



RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: José Henrique da Silva
DATA DA ENTRADA: 17/07/19
DATA DA SAÍDA: 20/07/2019

Alto

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:

Além do seu histórico de tabagismo antigo, não encontra-se nenhuma queixa referente à fadiga, isolado ou associada à hipotensão e tontura. Foi admitido, tratado e em recuperação, com o seu retorno

INVESTIGAÇÕES

16 SET 2019

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

17/07/19: Fizemos exame de hemograma normal

EXAMES COMPLEMENTARES:

22 exame: Hemograma suspeito com a glicemia

MÉDICOS ASSISTENTES:

Arthur Maynard P. Silveira

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

ARACAJU, 12 de Agosto de 2019

Dr. Silvio C. V. Almeida

SAMA / NOSE

CRM 2510

[Assinatura]

Datas
Odebrecht

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 22322
CNS:

DATA: 17/07/2019 HCRA: 12:48 USUARIO: ACFERREIRA
SETOR: 28-AZUL (POLTRONA) PS ADULTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE HIPOLITO DOS SANTOS
IDADE.....: 46 ANOS NASC: 21/10/1972
ENDERECO....: POV VAZEA VERDE
COMPLEMENTO...: 706008883851246 BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO....: JAPARATUBA UF: SE CEP...: 49960-000
NOME PAI/MAE...: LIONIDIO HIPOLITO DOS SANTOS /ELZER PEREIRA DOS SANTOS
RESPONSAVEL...: ESPOSA ROSIMEIRE TEL...: 7999822737
PROCEDENCIA...: JAPARATUBA-SE
ATENDIMENTO....: FRAQUEZA
CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

Sa-95

PA: [142 x 92 mmHg] PULSO: [60] 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: ___/___/___

INVESTPREV

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

17 SET 2019

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

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 [] IME [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA RE-CARIMBO DO MEDICO

DATA: 18/07/2019
HORARIO: 13:30
TÉCNICO: Gilson
Assinatura: Gilson

NCH : TCG JUNIOR + HSOC

HUSE

1429

17/07/19

FTPc (E)

HOSPITAL DE URGENCIA DE SERGIPE

ECG / SS / pulseira / HMP-a (D)



Fundação
Hospitalar
da Saúde

FICHA DE ATENDIMENTO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO – SISTEMA DE MANCHESTER

NOME DO PACIENTE (Sem abreviações):

TC = HSOC FTPc (E) com lesão

IDADE:

ETNIA:

DATA DE NASCIMENTO

NOME DA MÃE:

REGISTRO:

DATA: 17/07/19

HORA:

TUADA / QUEIXA:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

CD Indicado TTO
Centro

Encaminhamento: neurocirurgia
Tempo Tc (paciente)

UXOGRAMA:

DISCRIMINADOR:

ERGIAS (MEDICAMENTOS E ALIMENTOS):

VERMELHO	LARANJA	AMARELO	VERDE	AZUL
	MUITO URGENTE	URGENTE	POUCO URGENTE	NÃO URGENTE
0 MIN	10 MIN	60 MIN	120 MIN	240 MIN

BSERVAÇÃO:

ESTADO / ENCAMINHAMENTO:

NF:

COREN:

ASSINATURA:

ORDENADOR:

DATA: 17/07/19

HORA: ___ h

ECLASIFICAÇÃO PARA A PRIORIDADE:

ENF.: 849326

COREN:

, DISCRIMINADOR
às ___ h ___ min.

Born
03/63

CONFIRMADA IDENTIFICAÇÃO COM O PACIENTE / FAE / PULSEIRA? (S/N)

COLOCADA PULSEIRA? (S/N)

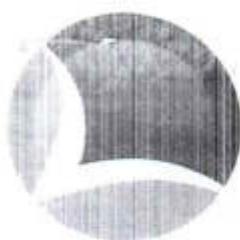
QUAL MEMBRO? (PULSO E / PULSO D / TORNOZELO E / TORNOZELO D)

INVESTPREV

HOSPITAL DE URGENCIA DE SERGIPE GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO
Av. Tancredo Neves, S/N – Bairro Capuchão, CEP 49080-470, Aracaju – Sergipe. Tel: 3216-2600

17 SET 2019

JH



Lactise
consultas e exames

José Hipolito dos Santos
46 anos
Neurocirurgia (Urgente)

Relatório médico :

Cefaléia recorrente , após TCE por queda de moto 2 meses atrás
 Sente as pernas fracas
 Esquecimento
 Sem outras patologias
 Ex-fumante , também parou de beber após o acidente
 Sono regular
 Stress habitual
 PA 130 x80
 Exame clínico neurológico normal
 TC hematoma sub-dural crônico bilateral isodenso , com pequenas áreas de hiperdensidade , sendo maior à esquerda
 Necessita de tratamento cirúrgico .

INVESTPREV

18 SET 2019

Aju , 17/07/19



Obs: Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.

Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Macaíba/SE

www.lactise.com.br | Fone: (79) 3253-7200

WhatsApp: (79) 3253-7200

MARQUE JÁ O SEU PRÓXIMO ATENDIMENTO! TRABALHAMOS POR TODO O ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

INVESTPREV

11 SET 2019

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 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 COAF**².

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu marcos d. o. Rosa inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.003.675/00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário jose Hipólito Dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 180.218.098/25, do sinistro de DPVAT cobertura insalubridade da Vítima jose Hipólito Dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 180.218.098/25, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua dos Sílos</u>	Número	<u>217</u>	Complemento	<u>Ex-titário</u>
Bairro	<u>Brasília</u>	Cidade	<u>DF - Gama</u>	Estado	<u>SG</u>
Email	<u>marcosduferia@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>61.99189207</u>	Telefone celular (DDD)	<u>61.9925258</u>

df. Gama 09/09 de 09 de 19
 Local e Data

marcos duferia
 Assinatura do Declarante

INVESTPREV



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoreslider.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: 4020-1598 / Outras regiões: 0800 032 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 032 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Taís da Silva Santos,

RG nº 3.797.578-1, data de expedição 22/04/2014

Órgão SSP/SE, portador do CPF nº 078.516.455-30

com domicílio na cidade de Japaratuba, no Estado de

Geórgia, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Bura Nogueira 2micos, nº 91,

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

José Hipólito Juber Santos, cujo o condutor era José Hipólito Juber Santos.

Veículo: Moto / MOTOCICLETA Modelo: Honda/XRE 300 Ano: 2009/2010

Placa: IAJ Chassi: 9C2N10910AR002987

Data do Acidente: 17/07/2019

Local e Data:

Japaratuba ; 03.09.2019

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

1º OFÍCIO DE JAPARATUBA/SE
Reconheço a assinatura por AUTÊNTICIDADE de:
(1) TAÍS DA SILVA SANTOS
Japaratuba/SE, 04 / 09 / 2019. Dou fé.
Silvestre Antônio Rodrigues Cabral, Escrivente
autorizado,

Seção TJSE: 201929830004371
Acesso: www.tjse.jus.br/x/KBX4Z4



INVESTPREV

11 SET 2019



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para maiores esclarecimentos, acesse o site www.seguradonslider.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 85

Eu, Taís Da Silva Santos,

RG nº 3.797.578-1, data de expedição 22/04/2014

Órgão SSP/SE, portador do CPF nº 078.516.455-30

com domicílio na cidade de Japaratuba, no Estado de

Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Boca Negra 2 milhas, nº 91,

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

José Hipólito da Silva Santos, cujo o condutor era

José Hipólito da Silva Santos.

Veículo: BAS/MOTOCICLETA Modelo: Honda/XRE 300 Ano: 2009/2010

Placa: IAJ4117 Chassi: 9G2N10910AR002987

Data do Acidente: 17/07/2019

Local e Data:

Japaratuba ; 03.09.2019

Taís da Silva Santos.

Assinatura do Declarante

INVESTPREV

16 SET 2019

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

1º OFÍCIO DE JAPARATUBA/SE

Reconhecimento à assinatura por AUTÊNTICIDADE de:

(1) TAÍS DA SILVA SANTOS

Japaratuba/SE, 04 / 09 / 2019. Dou fé,

Silvestre Antônio Rodrigues Cabral, Escrivente
autorizado,

Seu TJSE: 201929639004371

Acesso: www.tjse.jus.br/xKBX4Z4



RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: José Hipólito da SilvaDATA DA ENTRADA: 12/07/19DATA DA SAÍDA: 20/07/2019

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 (R) ENFERMARIA R UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Alimentava bem, desidratação moderada, com ameaça ao seu amparo vital, motivo hospitalar resolvendo a hipotensão e dor.
Foi admitido, tratado, e está recuperado,
sendo alta em alta condição.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

12/07/19: Fizemos exame de hidrocoelograma

EXAMES COMPLEMENTARES:

Exame: hidrocoelograma suspeito com 1 litro

MÉDICOS ASSISTENTES:

Maria Mayná P. Oliveira

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO R TRANSFERIDO () ÓBITO ()ARACAJU, 12 de Agosto de 2019

Dr. Silvio C. V. Almeida
SAMA / HOSPE
CRM 2510

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

INVESTPREV

11 SET 2019

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO PE: 22322

DATA: 17/07/2019 HCRA: 12:48 USUARIO: ACFERREIRA

CNS:

SETOR: 28-AZUL(POLTRONA)PS ADULTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE HIPOLITO DOS SANTOS
IDADE.....: 46 ANOS NASC: 21/10/1972
ENDERECO....: POV VAZEA VERDE
COMPLEMENTO...: 706008883851246 BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO....: JAPARATUBA UF: SE CEP...: 49960-000
NOME PAI/MAE...: LIONIDIO HIPOLITO DOS SANTOS /ELZER PEREIRA DOS SANTOS
RESPONSAVEL...: ESPOSA ROSIMEIRE TEL...: 7999822737
PROCEDENCIA...: JAPARATUBA-SE
ATENDIMENTO....: FRAQUEZA
CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

DOC...:
SEXO...: MASCULINO
NUMERO:

PA: [142 x 92 mmHg] PULSO: [60] 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: ___/___/___

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

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 [] IMPLANTADA-P5

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

DATA: 18/07/2019

HORARIO:

TECNICO:

Assinatura:

NCH: TCG JUNIOR + HSOC

HUSE

1429

17/07/19

FTPc (E)

HOSPITAL DE URGENCIA DE SERGIPE

Fundação
Hospitalar
da Saúde

ECG PSS fosfole (HMI-a) A

FICHA DE ATENDIMENTO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - SISTEMA DE MANCHESTER

ÓME DO PACIENTE (Sem abreviações):

TC = HSOC FTPc (E) com lesão

DOE:

ETNIA:

REGISTRO:

ATA DE NASCIMENTO

NOME DA MÃE:

DATA: 17/07/19

HORA:

SITUAÇÃO / QUEIXA:

CD Indicado TTO
Cerebral

Encarceramento neurocirúrgico
Tum T6 (recente)

UXOGRAMA:

DISCRIMINADOR:

ERGIAS (MEDICAMENTOS E ALIMENTOS):

Antihipertensivo
Antidiurético
SE 3035 go olengo

URGÊNCIA	CARANJA	AMARELO	VERDE	AZUL
	MUITO URGENTE	URGENTE	POUCO URGENTE	NÃO URGENTE
0 MIN	10 MIN	60 MIN	120 MIN	240 MIN

BSERVAÇÃO:

ESTÍNC / ENCAMINHAMENTO:

NF:

COREN:

ASSINATURA:

COORDENADOR:

DATA: 17/07/19

HORA: h

ECLASSIFICAÇÃO PARA A PRIORIDADE:

ENF.: Dr. J. G. L.

COREN:

DISCRIMINADOR
às h min.

Bairr.
030 69

CONFIRMADA IDENTIFICAÇÃO COM O PACIENTE / FAE / PULSEIRA? (S/N)

LOCADA PULSEIRA? (S/N)

QUAL MEMBRO? (PULSO E / PULSO D / TORNOZELO E / TORNOZELO D)



José Hipólito dos Santos
46 anos
Neurocirurgia (Urgente)

Relatório médico :
Cefaléia recorrente , após TCE por queda de moto 2
meses atrás
Sente as pernas fracas
Esquecimento
Sem outras patologias
Ex-fumante , também parou de beber após o
acidente
Sono regular
Stress habitual
PA 130 x80
Exame clínico neurológico normal
TC hematoma sub-dural crônico bilateral isodeno ,
com pequenas áreas de hiperdensidade , sendo
maior à esquerda
Necessita de tratamento cirúrgico .

LACTISE CONSULTAS E EXAMES

Aju , 17/07/19



Obs. Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.

Rua Santa Rita, 975 - Centro - Aracaju - SE

www.lactise.com.br

Fone: (79) 3253-7200

WhatsApp: (79) 3253-7200

MARQUE JÁ O SEU PRÓXIMO ATENDIMENTO - TRABALHAMOS DIA E NOITE

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 2523
Numero do CNS.....: 0000000000000000
Nome.....: JOSE HIPOLITO DOS SANTOS
Documento.....: Documento.....: Tipo :
Data de Nascimento: 21/10/1972 Idade: 46 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: LIONIDIO HIPOLITO DOS SANTOS
Nome da Mae.....: ELZER PEREIRA DOS SANTOS
Endereco.....: POV VAZEA VERDE 706008883851246
Bairro.....: ZONA RURAL Cep.: 49960-000
Telefone.....: 7999822737
Municipio.....: 2803302 - - SE
Nacionalidade....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada..: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 22322
Clinica.....: 918 - CENTRO CIRURGICO SRPA
Leito.....: 999.0141
Data da Internacao: 17/07/2019
Hora da Internacao: 15:50
Medico Solicitante: 832.683.405-04 - ARTHUR MAUNART PEREIRA OLIVEIRA
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: ESBANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

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

LEITO:

PREScrição MÉDICA

NOME	JOSÉ HIPÓLITO DOS SANTOS	IDADE	46
DIAGNÓSTICOS	POS OP HSDC	Data:	20/07/2019
#	PREScriÇÃO	HORÁRIOS	
1	DIETA VO BRANDA LAKATIVA R	SND	
2	SF 0,9% 2000ML IV EM 24H	12	14 18 20 06
3	KEFLIN 1G IV 6/6H	SOS	
4	DIPIRONA 2ML + 8ML AD IV 6/6H SOS	SOS	
5	CETOPROFENO 100MG + 100ML SF 0,9% IV 12/12H SOS	SOS	
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV 06/06H SOS	SOS	
	PREDNISONA 20MG VO 1X/DIA		22
7	PLASIL 01AMP + AD IV 3/8H SE NAUSEAS OU VOMITOS	SOS	
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PA \geq 160x90MMHG	SOS	
9	HALDOL 05 MG IM SE AGITAÇÃO	SOS	
10	DIAZEPAM 10MG + AD EV LENTO SE CRISE CONVULSIVA	SOS	
11	OMEPRAZOL 40MG IV AS 6H		06
12	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA		30
13	LACTULONA OU OLEO MINERAL 30 ML VO 12/12H SOS	SOS	
14	CABECEIRA ELEVADA A 30°	ATENÇÃO	
15	GLICEMIA CAPILAR 6/6H - ANOTAR (ACM/SOS): 1) VALOR: (HORA :); 2) (:); 3) (:); 4) (:)	ACM / SOS	
16	INSULINA REGULAR SC, CONFORME GLICEMIA CAPILAR (MG/DL): <180 = 00 UI; 181-200 = 02UI; 201-250 = 04UI; 251-300 = 06UI; 301-350 = 08UI; 351-400 = 10UI; >400 = 12UI		
17	GLICOSE A 50% 04 MP SE GLICEMA < 70MG/DL; REPETIR HGT APÓS 20 MINUTOS; SE PERSISTIR, COMUNICAR MÉDICO ASSISTENTE		
18	CABECEIRA ELEVADA 30°		
19	CCCG + SSVV 6/6H		
20	ALTA HOSPITALAR		
21			
22			
23			
24			

Ora
Crislaine Rocha
COREN-379544-ENF

200

Nome do Paciente: José Hipólito dos Santos Idade: _____ Pá.
Unidade de Produção: _____ Leito: _____ Nº do Prontuário: _____ Sex.

HKCKH 17/07/19

Social submetida a discussão de Agostinho e Pedro
Côrtes, nem alterou a proposta por Dr. Belo e a intenção de
Sather.

Point, it looks a mile.

Codice 111.1.1 IRPA

Ericinias posticata c. abr 100 by DPC

~~Dr. Dieter Hennrich~~

18107119 HNCW

Point re. this, my question on December
E.M. F.C. b. D. re. current slow
C. and. John T C do. same.

~~Dr. Davies Parsonage
Brockhouse
CRAIG 5-107.~~

19107119 HUCR#

Bowl + lith., in grave or
aberration

Eni Madi

UPL VPM

Dr. Birnir Perlmutter
Neurocinetics
CRM-SE 5162

20/07/19 #VTP

Branca e leva os frutos em abacaxi

Ela fala

anda. Até hospitalo

~~Dr. Didero P. S. Góes
Neurocirurgião
CRM-SP 1862~~



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



Fundação
Hospitalar
de Saúde

Nome do Paciente:

José Hipólito dos Santos

Idade: 46

Sexo: M

Unidade de Produção:

SEPA

Leito: 03

Nº do Prontuário:

2523

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
17-7-19	18:40	Pacientes provenientes da ilha continental para SRPA devido ao seu colaborador em uso de AIV em parotectomia + exérise em região da orelha, que apresentava maturação endocrina, segue aos cuidados da equipe de enfermagem mantendo SSUV: PA: 177x78 mmHg Fe=49/Sat=96%.
	20:30	Breve evolução com teto e constrição de diafragma, sopro epiglótico não desce sobre pressão em uso de AIV em HSE anterag. com OR 1m - boa permeabilidade com exercícios pulmonares no paciente com SSUV: PA-172x103 F=48 Sat 95% S: 35-R:
	20:45	Breve período de estreitamento, hemodinâmica estável. Sintomas desapareceram com uso de amilnitro, uso aparente, momento admissível medir teor de CO ₂ 34%
	22:00	Não foi administrado fármaco broncodilatador na instituição
	24:00	Oncab SSUV Pa-173x103 F=51 Sat 99% Ocorreram hipertensão, administração de diurético e nitroglicerina, PA-187 mmHg, saturação 96 de oxigênio arterial, CO ₂ 35.5%.
	17:00	Paciente segue no SRPA, sem alterações no momento, sem uso de sedativo, paroxismo de respiração bem suportado, aos cuidados da equipe.
		Pa-176 mmHg, F=56%, Sat 98%, PA-154x102 mmHg.

- 18: 04:00 Administrado medicos douse horário -
- 07: 06:00 Pcte. passou período bem intercorvôncias administrado medicos des horário, apertado 96W
 PA: 166 x 105 mmHg, FC 52 bpm SAT: 97%
 R: 18 Tax: 36,3% segue em observação -
- Chuva
- 18: 07h Pcte no leito acordado Verb. evolução
 orientado afetos supérfície faz uso de sotérias + curativo np região esofágica, segue d 10 cm metro AF Onicelice
- 19: 09hs Realizado banho no leito + estéticas do leito e curativo np região esofágica
 pcte relata que não consegue dormir diurese, levo: evolução AF Onicelice
- 10h Pctm. medicamentos douse horário C.P.M
- 12h Pctm. medicamentos douse horário C.P.M, pcte. apresentou diurese espontânea, pcte. leve pt VPE AF Onicelice
- 13:30 Admitido procedente dta SRPA acorrido, orientado a queixas
- 13:30 10 leito lio durado dorsal, bônus, ventral, quando orina, urinatice, supérfície, um uso d 10 cm bônus na rotina m. canto, sem queixa, segue no momento
- 14:00 Sigue bem tranquila, dimissão
- 16:00 Dimissão no momento administrado medicamento tópico
- 18:00 Administrado medicamento d 10 cm supérfície: 98 mg / dl, anche bem d clínica estabilis, função renal regularizada, sangue bom tranquilo; enzimas normais d supérfície
- 20h Dto. 1076, ve se AA, duploca, d 10 cm supérfície
- 22h idem medicamenta d 10 cm - Níveis 28,7Kg
- 24h idem medicamenta d 10 cm - Níveis 28,7Kg
- 04h idem medicamenta d 10 cm - Níveis 28,7Kg
- 06:00 Foi administrado medicamento conforme a prescrição médica % Sorelli

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Nome do Paciente: José Hipólito

Idade:

Sexo:

U.P.:

Matrícula:

18h P.R. no leito abrindo os olhos com força, respondendo palavras simples, com voz clara e familiar. A U.P. é hipotensiva, acalma, dorme.

Permanecendo Teto de Orientação 100% com audição da voz.

12h Segue com cuidados da higiene, realizada enxaguado bucal.

18h Sigue com cuidados da higiene, realizada enxaguado bucal.

20h Paciente no leito calmo, consciente orientado.

Ocorre sono em teto de 100%.

18h P.R. no leito orientado.

18h Administração de medicamentos feita.

18h P.R. no leito, depois de cair de cama.

18h P.R. no leito, calmado.

18h P.R. no leito, consciente orientado.

18h P.R. no leito, com AFP administrada medicação de higiene.

18h P.R. no leito, calmado.

18h P.R. no leito, consciente orientado.

18h P.R. no leito, com AFP hidrolisado, realizou banho de aspersão.

18h P.R. no leito, calmado.

18h P.R. no leito, com AFP hidrolisado, realizou banho de aspersão.

Tutoria Núcleo das Residências
Técnica administrativa
08h-10h

08h-10h

505

9:30h Vde. vane de
acta Hospitalar

Cristiane Rocha
COREN-379544-ENF

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE
FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE : JOSE HIPOLITO DOS SANTOS

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO: HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO

CIRURGIA REALIZADA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HEMATOMA SUBDURAL

CIRURGÃO: DR ARTHUR MAYNART

AUXILIARES: DR ERNEO GUEDES / DR DIMAS FERNANDES

ANESTESIA: GERAL

ANESTESISTA: DR

DIAGNÓSTICO PÓS- OPERATORIO: O MESMO

CIRURGIA LIMPA CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA
 CIRURGIA CONTAMINADA CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSAO? SIM NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

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

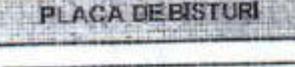
DESCRICAÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. PACIENTE EM DOR COM CABEÇA INCLINADA PARA DIREITA SOBRE RODILHA
2. TRICOTOMIA DA REGIÃO FRONTE-PARIETAL + DEGERMAÇÃO
3. ACCESORIA COM FVPI DECREMANTES E TOPICO
4. ESTABILIZAÇÃO DO CAMPO OPERATÓRIO + INFILTRAÇÃO COM MILOCALINA
5. INCISÃO CIRURGICA PARIETAL DUPLA; DISSEÇÃO POR PLANOS; HEMOSTASIA
6. EXPLORAÇÃO FRONTE-PARIETAL E PARTE ALA ESQUERDA
7. ABERTURA DA DURA-MÁTER COM DRENAGEM DA COLEÇÃO HEMÁTICA HIPERTENSIVA + RETIRADA DE BORDAS DE DURA MATER
8. LIGADURA DA VENULA PARIETAL FUGAZ E ABUNDANTE
9. REVISÃO DA HEMOSTASIA E DA LIMPEZA DO HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO
10. FECHAMENTO POR PLANOS
11. VACUUM CLOUTAGE



NOME (s/abreviações):

DATA: 17-07-1

HORA Entrada/sala	HORA Saída/sala	HORA Incisão	HORA rafia	ALERGIA:
15:40 H	18:39 H	16:50 H	H	
CIRURGIAO: Dr. Arthur		1º AUXILIAR:		
ANESTESISTA: Dr. Ana Nova		2º AUXILIAR:		
INSTRUMENTADOR: Andréza.		CIRCULANTE: Gilvane.		
CIRURGIA PROGRAMADA: Pneumotomia H SDC		LATERALIDADE		
CIRURGIA REALIZADA: Pneumotomia.		<input type="checkbox"/> DIREITA <input type="checkbox"/> ESQUERDA		
NÍVEL DE CONSCIENCIA: <input checked="" type="checkbox"/> ACORDADO <input type="checkbox"/> SONOLENTO <input type="checkbox"/> TORPOROSO <input type="checkbox"/> COMATOSO <input checked="" type="checkbox"/> GERAL VENOSA <input type="checkbox"/> GERAL INALATÓRIA <input type="checkbox"/> GERAL COMBINADA <input type="checkbox"/> GERAL BALANCEADA <input type="checkbox"/> RAQUIANES				
TÉCNICA ANESTÉSICA: <input type="checkbox"/> PERIDURAL C/ CATETER <input type="checkbox"/> PERIDURAL S/ CATETER <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO <input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO <input type="checkbox"/> LOCAL				
TOT <input checked="" type="checkbox"/> ARAMADO <input type="checkbox"/> MÁSCARA LARINGEA <input type="checkbox"/> TRAQUEÓSTOMO <input type="checkbox"/> GUEDEA <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> COMUM <input type="checkbox"/> N° _____				
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				
CVC <input type="checkbox"/> DL <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> CATETER FOGARTY				
ASSEPSIA: <input checked="" type="checkbox"/> PVPI TÓPICO <input type="checkbox"/> PVPI ALCOÓLICA <input type="checkbox"/> PVPI DEGERMANTE <input checked="" type="checkbox"/> CLOREXIDINA ALCOÓLICA <input type="checkbox"/> CLOREXIDINA DEGERMANTE <input type="checkbox"/> CLOREXIDINA AQUOSA				
EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS UTILIZADOS				
<input type="checkbox"/> BOMBA DE INFUSÃO <input type="checkbox"/> DESFIBRILADOR <input type="checkbox"/> MONITOR CEREBRAL (BIS) <input type="checkbox"/> INTENSIFICADOR DE IMAGEM <input type="checkbox"/> MANTA TÉRMICA <input type="checkbox"/> MICROSCÓPIO				
<input type="checkbox"/> FIBROSCÓPIO <input checked="" type="checkbox"/> MONITOR CARDIÁCO <input checked="" type="checkbox"/> PA NÃO INVASIVA <input type="checkbox"/> PA INVASIVA <input checked="" type="checkbox"/> OXIMETRO <input type="checkbox"/> CAPNÓGRAFO				
<input type="checkbox"/> FOCO AUXILIAR <input checked="" type="checkbox"/> FONTE DE LUZ <input type="checkbox"/> BRONCOSÓPIO <input type="checkbox"/> VIDEOLAPAROSCÓPIO <input type="checkbox"/> OUTROS _____				
POSIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> DORSAL <input type="checkbox"/> VENTRAL <input type="checkbox"/> LATERAL DIREITO <input type="checkbox"/> LATERAL ESQUERDO <input type="checkbox"/> CANIVETE <input type="checkbox"/> TRENDLEMBURG <input type="checkbox"/> LITOTOMIA				
COXINS DE CONFORTO UTILIZADOS		BISTURI ELÉTRICO: <input type="checkbox"/> BIPOLAR <input type="checkbox"/> MONOPOLAR		
<input type="checkbox"/> CABEÇA <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> ME		PLACA DE BISTURI 		CONTAGEM DE COMPRESSAS ENTREGUE <input checked="" type="checkbox"/> RECOLHIDA <input checked="" type="checkbox"/>
		LOCAL: • ELETRODOS 05 + INCISÃO CIRÚRGICA		CONTAGEM DE INSTRUMENTOS ENTREGUE <input checked="" type="checkbox"/> RECOLHIDA <input checked="" type="checkbox"/>

SINAIS VITais

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA



ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

SIM NÃO N-

- 1 Dados pessoais confirmados com o paciente+equipe+prontuário+pulseira
 2 Procedimento/sítio cirúrgico confirmado com paciente+equipe+prontuário+exames
 3 Termo de consentimento assinado
 4 Checado funcionamento do equipamento anestésico
 5 Alergias conhecidas:
 6 Via aérea difícil e/ou risco de broncoaspiração
 Se SIM, os materiais devem estar disponíveis em sala
 7 Avaliado risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/kg em crianças)
 Se SIM, paciente deve ter 2 AVP calibrosos puncionados ou CVC e fluido previsto em sala

INVESTPREV

11 SET 2019

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

SIM NÃO NA

- 8 Todos os membros da equipe se apresentam informando nome e função
 9 Equipe confirma nome do paciente, local da cirurgia e procedimento
 0 Imagens essenciais disponíveis na sala operatória
 1 Antibiotoprofilaxia administrada nos últimos 60min.
 2 Materiais e implantes no prazo de validade

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÃO

SIM NÃO NA

- 3 Contagem de instrumentais, compressas e agulhas estão corretas
 4 Biópsia identificada com: Nome completo, data de nascimento, nº do prontuário, cirurgião e data do procedimento. Nº de amostras
 5 Identificados problemas com equipamentos durante o procedimento
 6 Recomendações especiais para o pós operatório

ANOTACOES DE ENFERMAGEM

RA	REGISTRO	ASSINATURA
	07/01/2019 - 10:00 - S.O. - Consciente, orientado, sem uso de aparelhos anestésicos, paciente monitorado, seguindo os cuidados da equipe. Glendolys 139200370.	
	Início da incisão + intubação com Tuleo 2.	
	anestesista, presentes todos os cuidados da equipe - Glendolys	
	Início da perfusão, sem lesão do crânio nem intercorrências, seguindo os cuidados da equipe. Glendolys 139200370.	
	presente algum em sala em procedimento sem intercorrências.	
	Fim da procedimento sem intercorrências - Glendolys	
	Paciente extubado em intercorrências. Glendolys 139200370.	
	paciente intubado para SRPA sem intercorrências.	
	algum dos cuidados da equipe - Glendolys 139200370.	



INVESTPREV

11 SET 2019



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190527093 **Cidade:** Japaratuba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE HIPOLITO DOS SANTOS **Data do acidente:** 17/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBDURAL A ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO CRÂNIO ASSIMÉTRICO COM PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA EM FORMA DE 'C' NO COURO CABELOU A ESQUERDA COM JANELAS ÓSSEAS, TÔNUS, REFLEXO, FORÇA MUSCULAR, MOVIMENTOS E SENSIBILIDADE DOS DÍMIDOS PRESERVADOS. PERICIADO EM VIGÍLIA, VERBALIZANDO, LUCIDO COM PERÍODOS DE DESORIENTAÇÃO NO ESPAÇO E NO TEMPO, FALA DISLALICA, REFERINDO CEFALÉIA, TONTURA, ANOSMIA, DISGEUSIA. A ESPOSA DO PERICIADO REFERE QUE O MESMO VEM APRESENTANDO HUMOR LÁBIL, AGRESSIVIDADE, AMNESIA E CRISES CONVULSIVAS E FAZ USO DE AMYTRIL E GARDENAL.

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DAS LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO SENSO DE ORIENTAÇÃO ESPACIAL E DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL

Sequelas: Com sequelas

Data do exame físico: 02/10/2019

Conduta mantida:

Observações:

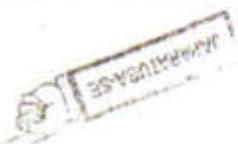
DANOS

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
Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINOS ESPECÍFICOS DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Por este instrumento particular, eu (nome completo) José Hipólito dos Santos,
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Empresário, portador da cédula de identidade RG nº 3866292-2, emitido pela SSP / (UF) SE, inscrito sob o CPF nº 180.218.098-25, residente na (endereço completo) Rua da Torreia Verde, na cidade de Japaratuba, (UF) SE, CEP 49960-000, nomeio e constituo meu procurador, (nome do representante) José Marcos D. Rebeca,
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Consultor, portador da cédula de identidade RG nº 212.338.29, emitido pela SSP / (UF) SE, inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na (endereço completo) Rua dos Silves, na cidade de N. Sra Do Rosário, (UF) SE, CEP 49.680.000, a quem confiro amplos e gerais poderes para, tratar, requerer, assinar papéis e documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO SEGURO DPVAT** da vítima (nome da vítima) José Hipólito dos Santos junto à SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT.

(local e data) Emergências 10.04.19



(assinatura) José Hipólito dos Santos
(RG) 3866292-2

1º OFÍCIO DE JAPARATUBA/SE
Reconheço a assinatura por AUTÊNTICIDADE de:
(1) JOHES HOPOLITO DOS SANTOS
Japaratuba/SE, 11 / 08 / 2019. Dou fé.
Silvestre Antônio Rodrigues Cabral, Escrivente
autorizado.

Selo TJSE: 201929639004441
Acesse: www.tjse.jus.br/x/3RC7EC



OBS: (a assinatura deve ser r)

Silvestre A. R. Cabral
Escrivente
Cartório 1º Ofício Japaratuba

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0314887/19

Vítima: JOSE HIPOLITO DOS SANTOS

CPF: 180.218.098-25

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/07/2019

Titular do CPF: JOSE HIPOLITO DOS SANTOS

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA : 020.003.675-00

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

JOSE HIPOLITO DOS SANTOS : 180.218.098-25

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/09/2019
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/09/2019
Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO
CPF: 221.365.090-04

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

JOSE MARINO GOYA ARAUJO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0314887/19

Número do Sinistro: 3190527093

Vítima: JOSE HIPOLITO DOS SANTOS

CPF: 180.218.098-25

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/07/2019

Titular do CPF: JOSE HIPOLITO DOS SANTOS

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de registro de acidente declarado

Declaração do Proprietário do Veículo

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 16/09/2019

Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

CPF: 020.003.675-00

Data do cadastramento: 16/09/2019

Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO

CPF: 221.365.090-04

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

JOSE MARINO GOYA ARAUJO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0314887/19

Número do Sinistro: 3190527093

Vítima: JOSE HIPOLITO DOS SANTOS

CPF: 180.218.098-25

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/07/2019

Titular do CPF: JOSE HIPOLITO DOS SANTOS

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de registro de acidente declarado

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/09/2019
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2019
Nome: GERALDO HENRIQUE DE CASTRO
CPF: 749.689.716-72

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

GERALDO HENRIQUE DE CASTRO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0314887/19

Número do Sinistro: 3190527093

Vítima: JOSE HIPOLITO DOS SANTOS

CPF: 180.218.098-25

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/07/2019

Titular do CPF: JOSE HIPOLITO DOS SANTOS

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de registro de acidente declarado

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/09/2019
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/09/2019
Nome: GERALDO HENRIQUE DE CASTRO
CPF: 749.689.716-72

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

GERALDO HENRIQUE DE CASTRO

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: 10/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE HIPOLITO DOS SANTOS

BANCO: 047

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 00001009882-5

Nr. da Autenticação DDCC82B414E030BE

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

Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190527093

Vítima: JOSE HIPOLITO DOS SANTOS

Data do Acidente: 17/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE HIPOLITO DOS SANTOS

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

Comprovação de registro de acidente declarado	Apresentar a cópia simples do Boletim de primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados com o nome completo/correto da vítima, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue está incorreto.
Declaração do Proprietário do Veículo	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue está incorreto/incompleto. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site.

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. 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, 16 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190527093

Vítima: JOSE HIPOLITO DOS SANTOS

Data do Acidente: 17/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE HIPOLITO DOS SANTOS

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

Comprovação de registro de acidente declarado	Apresentar a cópia simples do Boletim de primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados com o nome completo/correto da vítima, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue está incorreto.
--	---

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. 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, 24 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190527093

Vítima: JOSE HIPOLITO DOS SANTOS

Data do Acidente: 17/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE HIPOLITO DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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. 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, 13 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190527093

Vítima: JOSE HIPOLITO DOS SANTOS

Data do Acidente: 17/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE HIPOLITO DOS SANTOS

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.**

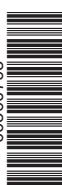
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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. 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, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190527093 **Vítima: JOSE HIPOLITO DOS SANTOS**

Data do Acidente: 17/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE HIPOLITO DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal

100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: JOSE HIPOLITO DOS SANTOS

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 047

Agência: 00000041

Conta: 000001009882-5

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	180.218.098-25	Jose Hipólito dos Santos		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:			CPF:	180.218.098-25
Profissão:	Endereço:			Número: 511 Complemento: Rasa
Bairro:	Cidade:			CEP: 249.960-000
E-mail:				
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).				

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00	

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: Banuse
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: 041 CONTA: 01009882 5
(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.

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 atende 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, §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

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nasdilho (vai nascer)? Sim Não 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.

Local e Data: **J. Gta. Da Glória 09-09-19**
 Nome: _____
 CPF: _____

Yosi Hi Palito dos Santos
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
INVESTPREV

CPF: _____
 11 SET 2019
 Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



INVESTPREV

11 SET 2019

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190527093
Nome do(a) Examinado(a): Jose Hipolito dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Pov Varzea Verde, S/N
Centro Japaratuba SE CEP: 49960-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 3.666.262-2
Data local do acidente: [17/07/2019]
Data local do exame: [02/10/2019] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBDURAL A ESQUERDA.

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

Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM CRANIOTOMIA PARA DRENAGEM DE HEMATOMA.

Complicações: CEFALEIA, TONTURA, ANOSMIA, DISGEUSIA, HUMOR LÁBIL, AGRESSIVIDADE, AMNESIA E CRISES CONVULSIVAS

Data da Alta: 20/07/2019

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

AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO CRÂNIO ASSIMÉTRICO COM PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA EM FORMA DE 'C' NO COURO CABELOUDO A ESQUERDA COM JANELAS OSSEAS, TÔNUS, REFLEXO, FORÇA MUSCULAR, MOVIMENTOS E SENSIBILIDADE DOS DÍMIDOS PRESERVADOS.

PERICIADO EM VIGÍLIA, VERBALIZANDO, LUCIDO COM PERÍODOS DE DESORIENTAÇÃO NO ESPAÇO E NO TEMPO, FALA DISLÁLICA, REFERINDO CEFALEIA, TONTURA, ANOSMIA, DISGEUSIA. A ESPOSA DO PERICIADO REFERE QUE O MESMO VEM APRESENTANDO HUMOR LÁBIL, AGRESSIVIDADE, AMNESIA E CRISES CONVULSIVAS E FAZ USO DE AMYTRIL E GARDENAL

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

Sim Não

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

Sim Não

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

DÉFICIT FUNCIONAL LEVE EM SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

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

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

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO SENSO DE ORIENTAÇÃO ESPACIAL E DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

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

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

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Manoel Otávio Nascimento Junior

Manoel Otávio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE JAPARATUBA - JAPARATUBA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 092961/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/09/2019 13:50 Data/Hora Fim: 04/09/2019 14:10
 Delegado de Polícia: Heiliara Santos Farias

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Japaratuba
 Data/Hora do Fato: 17/07/2019 16:30

Lugar do Fato

Município: Japaratuba (SE)
 Logradouro: Zona Rural

Bairro: Povoado

Ponto de Referência: Saída da Encruzilhada - próximo a casa de Sr. bida
 Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Méio(s) Empregado(s)
1093: Acidente de trânsito sem vítima - Outros	Não Houve

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSÉ HIPOLITO DOS SANTOS (VITIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Japaratuba Sexo: Masculino Nasc: 21/10/1972

Profissão: Lavrador

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Elze Pereira dos Santos

Nome do Pai: Lioniúdo Hipólito dos Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 180.218.098-25

RG - Carteira de Identidade: 3.866.292-2

Endereço

Município: Japaratuba - SE

Logradouro: Zona Rural

Complemento: Próximo a casa de Tlndor

Bairro: Pov. Varzea Verde

Telefone: (79) 99822-7237 (Celular)

INVESTPREV

11 SET 2019

Nome Civil: EVALDO (TESTEMUNHA)

Idade: 46

Nacionalidade: Brasileira

Nome da Mãe: Manida

Nome do Pai: Pedro Brabo

Endereço

Município: Japaratuba - SE

Bairro: Pov. Caraibas

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Descrição Motocicleta XRE 300

CPF/CNPJ do Proprietário 078.516.455-30

Placa IAJ4117

Renavam 00164934324

Número do Motor ND09E1A002987

Número do Chassi BC2ND0910AR002987



Delegado de Polícia Civil: Heiliara Santos Farias
 Impresso por: Thiago de Lima Pereira
 Data de Impressão: 04/09/2019 14:10
 Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	180.218.098-25	Jose Hipólito dos Santos		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:	Jose Hipólito dos Santos	CPF:	180.218.098-25	
Profissão:	Jardineiro	Endereço:	Porto do Varzea Verde	
Bairro:	Zona rural	Cidade:	Ipanguatiba	
E-mail:	marcendugleria@gmail.com			
Estado:	SE	CEP:	249.960-000	
		Tel.(DDD):	79 99189207	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:
 RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Banuse**

AGÊNCIA: **041** CONTA: **01009882 5**
(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.

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 atende 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, §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

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
 Vivos: Falecidos: Vítima deixou nasdilho (vai nascer)? Sim Não 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.

Local e Data: **J. Gta. Da Glória 09-09-19**
 Nome: _____
 CPF: _____

→ José Hipólito dos Santos
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
 CPF: **INVESTPREV**

11 SET 2019

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



INVESTPREV

11 SET 2019

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 22322

DATA: 17/07/2019 HCRA: 12:48 USUARIO: ACFERREIRA

CNS:

SETOR: 28-AZUL (POLTRONA) PS ADULTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE HIPOLITO DOS SANTOS
IDADE.....: 46 ANOS NASC: 27/10/1972
ENDERECO....: POV VAZEA VERDE
COMPLEMENTO...: 706008883851246 BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO....: JAPARATUBA UF: SE CEP....: 49960-000
NOME PAI/MAE...: LIONIDIO HIPOLITO DOS SANTOS /ELZER PEREIRA DOS SANTOS
RESPONSAVEL....: ESPOSA ROSIMEIRE TEL....: 7999822737
PROCEDENCIA....: JAPARATUBA-SE
ATENDIMENTO....: FRAQUEZA
CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [142 X 92] mmHg] PULSO: [60] TEMP.: [-] PESO: [-] Sp. 95.

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

INVESTPREV

11 SET 2019

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 [] IME [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA RE-CARTEIRO DE MEDICO

DATA: 18/07/2019
MOTIVO: Obito
REGISTRO: 18
Assinatura: [Signature]



RELATÓRIO MÉDICO

Pontifício Hospitalar
de São José

NOME DO PACIENTE: José Henrique da Silva
DATA DA ENTRADA: 17/07/19
DATA DA SAÍDA: 20/07/2019

Alto

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:

Além do seu histórico de tabagismo antigo, não encontra-se nenhuma queixa referente à saúde. Foi admitido, tratado e está recuperado.

INVESTIGAÇÕES

16 SET 2019

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

17/07/19: Fizemos exame de hemograma normal

EXAMES COMPLEMENTARES:

22 exame: Hemograma subnormal com 9 treita

MÉDICOS ASSISTENTES:

Arthur Maynard P. Silveira

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

ARACAJU, 12 de Agosto de 2019

Dr. Silvio C. V. Almeida

SAMA / NOSE

CRM 2510

[Assinatura]