



Protocolo Nº 20230504200507226

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.**

#### DADOS DO PROTOCOLO

**Tipo de Protocolo:** PETICIONAMENTO GERAL - Outras Petições

**Processo:** 202152000144

**Classe:** Procedimento Comum

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

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

Anexos		
	<b>Nome</b>	<b>Tipo</b>
1	<a href="#">2787960_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01.pdf</a>	Petição
2	<a href="#">2787960_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02.pdf</a>	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 1<sup>a</sup> 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.<sup>a</sup>, 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 CHRYSSTIAN SILVA MENENDEZ**  
**OAB/SE 2592**



**DADOS DO CLIENTE**

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

**CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR**
**3/918818-6**
**REFERÊNCIA**
**APRESENTAÇÃO**
**CONSUMO**
**VENCIMENTO**
**TOTAL A PAGAR**
**DEZ/2019**
**20/12/2019**
**342**
**30/12/2019**
**R\$ 308,63**

Consulta realizada em 20/12/2019 às 10:45:00

**BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL**
**00190.00009 03087.883008 04740.454170 6 81190000030863**

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-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
30678930004740454	000918818201912	30/12/2019	R\$ 308,63	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA SERGIPE-DISTRIB.ENERGIA SA

13.017.462/0001-63

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

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



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
 PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

 Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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)

Capitalas 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<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. <sup>2</sup> 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 Nº9.613/98.

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:

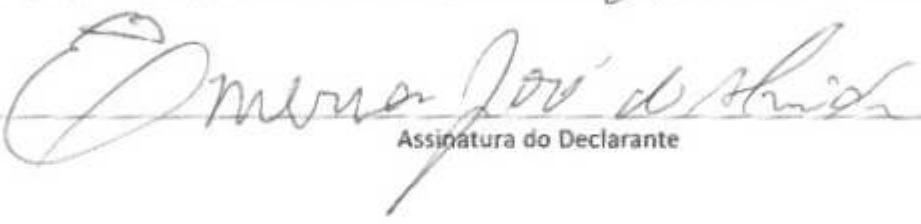
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

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 Sertãozinho SANTANA</u>	Número:	<u>26</u>	Complemento:
Bairro:	<u>CENTRO</u>	Cidade:	<u>Campo do Brito</u>	Estado:
E-mail:				CEP: <u>64530-000</u> Tel.(DDD): <u>(65) 9992-4733</u>

Local e Data: Campo do Brito - SE 08/01/2012 22:20

  
 Assinatura do Declarante

RG 2241

18/07/19 4

IMS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 19744  
CNS:DATA: 12/07/2019 HORA: 05:32 USUARIO: ELMENEZES  
SETOR: 06-SUTURA

## 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 MOTOCICLISTICO (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 x caos) há 2 horas. Foi atendido pelo samu em protocolo. Ninguém respondeu ao seu nome. Foi atendido em urgência. No exame: ABCD não alterado. Alteração (E) fratura exposta no MSC, feita em seguimento a MIE.

DIAGNOSTICO:

Politrauma

CID:

PRESCRICAO

06/00

HORARIO DA MEDICACAO

① Gramel 100mg + 100ml SFO, 30% EV

② Rx de Tórax AP

③ Avaliação da Ortopedia

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO

[ ] DESISTENCIA

[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

Centro Início

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

(05) 3292-6111

OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS

[ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PATOL

x Jeferson Lima Oliveira

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

REALIZADO EM 12/07/19

AS 06:20 HORAS

TÉCNICO EM RADIOLÓGIA

é seu tempo:

Proteja seu tempo



## RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Jeferson Júnior da Silva M. Oliveira

DATA DA ENTRADA: 17/10/2019

DATA DA SAÍDA: 19/10/2019

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

INTERNAMENTO: PS(+) ENFERMARIA( ) UTI( )

### HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente vítima de acidente muito - corte, trazido  
ao hospital pelo SAMU dia 16/10/2019  
Fratura exposta M5E + desmame pé E.

Fratura exposta na diafragma + lesão flexor  
esquerdo pé E.

### HISTÓRICO CIRÚRGICO:

LAC - debrideamento + fixação

### EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx dorav PI + pé E

### MÉDICOS ASSISTENTES:

<u>Antônio Fábio Coelho</u>	580
<u>Fábio Fábio Almeida</u>	LYRA
<u>Wic de Souza L.B. Neto</u>	3216

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

ARACAJU, 16 de Setembro de 2019

Marco - Cirurgião Papanha  
Clínica Médica  
CRM-SE 1614

## HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

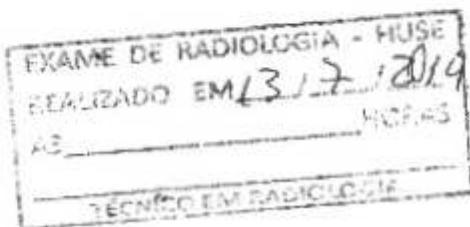
FICHA DE INTERNACAO  
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

#### 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

#### INFORMAÇÕES DE SAÍDA

Proc. Realizado:  
Pt.Hr Saída:  
~~Especialidade:~~  
Pc de Saída:  
P Principal:  
P Secundário:  
Principal:  
Secundário:  
Outro:



—24— DESENHO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

104

#### —PROCEDIMENTO REALIZADO

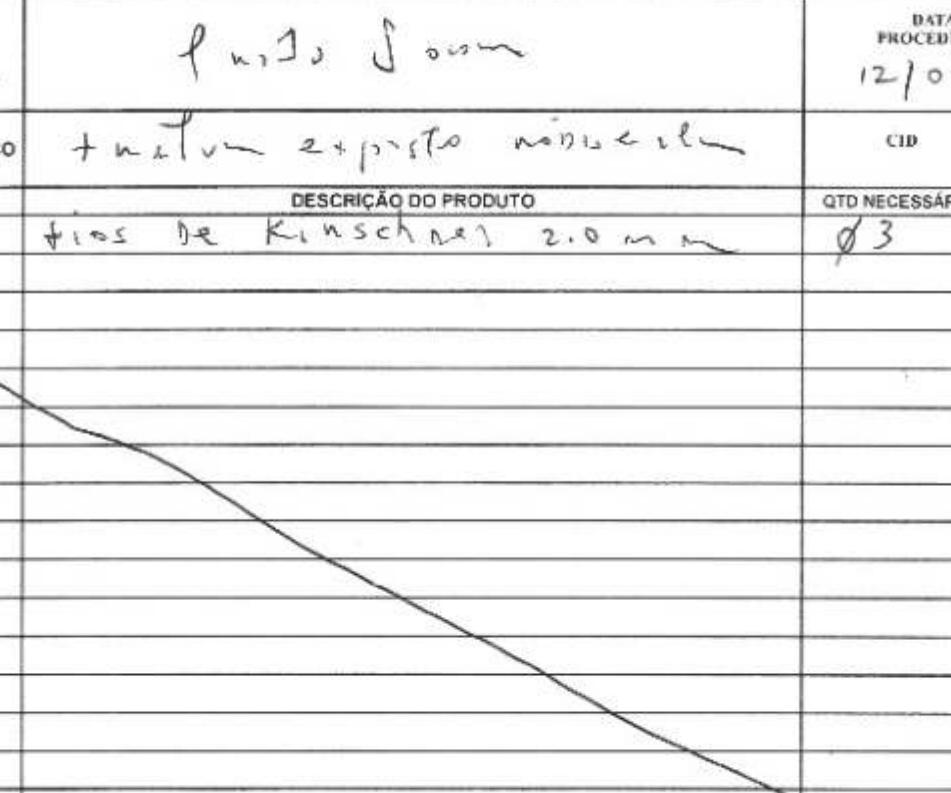


HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE- HUSE

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE SAÚDE - FHSS



## FORMULÁRIO DE ALTO CUSTO

NOME:	Jefferson Júnio L.M. Oliveira	Nº PRONTUÁRIO 2247	
SETOR E LEITO DO HOSPITAL	Fundos Júnio	DATA DO PROCEDIMENTO 12/07/19	
DIAGNÓSTICO	+ náusea e vômito náusea	CID	
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QTD NECESSÁRIA	UTILIZADO
	fios de Kirschner 2.0 mm	Ø3	Ø3
			

#### OBSERVAÇÕES E JUSTIFICATIVAS:

John Merrim Adams  
Chaplain & Preacher  
501 S. 24th Street

SOLICITADO POR:

### DISPENSAS DO POK-

RECEBIDO POR:



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

DATA:

13/07/2019

• DIH

NOME:

Adriano de Souza Paganini

DIAGNÓSTICO:

fractura de 2º grau

	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.	Nauseadron 8mg IV 08/08hs	SOS
7º.	Antak 50mg EV ou 150mg VO / Omeprazol 40mg IV ou VO às 6hs	
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 > ou = 401: 10UI	301 - 350: 06UI 351 - 400: 08UI
15º.	Curativos Diários 1 x dia	SF 0,9% + Gazes
16º	SSVV 6/6hs	
17º	Óleo Mineral, 20 ml VO se não presentar dejeções	
18º	Analges, 100 mg + 200 cc SF às 6h e 20	
19º		
20º		
21º		
22º		

VOLUÇÃO:

Sol EL

Dr. Antônio Franco Cabral  
Ortopedista Traumatologista  
CRM: 650



SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE  
SERVIÇO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA  
PREScrições DIÁRIAS

DATA: 14/07/2019

° DIH

NOME: Jefferson Lemos Lobo, Neto

DIAGNÓSTICO: Fractura Esternal

	Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º.	Dieta Livre	sma
2º.	Gelco Salinizado	08 F 10 V 24
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.	Nauseadron 8mg IV 08/08hs	SOS
7º.	Antak 50mg EV ou 150mg VO / Omeprazol 40mg IV ou VO às 6hs	
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	13/40 06
13º.	Dextro 6/6hs se Diabético	26
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 ML VO se não presentar dejeções	SOS
18º.	Jefferson Lemos Lobo, Neto	
19º.		
20º.		
21º.		
22º.		

EVOLUÇÃO:

Dr. Antônio Franco Cabral  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-SE

DIÁRIAS

DATA: 15 / 07 / 2019.

04º DIH

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

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

(fixada)

EVOLUÇÃO MÉDICA: Pacto funcional com movimento

	Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º. Dieta Livre		8/00
2º. Gelco Salinizado		16 18 24 06
3º. Kefazol 1 g EV 8/8hs ou Keflin 1 g EV 6/6hs		16 18 24 06
4º. Gentamicina 240mg + SF 0,9% 200 ml EV 1x dia		16 18 24 06
5º. Dipirona 2ml + 8 ml AD EV ou Paracetamol 40gts VO 6/6hs		16 18 24 06
6º. Nausebron 8mg EV 08/08hs SOS		06 08
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 > ou = 401: 10UI	301 - 350: 06UI 351 - 400: 08UI	
15º. Curativos Diários 1 x dia	( x ) SF 0,9% + Gazes	
16º SSVV 6/6hs		
17º <u>Pincuro</u> <u>Plastil</u> <u>1ap</u> <u>ev</u> <u>ele</u> <u>Sensu</u> <u>ci</u> <u>reto</u>		
18º <u>ev</u> <u>diferen</u> <u>1ap</u> <u>EV</u> <u>ele</u> <u>reto</u>		
19º <u>Suete</u> <u>adher</u> <u>com</u> <u>ci</u> <u>reto</u>	<u>1ap</u> <u>ev</u> <u>ele</u> <u>reto</u>	
20º		

Dr. Raimundo Cezar S. Santos  
Enfermeiro  
COREN 73522  
15/07/2019

Simone Alves da Silveira  
CORENSE 374.919

Dr. Raimundo Cezar S. Santos  
Enfermeiro  
COREN 73522  
15/07/2019

Médico



SECRETÁRIA 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	SMO
2º. Gelco Salinizado	12 18 24 06
3º. Kefazol 1g EV 8/8hs ou Keflin 1g 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. Nauseadron 8mg EV 08/08hs SOS	12 18 24 06
7º. Antak 50mg EV ou 150mg VO 12/12hs / Omeprazol 40mg EV ou VO às 6hs	12 18 24 06
8º. Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% EV ou VO 8/8hs	12 18 24 06
9º. Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% EV 12/12hs SOS	12 18 24 06
10º. Captopril 25mg VO 8/8hs se PAS > 180 mmHg e PAD > 110 mmHg SOS	12 18 24 06
11º. Glicose 25% 04amp. EV se Glicemia < ou = 80mg/dl SOS	12 18 24 06
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

301 – 350: 06UI

251 – 300: 04UI

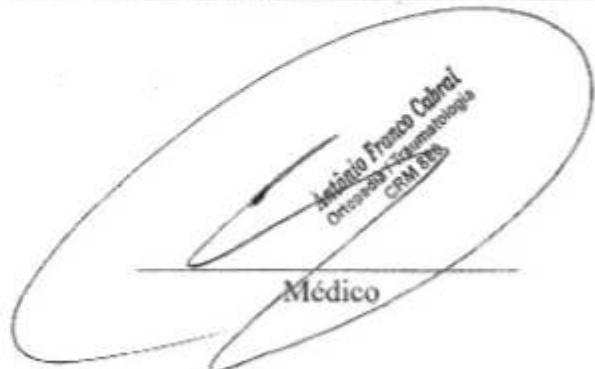
351 – 400: 08UI

> ou = 401: 10UI

15º. Curativos Diários 1 x dia

( x ) SF 0,9% + Gazes

16º SSVV 6/6hs	
17º	
18º	
19º	
20º	

  
Jeferson Franco Cabral  
Ortopedista-Traumatologista  
CRM 885  
Médico



GOVERNO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE  
ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL JOAQUIM ALVES FILHO

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### ORTOPEDIA

Paciente: Jeferson Junio L Marques Oliveira		REGISTRO: 2241	LEITO: A81	DATA: 17/07/2019
<i>Prescrição e Dieta</i>				
1	DIETA LIVRE	<i>Paciente 17-07-19</i>	<i>100-200g</i>	<i>FF</i>
2	SF0,9% 500ML EV A CADA 8H		<i>500</i>	<i>500</i>
3	KEFAZOL 1G V A CADA 8H		<i>500</i>	<i>500</i>
4	DIPIRONA 2ML + 8ML AD IV 6/6H		<i>500</i>	<i>500</i>
5	TRAMAL 50MG + 100ML SF0,9% EV A CADA 12H (SN)		<i>500</i>	<i>500</i>
6	PROFENID 100MG EV A CADA 12H (SN)		<i>500</i>	<i>500</i>
7	RANITIDINA 10MG IV 2X AO DIA		<i>500</i>	<i>500</i>
8	CLEXANE 40MG SC 1 X AO DIA		<i>500</i>	<i>500</i>
9	PLASIL 2ML + 8ML AD IV S/N		<i>500</i>	<i>500</i>
10	CURATIVO			
11	CUIDADOS E CONTROLES GERAIS			
12	AVALIACAO DA CIRURGIA DA MAO			
***** Dr Thiago Nascimento CRM 3702				

### EVOLUCAO DO DIA

Paciente internado 12.07.19 fratura radio distal + lesão flexores punho (E). Em uso de fixador externo  
Exame laboratoriais 13.07.19 Hb 14,4 mg/dl / Ht 41,4% - coagulograma normal.

Aguardando programação cirúrgica.

\*\*\*\*\*  
Dr Thiago Nascimento  
CRM 3702

18/07/19 F.R. 1º dia de seguimento. Boas.  
F.R. 1º dia de seguimento. Boas.  
Laciane E. dos Santos  
Enfermeira  
CONEHSE 12.0000

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		32 38 24 06
3º. Kefazol 1 g EV 8/8hs ou Keflin 1 g EV 6/6hs		32 20 24 06
4º. Gentamicina 240mg + SF 0,9% 200 ml EV 1x dia		32 18 24 06
5º. Dipirona 2ml + 8 ml AD EV ou Paracetamol 40gts VO 6/6hs		32 18 24 06
6º. Nauseodron 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		14 08
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, apds o dextro. 201 - 250: 02UI 251 - 300: 04UI	> ou = 401: 10UI 301 - 350: 06UI 351 - 400: 08UI	
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 13.2282

Antônio Franco Cabral  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM 596

18/07/19

Médico



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

1

DATA:

18/01/2019

° DIH

NOME:

Márcio Pinto

DIAGNÓSTICO:

	Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º.	Dieta Livre	200
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.	Nauseadron 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 > ou = 401: 10UI	301 - 350: 06UI 351 - 400: 08UI
15º.	Curativos Diários 1 x dia	SF 0,9% + Gazes
16º	SSVV 6/6hs	
17º	Óleo Mineral , 20 MI, VO se não presentar dejeções	cpb
18º		
19º		
20º		
21º		
22º		

EVOLUÇÃO:

374-010

Dr. André Luiz Cabral  
Ortopediatra Traumatologista  
CRM 106

# HUSE

HOSPITAL URGÊNCIA DE SERGIPE

## PRESCRIÇÃO MÉDICA – CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

DATA:

### DIAGNÓSTICO:

00. DIETA:

01.

04. DIPIRONA 2,0 ML + AD 3,0 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 DIARIO 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 RABAIXO

< 200-0U, 201-250-2U, 251-300-4U , 301-350-6U, >350-8U

SUSPENSO ( )

SUSPENSO ( )

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: Yerson Silveira dos Santos IDADE: 33 SEXO: M  
SETOR: VI LEITO: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ TRANSFERIDO PARA: \_\_\_\_\_

**JUSTIFICATIVA** (formulários sem justificativa não serão aceitos pela Farmácia)

INFECÇÃO:	COMUNITÁRIA HOSPITALAR	DIAGNÓSTICO: OU TOPOGRAFIA:	A S T
USO PRÉVIO DE ANTIMICROBIANO:	( ) SIM ( ) NÃO	( ) RESPIRATÓRIA ( ) URINARIA ( ) ABDOMINAL	( ) PELE E PARTES MOLES ( ) CORRENTE SANGUÍNEA ( ) 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	( ) 5d	<input type="checkbox"/>	10d	_____ dias
<input type="checkbox"/> CEFTRIAXONA 1g EV 12/12h	( ) 7d	<input type="checkbox"/>	10d	_____ dias
<input type="checkbox"/> CEFTRIAXONA 2g EV 12/12h (MENINGITE)	( ) 7d	<input type="checkbox"/>	10d	_____ dias
<input checked="" type="checkbox"/> CIPROFLOXACINA 400mg EV 12/12h	( ) 7d	<input checked="" type="checkbox"/>	10d	_____ dias
<input type="checkbox"/> CLINDAMICINA 600mg EV 6/6h	( ) 7d	<input type="checkbox"/>	10d	_____ dias
<input type="checkbox"/> AMPI/SULBACTAM 3g EV 6/6h	( ) 7d	<input type="checkbox"/>	10d	_____ dias
<input type="checkbox"/> AMICACINA 500mg EV 12/12h	( ) 7d	<input type="checkbox"/>	10d	_____ dias
<input type="checkbox"/> CEFEPIMA 2g EV 12/12h	( ) 7d	<input type="checkbox"/>	10d	_____ dias
<input type="checkbox"/> CEFEPIMA 2g EV 8/8h	( ) 7d	<input type="checkbox"/>	10d	_____ dias
<input type="checkbox"/> IMIPENEM 500mg EV 6/6h	( ) 7d	<input type="checkbox"/>	10d	_____ dias
<input type="checkbox"/> MEROPENEM 1g EV 8/8h	( ) 7d	<input type="checkbox"/>	10d	_____ dias
<input type="checkbox"/> VANCOMICINA 1g EV 12/12h	( ) 7d	<input type="checkbox"/>	10d	_____ dias
<input type="checkbox"/> TEICOPLANINA 400MG EV AO DIA	( ) 7d	<input type="checkbox"/>	10d	_____ dias
<input type="checkbox"/> FLUCONAZOL 200mg EV 12/12h	( ) 7d	<input type="checkbox"/>	10d	_____ dias
<input type="checkbox"/> ANFOTERICINA B 50mg EV AO DIA	( ) 7d	<input type="checkbox"/>	10d	_____ dias
<input type="checkbox"/> OUTRO: _____	( ) 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:

DATA: 9/11/10

**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 \_\_\_\_\_  
( ) ASSOCIAÇÃO INADEQUADA \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

PACIENTE: \_\_\_\_\_ SETOR/LEITO \_\_\_\_\_

ANTIMICROBIANO DOSE VIA POSOLOGIA DIAS



## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome do Paciente:

Tegesson Tenuist. Margos. olivaceus

Idade:

**Sexo:**

### Unidade de Produção:

Leito:

Nº do Prontuário:

Nome do Paciente:

Unidade de Produção:

Pág. 10

Pérol

Leito:

Nº do Prontuário: 2241

12 0#13

Admission

\* faziões espécies radioativas bistrô e fisiológicas.

\*. lesões Musculares. Os flexores  
nos lados e flexores do canto.

Pistola de ferro invadida  
pela polícia oficial.  
Fazenda 25-12-17

Kinschi 2.0 m size: flexible extra long tentacles  
from cilia to tentacles like tentacles from  
the tentacles respond to stimuli  
and can penetrate

Arribal in July to begin the first part of the work in the new site in July

prestressed ~~concrete~~ to a limit of the joint  
separation between  
and deformation of the concrete. It is  
possible with

Final meeting in Chengdu next



12/07/19 Paciente identificado do CC : Frat esp. de radio Late. Cyp-  
ruco (ex uso de DNP + cintilosc. Segue os condados!



PACIENTE: <i>Jefferson Júnior</i>	Nº PRONTUÁRIO:	DATA: <i>12/10/2013</i>	PRICÓDIX / Nº LACH:
CIRURGÃO: <i>Dr. Edson Bento</i>	TIPO DE ANESTESIA: <i>bloqueio do plexo</i>	CIRCULANTE: <i>Angélica</i>	
CIRURGIA: <i>Intervento de Ponto</i>	INSTRUMENTADOR: <i>J. Lima</i>	Nº DE SALA: <i>06</i>	GELADO: <i>0</i>
ENFERMEIRO: <i>Verônico</i>	ANESTESISTA: <i>Dr. J. Lima</i>	Nº DO KIT: <i>11</i>	KIT FIOS: <i>0</i>
<b>MEDICAMENTOS COMUNS</b>	<b>QTD</b>	<b>QTD</b>	
ÁGUA DESTILADA	UTILIZ.	REPOSTA	LIDOCAINA / XILOCAÍNA 2% C/V
AMINOFILINA			LIDOCAINA / XILOCAÍNA 2% S/V
ATROFILINA			LIDOCAINA / XILOCAÍNA SPRAY
BICARBONATO DE SÓDIO			PANCURÔNIO
BROMOPRIDA (DAGESAN)			RONCURÔNIO
CEFALOTINA (KEFLIN)			ROPIVACAINA
CEFAZOLINA (KEFAZOL)			<b>MATERIAIS E SANTEANTES</b>
CETOPROFENO (PROFENID)			UTILIZ. REPOSTA
CLONIDINA			ÁGUILHA 18X,045
DEXAMETASONA (DECADRON)			ÁGUILHA 25X7
DIPRIFLONA			ÁGUILHA 30X8
EPINEFRINA (ADRENALINA)			ÁGUILHA 40X12
ETILEFRINA (FORTIE)			ÁGUILHA PERIDURAL
GENTAMICINA (GARAMICINA)			ÁGUILHA RAQUI 22
GLICONATO DE CÁLCIO			ÁGUILHA RAQUI 25
LIMA F/A 5ML			ÁGUILHA RAQUI 26
HIDROCORTISONA DE 100 MG			ÁGUILHA RAQUI 27
METOCLOPRAMIDA (PLASE)			ÁLCOOL 70%
NEOSTIGMINE (PROSTIGMINE)			ALGODÃO ORTOPÉDICO
NOREpinefrina			ATAD. CREPOM
OMEPRAZOL			ATAD. GESSADA 10CM
ONDASETRONA (NAUSEDRON)			ATAD. GESSADA 15CM
RANITINA (ANTAK)			ATAD. GESSADA 20CM
SUXAMETÔNIO 100 MG (SUCINET)			CAPA P/ MICROSCÓPIO
TERBUTALINA (BRICANYL)			CAPA P/ VÍDEO
<b>SOROS</b>	<b>QTD</b>	<b>QTD</b>	<b>CATETER DE OXIGÉNIO Nº</b>
SORO FISIOLÓGICO 100ML	UTILIZ.	REPOSTA	CATETER P/ SUBCLÁVIA (INTRACAT)
SORO FISIOLÓGICO 250ML			CATETER TIPO ÓCULOS
SORO FISIOLÓGICO 500ML			CLOREXIDINA ALCOÓLICA
SORO GLICOFISIOLÓGICO			CLOREXIDINA AQUOSA
SORO GLICOSADO			CLOREXIDINA DERGEMANTE
SORO RINGER LACTATO			COLETOR DE URINA
<b>CONTROLOADOS</b>	<b>QTD</b>	<b>QTD</b>	<b>ELETRODOS</b>
DEXTROCETAMINA (KETALAR)	UTILIZ.	REPOSTA	EQUIPO BOMBA
FENTANIL + DROPERIDOL (NIPERIDOL)			EQUIPO DE SANGUE
FENTANIL 2ML			EQUIPO MACROGOTAS
FENTANIL 50ML			ESCOVA PVP
MIDAZOLAM 5MG (DORMANID)			ESPARADRAPO
MIDAZOLAM 15MG (DORMANID)			EXTENSOR
MORFINA 0,2MG (DIMORF)			FILTRÔ BARREIRA
MORFINA 10 MG (DIMORF)			GASE ALGODOADA
MORFINA 2 MG (DIMORF)			GASE SIMPLES
PARECOCIBA (BEXTRA)			GELCO Nº
PROPOFOL			LÂMINA DE BISTURI Nº
REMIFETANILA (ULTIVA)			LÂMINA DE BISTURI Nº 15
SEVOFLURANO			LÂMINA DE BISTURI Nº 21
TRAMADOL (TRAMAL)			LÂMINA DE BISTURI Nº 24
<b>ANESTÉSICOS</b>	<b>QTD</b>	<b>QTD</b>	<b>LUVAS ESTER Nº</b>
BUPIVACAÍNA 0,5% C/V	UTILIZ.	REPOSTA	LUVAS ESTER Nº 5
BUPIVACAÍNA 0,5% S/V			LUVAS ESTER Nº 8
BUPIVACAÍNA + GLICOSE (NEOCÁINA PESADA)			MICROPORE
CISATRACURIO			PVP DEGERMANTE
LIDOCAINA / XILOCAÍNA 1% C/V			PVP TÓPICO
LIDOCAINA / XILOCAÍNA 1% S/V			SERINGA 1 ML
REPOSTO POR FARMÁCIA			SERINGA 3 ML

HUSE

HOSPITAL DE URGENCIA DE SERGIPE

## REGISTRO DE ENFERMAGEM NO TRANS-OPERATÓRIO



NOME (s/abreviações):

REGISTRO: 2241

DATA: 12/07/19	INÍCIO (Entrada/sala) 09:30	TERMINO (Saída/sala) 11:50H	ALERGIA: —
CIRURGÃO: Dr. Aldebaran + Dr. Jônio Ferreira	1º AUXILIAR:		
ANESTESISTA: Dra. Tânia	2º AUXILIAR:		
INSTRUMENTADOR: <i>Joá</i>	CIRCULANTE: <i>Thiago</i>		
CIRURGIA PROGRAMADA:		LATERALIDADE	
CIRURGIA REALIZADA: Fratura exposta de punho F		<input type="checkbox"/> DIREITA	<input type="checkbox"/> ESQUERDA
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> A CORDA DO <input type="checkbox"/> SONOLENTO <input type="checkbox"/> TORPOROSO <input type="checkbox"/> COMATOSO			
<input type="checkbox"/> GERAL <input type="checkbox"/> GERAL <input type="checkbox"/> GERAL <input type="checkbox"/> GERAL <input type="checkbox"/> VENOSA <input type="checkbox"/> INALATÓRIA <input type="checkbox"/> COMBINADA <input type="checkbox"/> BALANCEADA <input type="checkbox"/> RAQUIANE			
TÉCNICA ANESTÉSICA: <input type="checkbox"/> PERDURAL C/ CATETER <input type="checkbox"/> PERDURAL S/ CATETER <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO <input type="checkbox"/> LOCA			
TOT <input type="checkbox"/> ARAMADO <input type="checkbox"/> COMUM N° _____		<input type="checkbox"/> MÁSCARA LARINGEA <input type="checkbox"/> TRAQUEÓSTOMO <input type="checkbox"/> GUEDEL <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNI	
DISPOSITIVOS: SVD <input type="checkbox"/> SILICONE <input type="checkbox"/> SUÇÃO <input type="checkbox"/> D. TÓRAX <input type="checkbox"/> D. PIZZER <input type="checkbox"/> D. KHER <input type="checkbox"/> D. BLAKE <input type="checkbox"/> D. PE <input type="checkbox"/> LÁTEX		<input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> DL <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> CATETER <input type="checkbox"/> FOGARTY	
ASSEPSIA: <input checked="" type="checkbox"/> PVI TÓPICO <input type="checkbox"/> PVI ALCOÓLICA <input type="checkbox"/> PVI DEGERMANTE <input type="checkbox"/> CLOREXIDINA ALCOÓLICA <input type="checkbox"/> CLOREXIDINA DEGERMANTE <input type="checkbox"/> CLOREXIDINA AQUOS			

## EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS UTILIZADOS

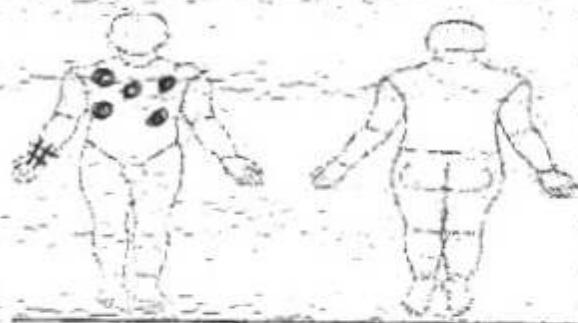
<input type="checkbox"/> BOMBA DE INFUSÃO	<input type="checkbox"/> DESFIBRILADOR	<input type="checkbox"/> MONITOR CEREBRAL (BIS)	<input checked="" type="checkbox"/> INTENSIFICADOR DE IMAGEM	<input type="checkbox"/> MANTA TÉRMICA	<input type="checkbox"/> MICROS
<input type="checkbox"/> FIBROSCÓPIO	<input checked="" type="checkbox"/> MONITOR CÁRDICO	<input checked="" type="checkbox"/> PA NÃO INVASIVA	<input type="checkbox"/> PA INVASIVA	<input checked="" type="checkbox"/> OXÍMETRO	<input type="checkbox"/> CAPNÓGRAFO
<input type="checkbox"/> FOCO AUXILIAR	<input type="checkbox"/> FONTE DE LUZ	<input type="checkbox"/> BRONCOSÓPIO	<input type="checkbox"/> VIDEOLAPAROSCÓPIO	<input type="checkbox"/> OUTROS	

POSIÇÃO:  DORSAL  VENTRAL  LATERAL DIRETO  LATERAL ESQUERDO  CANIVETE  TRENDLEMBURG  LITOTOM

## COXINS DE CONFORTO UTILIZADOS

BISTURI ELÉTRICO:  BIPOLAR  MONOPOLAR

CABEÇA  MSD  MSE  MID  ME



## PLACA DE BISTURI

## CONTAGEM DE COMPRESSAS



ENTREGUE	RECOLHIDO
----------	-----------

LOCAL:

• ELETRODOS

## CONTAGEM DE INSTRUMENTAL

+ INCISÃO CIRÚRGICA

ENTREGUE	RECOLHIDO
----------	-----------

## SINAIS VITAIS

	SpO2 (%)	FC (BPM)	FC (BPM)	PA (mmHg)	PAI (mmHg)	TEMP (°C)	FR (RPM)	GLIC
PRÉ-OPERATÓRIO	98%	77		106x56			14	
INTRA-OPERATÓRIO								
PÓS-OPERATÓRIO	97-98%	63		130x60			13	

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: Jeferson Lima n.º 1. Oliveira  
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Frot exposto pulmo e  
 CIRURGIA REALIZADA: LNC + Desbridamento + Fissões  
 CIRURGIÃO: Hildebrando + Dr. Ferreira  
 AUXILIARES:

ANESTESIA: Bloq pleu. ANESTESISTA Dra. Lilian Weller  
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

- CIRURGIA LIMPA  CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA  
 CIRURGIA CONTAMINADA  CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO?  SIM  NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

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

DESCRICAÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. Paciente em ORL sob Bloq pleu
2. Antissepsia e asepsia
3. Levegran e eustáxis de FCC loco
4. de exposição óssea em pulmão e ST
5. Reduzir a pressão óssea sob visão direta
6. e fixação com pinos K
7. Controle redondo cérvico e traqueal  
 Revisão de hemostase.  
 Fechamento por planos + curativo

Obs: Verificadas lesões: nervosa e vascular

DATA: 14/07/19

Dr. Hildebrando L. n. Neto  
Ortopedista  
CRM-SE 3216 TCR 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  
CRM-SE 161 TEC 1304



Ministério da Fazenda  
Receita Federal  
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número  
110.004.475-29

**Nascimento**  
07/05/2001





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

**À SEGURADORA LÍDER:**

VÍTIMA: JEFFERSON JUNIOR MARQUES OLIVEIRA  
TELEFONES: (79) 9992.9033 SINISTRO: 3200 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. S<sup>ta</sup>.

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 Júnior 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      **Data do acidente:** 12/07/2019      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A  
OLIVEIRA

## 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## 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 4038.501-9, 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 S/N, complemento \_\_\_\_\_, Bairro CENTRO, cidade ITABAIANA, Estado SE.

2. Outorgado EMERSON JOSE DE ALMEIDA

portador(a) do documento de identidade nº 190.167.777-38, expedido por SSP/SE, em 02/02/09 inscrito no CPF sob o nº 016.475.665-52, residente na RUA: SENHORA SANTANA, nº 26, complemento \_\_\_\_\_, Bairro Centro, cidade CAMB. Do Rito, Estado SE.

**Amplos 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.COESPSEGUROS.COM.BR](http://WWW.COESPSEGUROS.COM.BR))

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

**2º Cartório de Notas de Itabaiana**  
Praca Fávero Campos, 23 - Centro - CEP 49500-000 - Itabaiana - SE  
Fone/Fax: (79) 3421-2384 - E-mail: [autenticacaonotaria.com.br](mailto:autenticacaonotaria.com.br)

Reconheço por autenticidade a firma de JEFFERSON JUNIO LIMA  
MARQUES OLIVEIRA (20190190). Dou a  
Itabaiana - SE, 17 de dezembro de 2019.  
Em Testemunho \_\_\_\_\_ é verdade.

JOSILENE SILVA DE JESUS  
Selo: 2019026190-0009  
[www.coespseguros.com.br](http://WWW.COESPSEGUROS.COM.BR)



# 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 médica-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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

---

EMERSON JOSE DE ALMEIDA

---

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

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 12/07/2019

**Titular do CPF:** JEFERSON JUNIO LIMA MARQUES OLIVEIRA

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## 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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

---

EMERSON JOSE DE ALMEIDA

---

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

**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

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](http://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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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:

<b>Autorização de pagamento</b>	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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - N° 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 N° 445/2012

5 - Nome completo:

JEFFERSON JUNIOR LIMA MARQUES OLIVEIRA 330.004.475-29

7 - Profissão:

ESTUDANTE

8 - Endereço:

RUA: PCARO TAVARES DE JESUS

6 - CPF:

514

9 - Número:

50

10 - Complemento:

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

ITABAIANA

13 - Estado:

SE

14 - CEP:

59.600-000

15 - E-mail:

alema.s6610s.dpvt@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

(91) 9972-9033

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



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)

AGÊNCIA: 0561

CONTA: 556918

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §2º, 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, informar

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:  Falecidos:  Sim

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

40 - Local e Data,

07 DE JANEIRO 2020

ITABAIANA - SE

Jefferson Junior Lima Marques Oliveira

Assinatura da testemunha

38 - 1º | Nome:

CPF:

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (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:

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:

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. PCARO TAVARES DE JESUS 9 - Número: 51 10 - Complemento:  
 11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: ITABAÍNA 13 - Estado: SC 14 - CEP:  
 15 - E-mail: alemasseguros.dpvat@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (091) 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
AGÊNCIA: 0561	CONTA: 356918	(Informar o dígito se existir)	Nome do BANCO: _____
		(Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____
		(Informar o dígito se existir)	CONTA: _____

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (ai/nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

22 DE JANEIRO 2020

ITABAÍNA - SC

JEFERSON JUNIOR LIMA MARQUES declarante

Jeferson Junior Lima Marques declarante

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS 001 V002/2019

TESTEMUNHAS

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Jeferson Junior Lima Marques declarante

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA ESPECIAL DE ATENDIMENTO À GRUPOS VULNERAVEIS-  
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

Afeto: Delegacia Especial do 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 Lagos Do  
CEP: 49.511-899

Tipo do Local: Via Pública

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

EN VOLVIDO(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: 801.490.145-54

RG - Carteira de Identidade: 1525663

Endereço

Município: Itabaiana - SE

Logradouro: RUA PEDRO TAVARES DE JESUS

Nº: 102

Bairro: QUIMADAS

CPF: 49.500-000

Telefone: (79) 99818-9068 (Celular)

Nome Civil: JEFERSON JUNIO LIMA MARQUES OLIVEIRA (VITIMA)

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: QUIMADAS

CPF: 49.500-000

Telefone: (79) 99913-0037 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)



Delegacia de Polícia Civil Josefa Valéria Nascimento Andrade  
Impresso por: Marisa da Silva Santos  
Data de Impressão: 27/12/2019 16:52  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 137032/2019

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 110.004.475-29	Placa OKQ1049
Renavam 01034257908	Número do Motor HB02E1F012534
Número do Chassi 9C2HB0U210F8012534	Ano/Modelo Fabricação 2015/2014
Cor BRANCA	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Itabaiana	Marca/Modelo HONDA/POP100
Modelo HONDA/POP100	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 11/10/2019	Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Jeferson Júnio Lima Marques Oliveira	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

QUE NO DIA E LOCAL ACIMA MENCIONADOS ESTAVA CONDUZINDO A MOTO (PLACA: OKQ1049, DE PROPRIEDADE DE JEFERSON JÚNIO LIMA MARQUES OLIVEIRA), QUE O FILHO DO DECLARANTE, JEFERSON JÚNIO LIMA MARQUES OLIVEIRA ESTAVA NA CARUPA DA MOTO, QUE UM CARRO VEIO NA CONTRA-MÃO E ATINGIU A MOTO QUE O COMUNICANTE CONDUZIA, QUE O CONDUTOR DO CARRO EVADIU-SE DO LOCAL E O COMUNICANTE NÃO TÉM INFORMAÇÃO SOBRE QUEM SEJA, QUE O JEFERSON FICOU LESIONADO E FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE (ARACAJU/SE) APRESENTANDO LESÕES, QUE AS LESÕES CONSTAM EM RELATÓRIO MÉDICO, ESSE B.O FOI CONFECIONADO PARA FINS DE SEGURO DPVAT.

ASSINATURAS

Marisa da Silva Santos  
Agente de Polícia  
Matrícula: 167304  
Polícia Civil do Sergipe

Marisa da Silva Santos  
Assinatura do Atendimento

GINALDO DE LIMA OLIVEIRA

(Continua contas)

Este boletim de ocorrência é de uso interno e é de responsabilidade da Delegacia Especial de Atendimento à Grupos Vulneráveis, que permanece sob a responsabilidade do delegado de polícia que o elaborou, para fins de investigação e de apuração de crimes, e não é destinado a terceiros, nem é considerado documento de prova.

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - N° 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 N° 445/2012

5 - Nome completo:

JEFFERSON JUNIOR LIMA MARQUES OLIVEIRA 330.004.475-29

7 - Profissão:

ESTUDANTE

8 - Endereço:

RUA: PCARO TAVARES DE JESUS

6 - CPF:

514

9 - Número:

50

10 - Complemento:

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

ITABAÍNA

13 - Estado:

SC

14 - CEP:

89.199-033

15 - E-mail:

alema.s6610s.dpvt@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

(49) 9992-9033

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



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)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0561

CONTA: 356918

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §2º, 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, informar

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: \_\_\_\_\_

30 - Vítima deixou

Sim

Não

residuo (vai nascer):

Sim

Não

31 - Vítima teve Irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha Irmãos, informar

Vivos: \_\_\_\_\_

Falecidos: \_\_\_\_\_

33 - Vítima deixou

Sim

país/avós vivos?

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

40 - Local e Data,

07 DE JANEIRO 2020

Jefferson Junior Lima Marques Oliveira

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (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

# BOLTO PARA PAGAMENTO

Documento emitido a título fiscal.  
DIREITAMENTE PARA A RECOLHIMENTO DA CONTA  
Aviso: para garantir a eficiência da sua comunicação com a sua conta, é importante que o número da sua conta esteja sempre no topo da sua fatura.

NP 019.131.458



## DADOS DO CLIENTE

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

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

3/590436-2

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
DEZ/2019	05/12/2019	141	12/12/2019	R\$ 149,41

Acesse: [www.energisa.com.br](http://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 - ÁREA 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	49502-22
BENEFICIÁRIO: ENERGISA SERGIPE-DISTRIB.ENERGIA SA				
RUA MIN APOLOMIO SALES, 00081 - - INACIO BARBOSA - ARACAJU / SE - CEP 49040-150				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/178003-4				
13.017.462/0001-63				