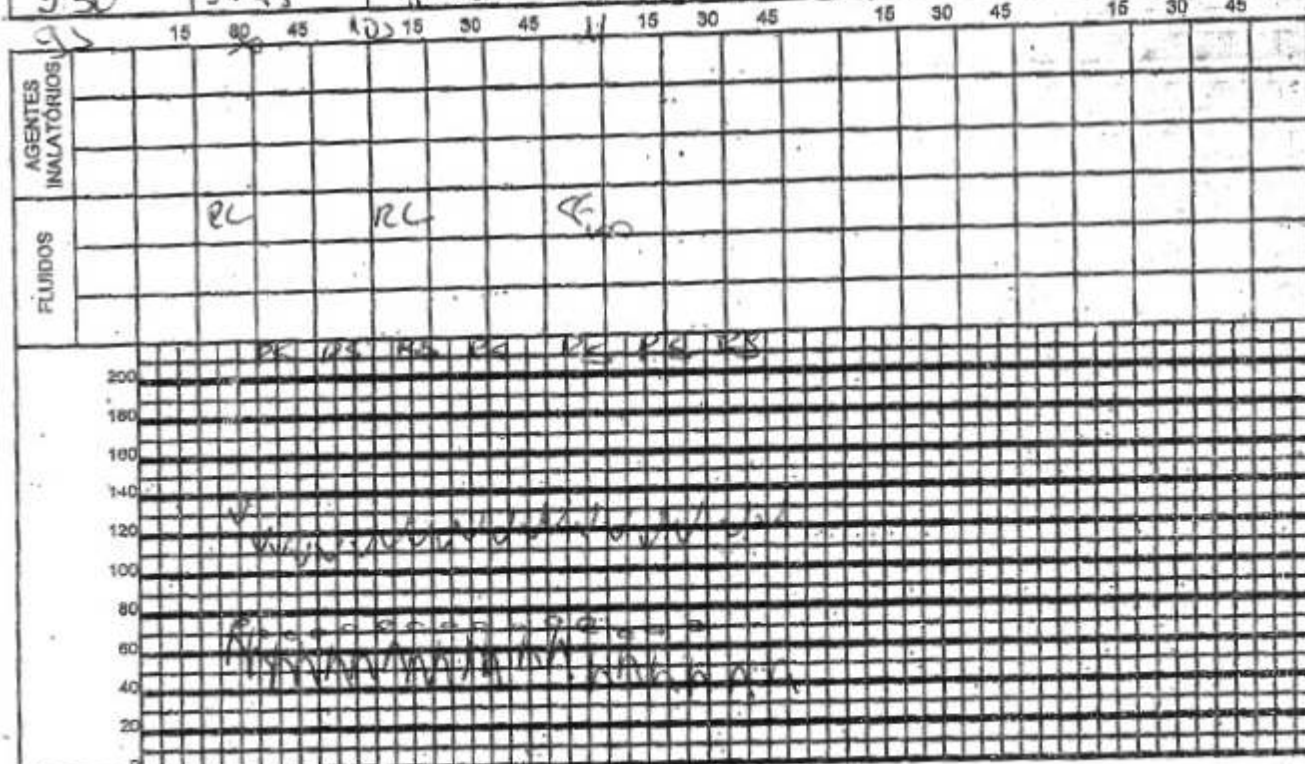
HORA DE TÉRMINO

11:45

ACESSO VENOSO

gavete 9:40 (F)=11:00

POSICÃO



CEC
OUTROS

MONITORIZAÇÃO

PA NAO INVASIVA

X

PVC

PA INVASIVA

TEMPERATURA

ELETROCARDIOGRAFIA

X

DIURESE

OXIMETRIA

X

VENTILAÇÃO

CAPNOGRAFIA

PAM

Paciente vítima de acidente de moto.
Apresentando fratura exposta do pulso
(luxo vascular e nervosa). Realizo Bloqueio
Suprclavicular guiado por USG 5/
intercomunicos
Xylo cl 0,2% 1,5%
Dilomina
Nupridal
Clonidine
Diprion
Flavodina
Tramadol

40cl
2y
2cl
150
2y
2y
10cl

NOME: Cipriana 8:30 (2p)

realizada no trauma

1ª Dose em horas

2ª Dose em 11:00 horas (1p)

3ª Dose em horas

Lilian Malle Sales
Médica Anestesiologista
CRM/SP: 2199

PACIENTE: <i>Anderson Junior L. Marques Oliveira</i>	Nº PRONTUÁRIO: <i></i>	DATA: <i>12/03/19</i>	PSICOBOL/ Nº LACR: <i></i>
QUIRURGIÃO: <i>Dr. Roberto de F. F.</i>	TIPO DE ANESTESIA: <i>bloqueio de plex</i>	CIRCULANTE: <i>Oxyplus</i>	GELADO: <i>+</i>
QUIRURGIÃO: <i>fratura exposta de punho</i>	INSTRUMENTADOR: <i>José</i>	Nº DE SALA: <i>06</i>	KIT FIOS: <i>+</i>
ENFERMEIRO: <i>Verônica</i>	ANESTESISTA: <i>Dr. João</i>	Nº DO KIT: <i>11</i>	

QTD UTILIZ	QTD REPOSTA	QTD UTILIZ	QTD REPOSTA
MEDICAMENTOS COMUNS		MATERIAIS E SANEANTES	
ÁGUA DESTILADA		ÁGUA OXIGENADA	
AMINOFILINA		ÁGUA 13X045	
ATROPINA		ÁGUA 13X7	
BICARBONATO DE SÓDIO		ÁGUA 13X8	
BROMOPRIDA (DIGESAN)		ÁGUA 13X12	
CEFALOTINA (KEFLIN)		ÁGUA 13X12	
CEFAZOLINA (KEFAZOL)		ÁGUA 13X12	
CETOPROFENO (PROFENIO)		ÁGUA 13X12	
CLOMIDINA		ÁGUA 13X12	
DEXAMETASONA (DECADRON)		ÁGUA 13X12	
DIPIRONA		ÁGUA 13X12	
EPINEFRINA (ADRENALINA)		ÁGUA 13X12	
ETILEFRINA (EFORTE)		ÁGUA 13X12	
GENTAMICINA (GARAMICINA)		ÁGUA 13X12	
GLUCONATO DE CÁLCIO		ÁGUA 13X12	
INSULINA F/A 5ML		ÁGUA 13X12	
HIDROCORTISONA DE 100 MG		ÁGUA 13X12	
METOCLOPRAMIDA (PLASIL)		ÁGUA 13X12	
NEOSTIGMINE (PROSTIGMINE)		ÁGUA 13X12	
NOREPINEFRINA		ÁGUA 13X12	
OMEPRAZOL		ÁGUA 13X12	
ONDASETRONA (NAUSEDRON)		ÁGUA 13X12	
RANITINA (ANTAK)		ÁGUA 13X12	
SUXAMETÔNIO 100 MG (SUXAM)		ÁGUA 13X12	
TERBUTALINA (BRICANYL)		ÁGUA 13X12	
SOROS		EQUIPAMENTOS	
SORO FISIOLÓGICO 100ML		BISTURI ELÉTRICO	
SORO FISIOLÓGICO 250ML		CARRO DE ANESTESIA	
SORO FISIOLÓGICO 500ML		DEFIBRILADOR	
SORO GLUCOFISIOLÓGICO		MICROSCÓPIO	
SORO GLUCOSADO		MONITOR CARDÍACO	
SORO RINGER LACTATO		MEGATOSCÓPIO	
CONTROLADOS		OXÍMETRO DE PULSO	
DEXTROCEAMINA (KETALAR)		GASOTERAPIA	
ETANAL		AR COMPRIMIDO	
FENTANIL + DROPERIDOL (NUPERIDOL)		NITRÓGENIO	
FENTANIL 2ML		OXÍGENIO	
FENTANIL 10ML		PROTÓTIPO DE AZÔNIO	
MIDAZOLAM 5MG (DORMANID)		OUTROS	
MIDAZOLAM 15MG (DORMANID)			
MORFINA 0,2MG (DIMORF)			
MORFINA 10 MG (DIMORF)			
MORFINA 2 MG (DIMORF)			
PARACETOL (BEXTRA)			
PROPOFOL			
REMIFETANIL (ULTIVA)			
SEVOFLURANO			
TRAMADOL (TRAMAL)			
ANESTÉSICOS			
BUPIVACAÍNA 0,5% C/V			
BUPIVACAÍNA 0,5% S/V			
BUPIVACAÍNA 0,5% S/V			
CISATRICURIO			
LIDOCAÍNA/XILOCAÍNA 1% C/V			
LIDOCAÍNA/XILOCAÍNA 1% S/V			
REPOSTO POR FARMÁCIA			

HUSE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

REGISTRO DE ENFERMAGEM NO TRANS-OPERATÓRIO



NOME (s/abreviações):

REGISTRO: 2241

DATA: 12/07/19

INÍCIO
(Entrada/sala) 09:30TÉRMINO
(Saída/sala) 11:59

ALERGIA: —

CIRURGIÃO: Dr. Silvestre + Dr. João Ferreira

1º AUXILIAR:

ANESTESISTA: Dra. Jilvia

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR: Jovana

CIRCULANTE: R. Angélica G. Z. da

CIRURGIA PROGRAMADA:

LATERALIDADE

CIRURGIA REALIZADA: Fratura exposta de punho E

☐ DIREITA ☐ ESQUERDANÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ A CORDA DO ☐ SONOLENTO ☐ TORPOROSO ☐ COMATOSO

TÉCNICA ANESTÉSICA:

☐ GERAL VENOSA ☐ GERAL INALATÓRIA ☐ GERAL COMBINADA ☐ GERAL BALANCEADA ☐ RAQUIANA
☐ PERIDURAL C/ CATETER ☐ PERIDURAL S/ CATETER ☐ SEDAÇÃO ☒ BLOQUEIO DE PLEXO ☐ LOCA

TOT ☐ ARAMADO ☐ COMUM Nº ☐ MÁSCARA LARÍNGEA ☐ TRAQUEOSTOMO ☐ GUEDEL ☐ SNG ☐ SNI

DISPOSITIVOS: SVD ☐ SILICONE ☐ SUÇÃO ☐ D. TÓRAX ☐ D. PIZZER ☐ D. KHER ☐ D. BLAKE ☐ D. PE
☐ LÁTEX

CVC ☐ DL ☐ TL ☐ AVP ☐ CATETER FOGARTY

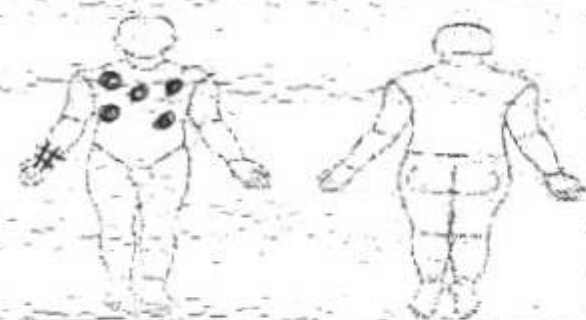
ASSEPSIA: ☒ PVP TÓPICO ☐ PVP ALCOÓLICA ☐ PVP DEGERMANTE ☐ CLOREXIDINA ALCOÓLICA ☐ CLOREXIDINA DEGERMANTE ☐ CLOREXIDINA AQUOSA

EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS UTILIZADOS

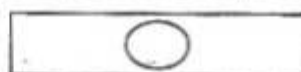
☐ BOMBA DE INFUSÃO ☐ DESFIBRILADOR ☐ MONITOR CEREBRAL (BIS) ☒ INTENSIFICADOR DE IMAGEM ☐ MANTA TÉRMICA ☐ MICROSCÓPIO
☐ FIBROSCÓPIO ☒ MONITOR CARDÍACO ☒ PA NÃO INVASIVA ☐ PA INVASIVA ☒ OXÍMETRO ☐ CAPNÓGRAFO
☐ FOCO AUXILIAR ☐ FONTE DE LUZ ☐ BRONCOSCÓPIO ☐ VIDEOLAPAROSCÓPIO ☐ OUTROS

POSICÃO: ☒ DORSAL ☐ VENTRAL ☐ LATERAL DIRETO ☐ LATERAL ESQUERDO ☐ CANIVETE ☐ TRENDLENBURG ☐ LITOTOMIA

COXINS DE CONFORTO UTILIZADOS

☐ CABEÇA ☐ MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ ME
BISTURI ELÉTRICO: ☐ BIPOLAR ☐ MONOPOLAR

PLACA DE BISTURI



LOCAL:

• ELETRODOS

✚ INCISÃO CIRÚRGICA

CONTAGEM DE COMPRESSAS

ENTREGUE

RECOLHIDA

CONTAGEM DE INSTRUMENTAL

ENTREGUE

RECOLHIDA

SINAIS VITAIS

	SpO2 (%)	FC (BPM)	FC (BPM)	PA (mmHg)	PAI (mmHg)	TEMP (°C)	FR (RPM)	GLIC
PRÉ-OPERATÓRIO	98%	77		106 x 56			14	
INTRA-OPERATÓRIO								
PÓS-OPERATÓRIO	98%	65		130 x 60			13	

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Fundação
Hospitalar
de Saúde

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: Jefferson Lima W. Oliveira
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Frot exposta punho e
CIRURGIA REALIZADA: LMC + Desbridamento + fixação
CIRURGIÃO: Hildebrando + J. P. Ferreira
AUXILIARES:
ANESTESIA: Bloq plexo ANESTESISTA Dra Lilian Walte
DIAGNÓSTICO POS-OPERATÓRIO:

() CIRURGIA LIMPA ☒ CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA
() CIRURGIA CONTAMINADA () CIR. INFECTADA

INFECCÃO PRESENTE À ADMISSÃO? () SIM () NÃO

TOPOLOGIA DA INFECCÃO:

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

DESCRICÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. Paciente en VPM no bloq. pleuro
 2. Antineoplasia e asperos
 3. Lavagem esclamatoria de FCC poco
 4. de la paxa e glosa en parte con ST
 5. Reducido la profundidad de la respiracion
 6. e fijado con pin K
 7. Con frotis redi. capico retrofotico
- Revisión de hematesis.
- Examen por pleuro + curativo

Obs: Verificados lesões: nervosa e vascular

DATA: 1207/39

Dr. Hildebrando L. B. Neto
Ortopedista
CRM 5216 7501-12893

Assinatura do Cirurgião



Dr. Adelino Carvalho Neto
CREMSE 161
ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGISTA

**RELATÓRIO SEGURO PERICIAL
(SOLICITAÇÃO SEGURO D.P.V.A.T)**

Decorrente de acidente de trânsito em 12/07/2019

JEFERSON JUNIO MARQUES OLIVEIRA, devido a trauma de alta energia, sofreu fratura distal do rádio e lesão do metacarpo. CID10-S52.5 + S62.3

Tratado na clínica ortopédica por via cirúrgica e fisioterápica

Houve agravamento das lesões durante o tratamento já concluído com prejuízo a integridade física do paciente

Das sequelas:- Redução significativa com fraturas cominutivas e fortes dores, devido à gravidade das fraturas ocasionando perda de força, impossibilitando suas atividades laborativas.

Aracaju, 10 de fevereiro de 2020

Adelino Carvalho Neto – Médico Perito

Adelino Carvalho Neto
Dr. Adelino Carvalho Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRMSE 161 TECT 1364

[illegible]

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SE Nº 015356477698 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
BAC DPVAT 0800 022 1204

PERÍODO DATA EMISSÃO
2019 11/10/2019

VIA Nº 1 110.004.473-29 CEF / CNPJ PLACA QK01049

RENDA ANUAL 01034237908 HD8M/NP100

ANO FISCAL 2014 09 9C2HB0210FR012534 Nº CHAMU

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREÇO (R\$) 36,04 DESCONTOS (R\$) 4,00 QUANTO DO SEGURO (R\$) 40,05

QUANTO DO BILHETE (R\$) 4,15 COTA UNICA 0,12 TOTAL A SER PAGO (R\$) 94,93

☒ COTA UNICA ☐ PARCELADO DATA DE COTAÇÃO 05/10/2019

* P A G O *
SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.246.698/0011-04

10-2019

**SOLICITAÇÃO DE PEDIDO DE PERÍCIA ATRAVÉS DA
SEGURADORA LÍDER, CONFORME CIRCULAR 099/2011.**

À SEGURADORA LÍDER:

VÍTIMA: JEFFERSON JUNIO MARQUES OLIVEIRA
TELEFONES: (79) 9992.9033 SINISTRO: 3220 033633
CPF: 330.004.475-29

Obs.: Pedido de Perícia através da Seguradora Líder, conforme Circular 009/2011.

Anexos:

I - BAM:

(☒) Sim () Não

II - Prontuário Médico:

(☒) Sim () Não

III - Declaração de Internação e Alta:

(☒) Sim () Não

IV - Certidão do Corpo de Bombeiros:

() Sim (☒) Não

Informo a essa respeitada Empresa que sofri acidente de trânsito e adquiri debilidade permanente em decorrência do acidente. No entanto, já encaminhei todos os documentos que possuo referente ao meu tratamento, motivo pelo qual, solicito a perícia médica de V. Sª.

Esclareço que sou pessoa humilde e necessito da indenização.

Caso não seja realizada perícia, entrarei com reclamação junto a SUSEP e com Ação Judicial.

Sendo assim, conto com a colaboração desse órgão.

Jefferson Junio Marques Oliveira

Assinatura

Data: 18, 02, 2020

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200031611 **Cidade:** Itabaiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEFERSON JUNIO LIMA MARQUES OLIVEIRA **Data do acidente:** 12/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 16/19_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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante JEFFERSON JUNIO LIMA MARQUES OLIVEIRA

portador(a) do documento de identidade nº 4.038.501-9, expedido por SSP/SE, em

08.03.2018 inscrito no CPF sob o nº 130.004.475-29, residente na

RUA: PEDRO TAVARES DE JESUS, nº SIN

complemento _____, Bairro CENTRO, cidade

ITABAIANA, Estado SE.

2. Outorgado EMERSON JOSE DE ALMEIDA

portador(a) do documento de identidade nº 1401677738, expedido por SSP/SE, em

02.02.05, inscrito no CPF sob o nº 016.475.665-50, residente na

RUA: SENHORA SAITANA, nº 26

complemento _____, Bairro CENTRO, cidade

CAMP. DO RITO, Estado SE.

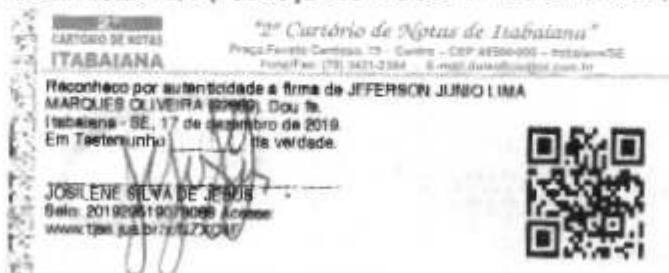
Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

ITABAIANA - SE 17 de DEZEMBRO de 2019.

Outorgante X Jefferson Junio Lima Marques Oliveira

(VEJA ORIENTAÇÃO SOBRE AUTENTICIDADE DE DOCUMENTOS OU RECONHECIMENTO DE FIRMAS NO WWW.COSESPSEGUROS.COM.BR)

Tratando-se de pessoa não alfabetizada, a procuração deverá ser firmada em cartório, obrigatoriamente.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0026773/20

Número do Sinistro: 3200031611

Vítima: JEFERSON JUNIO LIMA MARQUES OLIVEI

CPF: 110.004.475-29

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/07/2019

Titular do CPF: JEFERSON JUNIO LIMA
MARQUES OLIVEIRA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 28/02/2020
Nome: EMERSON JOSE DE ALMEIDA
CPF: 016.475.665-50

EMERSON JOSE DE ALMEIDA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/02/2020
Nome: LEIDIANE ALMEIDA NASCIMENTO
CPF: 008.313.345-33

LEIDIANE ALMEIDA NASCIMENTO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0026773/20

Número do Sinistro: 3200031611

Vítima: JEFERSON JUNIO LIMA MARQUES OLIVEI

CPF: 110.004.475-29

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 12/07/2019

Titular do CPF: JEFERSON JUNIO LIMA
MARQUES OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

JEFERSON JUNIO LIMA MARQUES OLIVEIRA : 110.004.475-29

Autorização de pagamento

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: 28/01/2020
Nome: EMERSON JOSE DE ALMEIDA
CPF: 016.475.665-50

EMERSON JOSE DE ALMEIDA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/01/2020
Nome: LEIDIANE ALMEIDA NASCIMENTO
CPF: 008.313.345-33

LEIDIANE ALMEIDA NASCIMENTO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0026773/20

Vítima: JEFERSON JUNIO LIMA MARQUES OLIVEI

CPF: 110.004.475-29

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 12/07/2019

Titular do CPF: JEFERSON JUNIO LIMA
MARQUES OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EMERSON JOSE DE ALMEIDA : 016.475.665-50

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

JEFERSON JUNIO LIMA MARQUES OLIVEIRA : 110.004.475-29

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: 20/01/2020
Nome: EMERSON JOSE DE ALMEIDA
CPF: 016.475.665-50

EMERSON JOSE DE ALMEIDA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/01/2020
Nome: LEIDIANE ALMEIDA NASCIMENTO
CPF: 008.313.345-33

LEIDIANE ALMEIDA NASCIMENTO

Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200031611 Vítima: JEFERSON JUNIO LIMA MARQUES OLIVEIRA

Data do Acidente: 12/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMERSON JOSE DE ALMEIDA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JEFERSON JUNIO LIMA MARQUES OLIVEIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200031611

Vítima: JEFERSON JUNIO LIMA MARQUES OLIVEIRA

Data do Acidente: 12/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMERSON JOSE DE ALMEIDA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JEFERSON JUNIO LIMA MARQUES OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 08 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200031611

Vítima: JEFERSON JUNIO LIMA MARQUES OLIVEIRA

Data do Acidente: 12/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMERSON JOSE DE ALMEIDA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JEFERSON JUNIO LIMA MARQUES OLIVEIRA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JEFERSON JUNIO LIMA MARQUES OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000561

Conta: 00000156918-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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, retorne 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

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 04 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200031611

Vítima: JEFERSON JUNIO LIMA MARQUES OLIVEIRA

Data do Acidente: 12/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMERSON JOSE DE ALMEIDA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JEFERSON JUNIO LIMA MARQUES OLIVEIRA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 03/03/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



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:

330.004.475-29

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: JEFERSON JUNIOR LIMA MARQUES OLIVEIRA 6 - CPF: 330.004.475-29

7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA: PEDRO TAVARES DE JESUS 9 - Número: 510 10 - Complemento:

11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: ITABAINA 13 - Estado: SC 14 - CEP:

15 - E-mail: alemassc@brs.dpvt.com.br 16 - Tel. (DDD): 491992-9033

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0561 CONTA: 356918 2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 07 DE JANEIRO 2020 ITABAINA - SC

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: JEFERSON JUNIOR LIMA MARQUES OLIVEIRA 6 - CPF: 330.004.475-29
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA PEDRO TAVARES DE JESUS 9 - Número: 512 10 - Complemento:
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: ITABAINA 13 - Estado: SE 14 - CEP:
15 - E-mail: jefersonjuniorlma@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (21) 9992-4033

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0561 CONTA: 156918 2 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 22 DE JANEIRO 2020 ITABAINA - SE

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIAL DE ATENDIMENTO A GRUPOS VULNERÁVEIS-
ITABAIANA - ITABAIANA - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 137032/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/12/2019 16:33 Data/Hora Fim: 27/12/2019 16:51
Delegado de Polícia: Josefa Valéria Nascimento Andrade

573005

DADOS DA OCORRÊNCIA

Ato: Delegacia Especial de Atendimento A Grupos Vulneráveis- Itabaiana
Data/Hora do Fato: 12/07/2019 03:40

Local do Fato

Município: Itabaiana (SE)
Logradouro: A Rural

Bairro: Povoado Lagoa Do
CEP: 49.511-899

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Moto(s) Empregado(s)
1103: OUTROS FATOS ATÍPICOS	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GINALDO DE LIMA OLIVEIRA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Itabaiana Sexo: Masculino Nasc: 18/12/1979
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: TEREZINHA TRINDADE DE LIMA Nome do Pai: GILSON DA SILVA OLIVEIRA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 001.490.145-54
RG - Carteira de Identidade: 1526663

Endereço

Município: Itabaiana - SE
Logradouro: RUA PEDRO TAVARES DE JESUS Nº 102
Bairro: QUEIMADAS CEP: 49.500-000
Telefone: (79) 99818-9068 (Celular)

Nome Civil: JEFERSON JUNIO LIMA MARQUES OLIVEIRA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Itabaiana Sexo: Masculino Nasc: 07/05/2001
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Maria José Lima Marques Nome do Pai: Ginaldo de Lima Oliveira

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 4.038.501-9

Endereço

Município: Itabaiana - SE
Logradouro: RUA PEDRO TAVARES DE JESUS Nº 102
Bairro: QUEIMADAS CEP: 49.500-000
Telefone: (79) 99913-0037 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)



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:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: JEFERSON JUNIOR LIMA MARQUES OLIVEIRA 6 - CPF: 330.004.475-29
 7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA: PEDRO TAVARES DE JESUS 9 - Número: 510 10 - Complemento:
 11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: ITABAIANA 13 - Estado: SE 14 - CEP:
 15 - E-mail: alemassc@brs.dpvt.com.br 16 - Tel. (DDD): 991992-9033

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: 0561 CONTA: 356918 2 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 07 DE JANEIRO 2020 ITABAIANA - SE

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: 04/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JEFERSON JUNIO LIMA MARQUES OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00561

CONTA: 000000156918-2

Nr. da Autenticação BB2351278C63CD7A

BOLÉTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta

Recibo para depósito e pagamento na rede nacional de cobrança eletrônica Nº 019 131.458



ENERGISA SERGIPE-DISTRIB. ENERGIA SA
Rua Min Apolônio Sales, 51 - Inácio Barbosa
Aracaju / SE - CEP 49040-150
CNPJ 13.017.462/0001-63 Insc.Est. 278.797.436

DADOS DO CLIENTE

GINALDO DE LIMA OLIVEIRA
RUA PEDRO TAVARES DE JESUS S/N CASA
ITABAIANA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

3/590436-2

REFERÊNCIA

DEZ/2019

APRESENTAÇÃO

05/12/2019

CONSUMO

141

VENCIMENTO

12/12/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 149,41

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 11/12/2019

Pagador: GINALDO DE LIMA OLIVEIRA CNPJ/CPF: 001.490.145-54

RUA PEDRO TAVARES DE JESUS S/N CASA - AREA RURAL - ITABAIANA / SE - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
30878930004383556	000590436201912	12/12/2019	R\$ 149,41	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA SERGIPE-DISTRIB. ENERGIA SA

13.017.462/0001-63

RUA MIN APOLONIO SALES, 00081 - - INACIO BARBOSA - ARACAJU / SE - CEP 49040-150

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/178003-4

49502-252