



RELATÓRIO MÉDICO

Fundação
Hospitalar
de Saúde

NOME DO PACIENTE: JOSE MARCELO DA SILVA
DATA DA ENTRADA: 12/07/19
DATA DA SAÍDA: 20/07/2019

Ato

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 com história de hipertensão arterial sistêmica, em uso de medicação anti-hipertensiva. Foi admitido no Hospital, com queixa de dor no peito. Foi realizado exame físico e exames complementares. Foi iniciado tratamento com analgésicos e anti-hipertensivos. Evolução satisfatória com melhora dos sintomas.

INVESTPREV

16 SET 2019

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

12/07/19: Intubação orotraqueal e colocação de cateter venoso central.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Exame de urina: Hematuria discreta e proteinúria leve.

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Silvio C. V. Almeida

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

ARACAJU, 12 de Junho de 2019

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

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 22322
CNS:DATA: 17/07/2019 HORA: 12:48 USUARIO: ACFERREIRA
SETOR: 28-AZUL(POLTRONA)PS ADULTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE HIPOLITO DOS SANTOS DOC...:
IDADE.....: 46 ANOS NASC: 21/10/1972 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: POV VAZEA VERDE NUMERO:
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: [-]

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:

INVESTPREV

17 SET 2019

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

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 E CARIMBO DO MEDICO

DATA:

HORARIO:

TECNICO:

NCA: TCG Juro + HSOC
HUSE 1449
17/07/19
FTPa (E)
EC6155/nofte HMPa (A)



FICHA DE ATENDIMENTO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - SISTEMA DE MANCHESTER

OME DO PACIENTE (Sem abreviações): TC = HSOC FTPa (E) com lesão da lula Mosby

IDADE: ETNIA: DATA: 17/07/19 HORA:

DATA DE NASCIMENTO: NOME DA MÃE:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

SITUAÇÃO / QUEIXA: C.D. Indicado TTO Cervical Encomendado neurocirurgia Trans T6 (recente)

RUXOGRAMA: DISCRIMINADOR: ALERGIAS (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:

TESTINO / ENCAMINHAMENTO:

RF: COREN: ASSINATURA: DATA: 17/07/19 HORA: h

COORDENADOR: ENF.: Sny Zille COREN: 6000 93069

CLASSIFICAÇÃO PARA A PRIORIDADE: DISCRIMINADOR as h min.

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

LOCADA PULSEIRA? (S/N)

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

Alto



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 .

ESTO É UM VOUCHER E NÃO CONSTITUI LAUDO

INVESTPREV

18 SET 2019

Aju , 17/07/19

Dr. José Hipólito dos Santos
CRM 15100
CPF 4144833-4

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

Rua Bahia, 975 - P. Siqueira Santos - Aracaju/SE

www.lactise.com.br

Fone: (79) 3253-7200

WhatsApp: (79) 3253-7200

MARQUELO GODOY SILVA PROXYMIA - ATENDIMENTO EM SAÚDE - CNPJ 16.090.908/0001-00

[illegible]

INVESTPREV

11 SET 2019

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
RUA DOS SILOS, 0217 - CASA A - SILOS
NOSSA SENHORA DA GLORIA / SE CEP: 48800000 (AO: 430)



Ligação: BIFÁSICO
Cid/Soc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 5-430-340-7261 Referência: Ago/2019
Medidor: ES003349123 Emissão: 29/08/2019

ENERGISA SERGIPE-DISTRIB ENERGI SA
Rua Min Apolônio Sales, 81 - 03000-000
Aracaju/SE - CEP: 49040-150
CNPJ: 13.017.483/0001-43 Insc. Est: 270.767.406
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 015.949.260
Cid. para Trib. Automática: 99999127879

Atendimento ao Cliente ENERGISA 08000 79 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI
Ago / 2019 09/08/2019 10/09/2019 020.003.575-00

UC (Unidade Consumidora): 3/912787-9

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
10/07/18	8300	09/08/19	8354	1		54		20	
Demonstrativo									
CO Descrição		Quantidade	Tipo	Valor	Base	Cost	Adq	Acum	Base
		Tributos		Total	ICMS	ICMS			
				Por Consumo		Por Consumo		Por Consumo	

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 Jose 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 Nivalito Dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 180.218.098 / 25, do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade da Vítima Jose Nivalito 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 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 Dos Silos</u>		Número	<u>217</u>	Complemento	<u>Externo</u>
Bairro	<u>Brasília</u>	Cidade	<u>J. S. da Glória</u>	Estado	<u>SE</u>	CEP
Email	<u>marcosdegloia@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>79.99189207</u>	Telefone celular (DDD)	<u>79.9925258</u>

J. S. da Glória 09 de 09 de 19
Local e Data

Jose Marcos de Oliveira Rosa
Assinatura do Declarante

INVESTPREV

11 SET 2019



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.segurosdlider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, Tais 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)
Rua Nelson Zinides, 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 dos Santos, cujo o condutor era
José Hipólito dos Santos.
 Veículo: PAS/MOTOCICLETA Modelo: Honda/XRE 300 Ano: 2009/2010
 Placa: IAJ Chassi: 9C2.N10910AR002987
 Data do Acidente: 17/07/2019

Local e Data:

Japaratuba; 03.09.2019

x Tais da Silva Santos

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 AUTENTICIDADE de:
 (1) TAI S DA SILVA SANTOS
 Japaratuba/SE, 04 / 09 / 2019. Dou fé.
 Silvestre Antônio Rodrigues Cabral, Escrevente
 autorizado,

Selo TJS: 201929839004371
 Acesso: www.tjse.jus.br/xi/KBX426



INVESTPREV

11 SET 2019



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradordslider.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 Ovidente: 0800 021 91 95

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
Goiás, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Praça Nelson Zúñiga, 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 dos Santos, cujo o condutor era
José Hipólito dos Santos.
Veículo: AS/MOTOCICLETA Modelo: Honda/XRE 300 Ano: 2009/2010
Placa: IAJ4117 Chassi: 9C2N10910AR002987
Data do Acidente: 17/07/2019

Local e Data:

Japaratuba ; 03.09.2019

Taís da Silva Santos

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, Escrevente
autorizado,

Selo TJSE: 201929839004371

Acesso: www.tjse.jus.br/xiKBX424



INVESTPREV

16 SET 2019

NOME DO PACIENTE: JOSE HIPOLITO DA SILVA
DATA DA ENTRADA: 12/07/19
DATA 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 ☒ ENFERMARIA ☒ UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente com história de trauma de trânsito
traumático. Foi internado no HUS apresentando
lesões múltiplas, sendo a mais grave a fratura de
fêmur direito, fratura de tíbia e peroneo esquerdo.
Foi submetido a cirurgia de fixação com placas e
parafusos, com boa evolução.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

12/07/19: Fratura de fêmur direito e fratura de tíbia e peroneo esquerdo.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Exames complementares realizados com resultado satisfatório.

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Silvio C. V. Almeida

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

ARACAJU, 12 de Julho de 2019

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

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

INVESTPREV

11 SET 2019

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 DOC...:
IDADE.....: 46 ANOS NASC: 21/10/1972 SEXO...: MASCULINO
ENDERECC.....: POV VAZEA VERDE NUMERO:
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: [-]

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:

PRESCRICAO

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 E CARIMBO DO MEDICO

DATA:

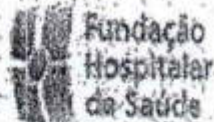
HORARIO:

Tecnico:

NCH: TCG Juro + HSJC
HUSE 1429
17/07/19

FTPa (E)

EC6155/10/100 HML-a (A)



FICHA DE ATENDIMENTO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - SISTEMA DE MANCHESTER

OME DO PACIENTE (Sem abreviações):

TC = HSJC FTPa (E) com lesão

REGISTRO:

IDADE:

ETNIA:

DATA: 17/07/19

DATA DE NASCIMENTO

NOME DA MÃE:

HORA:

SITUAÇÃO / QUEIXA:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

CD Indicado T70
Cervico

Encaminhamento neurocirurgia
Planm T. 6 (verdade)

RUXOGRAMA:

SCRIMINADOR:

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:

ESTINO / ENCAMINHAMENTO:

VF:

COREN:

ASSINATURA:

COORDENADOR:

DATA: 17/07/19

HORA: ____ h

CLASSIFICAÇÃO PARA A PRIORIDADE:

DISCRIMINADOR

ENF.: Suely Zille

COREN:

às ____ h ____ min.

Barro 0.30.69

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

LOCADA PULSEIRA? (S/N)

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



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 .

Aju , 17/07/19

[Handwritten signature]
A. José Fernando M. Aguiar
CRM 15900
CONE 15900

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

Rua Bahia - 975 - J. Siqueira Campos - Aracaju/SE

www.lactise.com.br

Fone: (79) 3253-7200

WhatsApp: (79) 3253-7200

MARQUE LACTISE EM TODOS SEUS DOCUMENTOS PARA GARANTIR A AUTENTICIDADE E A VALIDADE DO SEU RECEITUÁRIO

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.....: 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.: ESBSANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

LEITO:

NOME	JOSÉ HIPÓLITO DOS SANTOS		IDADE	46
DIAGNÓSTICOS	POS OP HSDC		Data: 20/07/2019	

#	PRESCRIÇÃO	HORÁRIOS
1	DIETA VO BRANDA LAXATIVA <i>R</i>	SND
2	SF 0,9% 2000ML IV EM 24H	<i>11 11 11 11</i>
3	KEFLIN 1G IV 6/6H	<i>12 18 21 06</i>
4	DIPIRONA 2ML + 8ML AD IV 6/6H <i>SOS</i>	<i>SOS</i>
5	CETOPROFENO 100MG + 100ML SF 0,9% IV 12/12H <i>SOS</i>	<i>SOS</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV 06/06H <i>SOS</i>	<i>SOS</i>
	PREDNISONA 20MG VO 1X/DIA	<i>22</i>
7	PLASIL 01AMP + AD IV 3/8H SE NAUSEAS OU VOMITOS	SOS
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PA ≥ 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	<i>06</i>
12	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	<i>20</i>
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 <i>✓</i>	
21		
22		
23		
24		

On
Crislaine Rocha
COREN-379544 - ENF

Nome do Paciente: João Hipólito da Silva Idade: Sexo:
Unidade de Produção: Leito: Nº do Prontuário:

#11/CRH 17/10/19

Paciente submetida a cirurgia de Hematocele e
cistite, sem afeição por Dr. Bruno e Anabela Dr.
Arthur.

Paciente submetida a sala
Códex. A J RPA

Encaminhada posteriormente a sala 100 com U.P.C.

Dr. Dantas Fernandes
Neurocirurgia
CRM-SE 5162

18/10/19 #11/CRH

Paciente no leito, em quadro de
E.N. E.C.G. - D, se chupando o leite
Códex. Inicial TC de crânio

Dr. Dantas Fernandes
Neurocirurgia
CRM-SE 5162

19/10/19 #11/CRH

Paciente no leito, em quadro de
abscissa

E.N. Inicial

Códex U.P.M.

Dr. Dantas Fernandes
Neurocirurgia
CRM-SE 5162

20/07/19 #VCR#

Paciente em leito de guerra de emergência

Ela mudou

Unidade Alta hospitalar


Dr. Doraes Fernandes
Neurocirurgia
CRM-SG 5162



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



Fundação
Hospitalar
de Saúde

Jose Hipólito dos Santos

Idade: 46

Sexo: M

Unidade de Produção:

5090

Letto: 03

Nº do Prontuário: 2523

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
17.7.19	18:40	Paciente proveniente da sala operatoria para SRPA de m e, por elaboradora em uso de AUP em escotocopia + eventivo em região da cabeça, pequena sutura m nutrição cardíaca, segue as cuidados da equipe de enfermagem mantendo SSUV: PA: 177 x 78 mmHg FC = 49 / Sat = 96%.
	B:Z	Paciente acordado, orientado e colaborante, sinais vital estáveis, sem alterações significativas no estado geral. AUP em uso. HSE antibiótico. Sem alteração na permeabilidade do cateter occlusivo no ponto de inserção. Sinais vital: PA - 172 x 108 FC - 48 Sat - 95% F - 35-37
	20:00	Paciente no leito laboratório, hemodinâmica estável, sinais vitais confortáveis, sem alterações significativas, sem alterações nos dados clínicos. Medicação de rotina 04x1.
	22:00	Não há administração de medicação IV ou oral na instituição.
	24:00	Apartir SSUV PA - 173 x 103 FC - 51 SAT 99% apresentando hipertensão, administrados com dieta normal e controle rigoroso. Realizado hemograma 187 mmHg administrados 2U de insulina regular.
	07:00	Paciente, segue na SRPA, sem altera ções no momento, em uso de escotocopia por AUP, sob cuidados da equipe.
		FC 56 SpO2 98% PA - 154 x 103

- 18 04:00 Administrado medicação desse horário
- 07 06:00 Lacte passou período bem intercorrências administrado medicação dos horários, aferido SRR
 PA: 166 x 105 mmHg. R. 52 bpm Sat. 94%
 R. 18 Tax. 36,3%. segue em observação
 ———— Cluipa
- 18 07h Pte no leito acamado verb. consci.
 orientado afecções suprarrenais. faz uso
 de sintomático + curativo no região
 epalica, segue de 100 ml de R. Quilich
- 19 09hs Realizado banho no leito + estético
 do leito e curativo no região epalica,
 pte relatou que não conseguiu apresentar diurese, Buf. ciente R. Quilich
- 10h Adm. medicação do horário C.P.M
- 12h Adm. medicação do horário C.P.M, pte.
 apresentou diurese espontânea, pte.
 em pl VPE ———— R. Quilich
- 13:30 Família precedente da SRPA acordado
 com o médico siqueira
- 13:30 no leito em decúbito dorsal, limbo, orientado, quando me-
 torico, auscultação suprarrenal, um uso de Ave. Compressão em
 curvo, sem queixas, segue no momento ———— Cluipa
- 14:00 segue bem tranquilo, orientado ———— Cluipa
- 16:00 dormindo no momento administrado medicação do horário ———— Cluipa
- 18:00 Administrado medicação de horário C.P.M, pte.
 copiosa: 98 mg/dl, auscultação suprarrenal, pte.
 frígida, preferida, segue bem tranquilo, auscultação
 suprarrenal de suprarrenal ———— Cluipa
- 21/07 20h Pte. LOTE, VE em AA, discreta, pte. pte.
 22h Adm. medicação do horário ———— Cluipa
- 24h Adm. medicação do horário ———— Cluipa
- 04h Adm. medicação do horário ———— Cluipa
- 06:00 Foi administrado medicação conforme
 a prescrição médica ———— Cluipa

100-443886-100

506

9:30h Pôr. exame de
 alta hospitalar

Crislaine 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

CIRURGEÃO: DR ARTHUR MAYNART

AUXILIARES: DR BRENO 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 ADMISSÃO? () SIM (X) NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

() VIAS AÉREAS SUP. () PULMONAR () URINÁRIA () SNC () TGI

() CUTÂNEO () AP. CARDIO-VASCULAR () OUTROS

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. PACIENTE EM DDH COM CABEÇA INCLINADA PARA DIREITA SOBRE RODILHA

2. TRICOTOMIA DA REGIÃO FRONTO-PARIETAL - DEGERMAÇÃO

3. ASSEPSIA COM PVPi DEGERMANTE E TÓPICO

4. PREENCHIMENTO DE CAMPOS CAVITÁRIOS - INFILTRAÇÃO COM TILCOCAINA 2%

5. INCISÃO FRONTO-PARIETAL DUPLA; DISSEÇÃO POR PLANOS; HEMOSTASIA

6. TREPANÇÕES FRONTAL E PARIETAL ESQUERDAS

7. ABERTURA DA DURA-MÁTER COM DRENAGEM DA COLEÇÃO HEMÁTICA HIPERTENSIVA +
CARACTERIZAÇÃO DE BORDAS DE DURA MATER

8. DRENAGEM DA CAVIDADE COM LOM FISIOLOGICO ABUNDANTE

9. REVISÃO DA HEMOSTASIA E DA LIMPEZA DO HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO

10. FECHAMENTO POR PLANOS

11. TESTE DE COBERTURA

HUSE

BOLETIM DE ANESTESIA



Fundação
Hospitalar
de Saúde

PACIENTE:

Jose Apolito das Santos O 460.

REGISTRO:

UNIDADE:

MÉDICO:

LEITO:

CIRURGIA PROGRAMADA

Remoção de Hematoma Subdural

CIRURGIA REALIZADA

Cranio

DATA

18/09/19

ANESTESIOLOGISTA

Dr. Nuno Ramos

TÉCNICA ANESTÉSICA

Genl

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

CIRURGIÃO

A. Antunes

AUXILIAR

ASA

HORA DE INÍCIO

15:00

HORA DE TÉRMINO

18:30

ACESSO VENOSO

UVC 1

POSICÃO

M

AGENTES
INALATÓRIOS

FLUIDOS

200
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0

DEC
OUTROS

MONITORIZAÇÃO

CONDIÇÃO DE VITA PRÉ-OP

PA NÃO INVASIVA

☒

PVC

PA INVASIVA

TEMPERATURA

ELETCARDIOGRAFIA

☒

DIURESE

OXIMETRIA

☒

VENTILAÇÃO

CAPNOGRAFIA

PAM

Bom estado geral
12 ECGs feitos no pré-op
SVT de 140 bpm e 120 mmHg
K=5.5ml + H=10 + PRE=5

AGENTES ANESTÉSICOS

DOSE

NOVE

(Propofol 200)

1ª Dose as: 16:30 horas

2ª Dose as: horas

3ª Dose as: horas

DESCRIÇÃO

Nuno Ramos
18/09/19

CAVALHADO, P. R.

UNIDADE

HUSE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

REGISTRO DE ENFERMAGEM NO TRANS-OPERATÓRIO



NOME (s/abreviações):

Dr. Hipólito dos Santos

DATA:

17-07-1

HORA Entrada/sala 15:40H	HORA Saída/sala 18:39H	HORA Incisão 18:50H	HORA rafia H	ALERGIA:
CIRURGIÃO: Dr. Arthur			1º AUXILIAR:	
ANESTESISTA: Dr. Am. Mano			2º AUXILIAR:	
INSTRUMENTADOR: Andréza			CIRCULANTE: Gilmar B.	
CIRURGIA PROGRAMADA: Drenagem de HSDC				LATERALIDADE DE
CIRURGIA REALIZADA: Aproximada				<input type="checkbox"/> DIREITA <input type="checkbox"/> ESQUERDA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:	<input checked="" type="checkbox"/> ACORDADO	<input type="checkbox"/> SONOLENTO	<input type="checkbox"/> TORPOROSO	<input type="checkbox"/> COMATOSO
TÉCNICA ANESTÉSICA:	<input checked="" type="checkbox"/> GERAL VENOSA	<input type="checkbox"/> GERAL INALATÓRIA	<input type="checkbox"/> GERAL COMBINADA	<input type="checkbox"/> GERAL BALANCEADA
	<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	

DISPOSITIVOS:	TOT	<input checked="" type="checkbox"/> ARAMADO	Nº	<input type="checkbox"/> MÁSCARA LARÍNGEA	<input type="checkbox"/> TRAQUEÓSTOMO	<input type="checkbox"/> GUEDEL	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SNE
		<input type="checkbox"/> COMUM						
	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							
	CVC	<input type="checkbox"/> DL	<input type="checkbox"/> AVP	<input type="checkbox"/> CATETER FOGARTY				
	<input type="checkbox"/> TL							

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 CARDÍACO	<input checked="" type="checkbox"/> PA NÃO INVASIVA	<input type="checkbox"/> PA INVASIVA	<input checked="" type="checkbox"/> CXÍMETRO	<input type="checkbox"/> CAPNÓGRAFO		
<input type="checkbox"/> FOCO AUXILIAR	<input checked="" type="checkbox"/> FONTE DE LUZ	<input type="checkbox"/> BRONCOSCÓPIO	<input type="checkbox"/> VIDEOLAPAROSCÓPIO	<input type="checkbox"/> OUTROS			

POSIÇÃO:	<input checked="" type="checkbox"/> DORSAL	<input type="checkbox"/> VENTRAL	<input type="checkbox"/> LATERAL DIRETO	<input type="checkbox"/> LATERAL ESQUERDO	<input type="checkbox"/> CANIVETE	<input type="checkbox"/> TREDELEMBURG	<input type="checkbox"/> LITOTOM
----------	--	----------------------------------	---	---	-----------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------

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	RECOLHI
							✓	✓
					LOCAL:		CONTAGEM DE INSTRUMENTAÇÃO	
					• ELETRODOS 05		ENTREGUE	RECOLHI
					INCISÃO CIRÚRGICA		ENTREGUE	RECOLHI

SINAIS VITAIS								
	SpO2 (%)	FC (BPM)	PA (mmHg)	PAI (mmHg)	TEMP (°C)	FR (RPM)	GLICEMIA	LF
PRÉ-OPERATÓRIO	98%	55	89x55	—	—	18	—	
INTRA-OPERATÓRIO	98%	55	84x51	—	—		—	
PÓS-OPERATÓRIO								

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA



ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

		SIM	NÃO	NA
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	✓		
10	Imagens essenciais disponíveis na sala operatória	✓		
1	Antibioticoprofilaxia 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	✓		

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

RA	REGISTRO	ASSINATURA
0	Paciente admitido em S.O. consciente, orientado em uso de AVE em anestesia, pronto para o procedimento segue aos cuidados da equipe. Gilvânio 13920370	
1	Início de anestesia + intubação com tubo 2. Anestesiologista, pronto para os cuidados da equipe. Gilvânio	
2	Início de procedimento, em região de crânio sem intercorrência. Segue aos cuidados da equipe. Gilvânio 13920370	
3	Paciente em sala em procedimento com anticoagulação. Fim de procedimento com intubação. Gilvânio	
4	Paciente extubado em intubação. Gilvânio 13920370	
5	Paciente intubado para SRPA em intubação. Segue aos cuidados da equipe. Gilvânio 13920370	

VINHADO PARA:



INVESTPREV

11 SET 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

SE

NOME
JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORAUF
21233829 SSP SE

CPF
020.003.675-00

DATA NASCIMENTO
28/11/1985

FILIAÇÃO
JOSE LUIZ ROSA
LUIZETE SANTOS DE OLIVEIRA ROSA

PERMISSÃO
ACC
CAT HAB
AB

Nº REGISTRO
04659447376

VALIDADE
07/01/2024

1ª HABILITAÇÃO
02/06/2009

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO:

INVESTPREV
11 SET 2019

ASSINATURA DO PORTADOR
JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

LOCAL
ARACAJU, SE

DATA DE EMISSÃO
08/01/2019

ASSINATURA DO EMISSOR
Luciana Cândida Dêda Chagas de Melo
DIRETORA PRESIDENTE

SERGIPE

1749963409

DFACALAP AMBACEES GO MA MT MG PR PB PA PE PI RJ RO RR SC SE SP

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 CABELUDO A ESQUERDA COM JANELAS ÓSSEAS, TÔNUS, REFLEXO, FORÇA MUSCULAR, MOVIMENTOS E SENSIBILIDADE DOS DIMÍDIO PRESERVADOS. PERICIA DO EM VIGÍLIA, VERBALIZANDO, LUCIDO COM PERÍODOS DE DESORIENTAÇÃO NO ESPAÇO E NO TEMPO, FALA DISLÁLICA, REFERINDO CEFALÉIA, TONTURA, ANOSMIA, DISGEUSIA. A ESPOSA DO PERICIA DO 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 DO LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO SENSO DE ORIENTAÇÃO ESPACIAL E DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL

Sequelas: Com sequela

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 FINS ESPECÍFICOS DE
PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

Por este instrumento particular, eu (nome completo) José Hipólito dos Santos,
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Emplegado, 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 Jorgina Jorde, na cidade de
Japaratuba, (UF) SE, CEP 49960-000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) Jose Marcos D. Rosa,
(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 Silvos, na cidade de
N. Sra Da Glória, (UF) SE, CEP 49.680.000, a quem confiro
amplios 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) Emergentilhas 10.04.19

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

INVESTPREV

11 SET 2019

1º OFÍCIO DE JAPARATUBA/SE
Reconheço a assinatura por AUTÊNTICIDADE de:
(1) JOSÉ HIPOLITO DOS SANTOS
Japaratuba/SE, 11 / 09 / 2019. Dou fé.
Silvestre Antônio Rodrigues Cabral, Escrevente
autorizado.

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



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

OBS: (a assinatura deve ser r

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0314887/19

Vítima: JOSE HIPOLITO DOS SANTOS

CPF: 180.218.098-25

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/07/2019

Titular do CPF: JOSE HIPOLITO DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-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

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/07/2019

Titular do CPF: JOSE HIPOLITO DOS SANTOS

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

Data da entrega: 16/09/2019
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/09/2019
Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO
CPF: 221.365.090-04

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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/07/2019

Titular do CPF: JOSE HIPOLITO DOS SANTOS

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

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/07/2019

Titular do CPF: JOSE HIPOLITO DOS SANTOS

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

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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: 000001009882-5

Nr. da Autenticação DDCC82B414E030BE

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



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



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

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

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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: 180.218.098-25 Nome completo da vítima: Jose Hipalito dos Santos

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

Nome completo: Jose Hipalito dos Santos CPF: 180.218.098-25
Profissão: carreiro Endereço: Povoado Vargem Verde Número: 51N Complemento: Barra
Bairro: Zona rural Cidade: Japanatuba Estado: SE CEP: 49.960-000
E-mail: marcondyleria@gmail.com Tel.(DDD): 79.99189207

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banase

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

AGÊNCIA: 041 CONTA: 01009882 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, J. Gra. da Gloria 09-09-19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
INVESTPREV

CPF: _____
Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

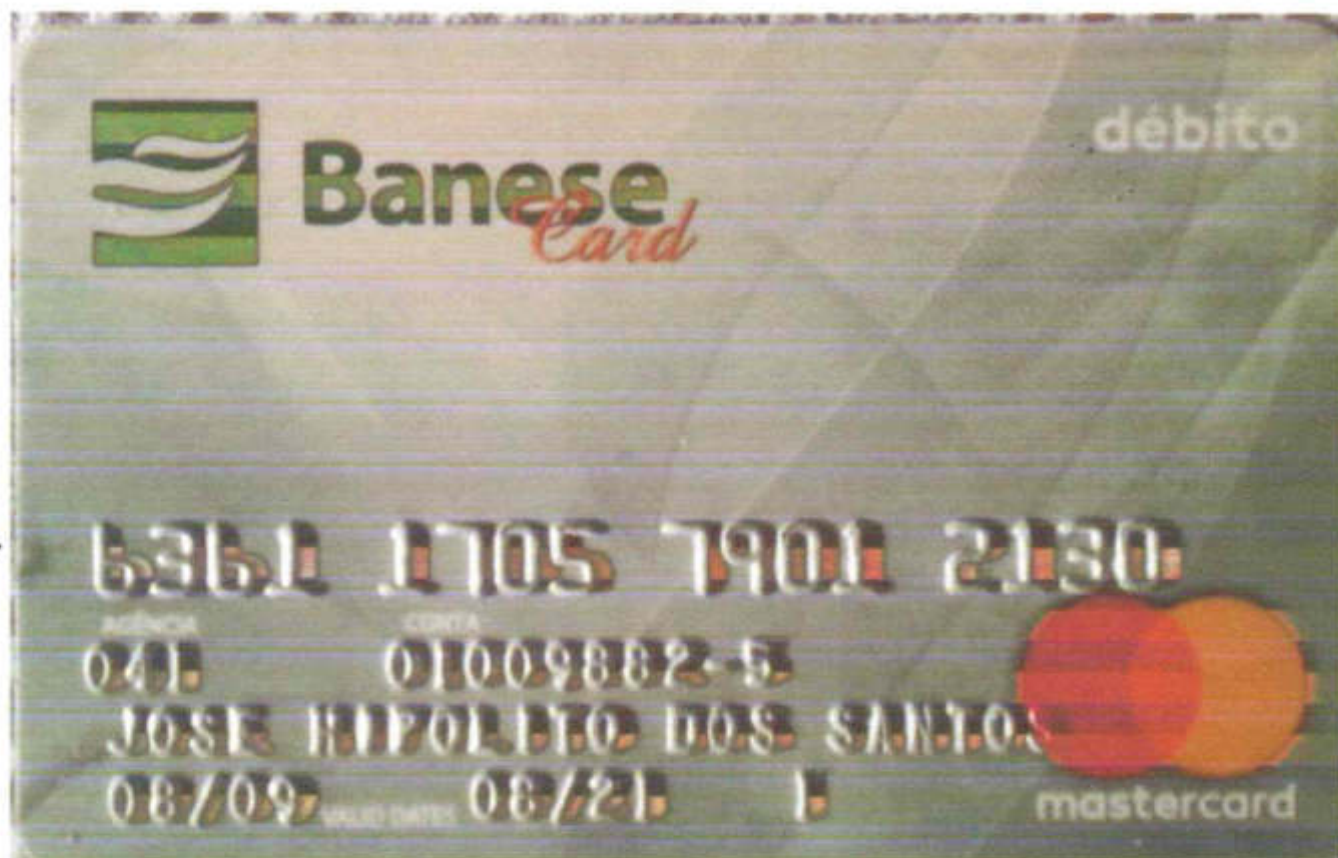
Assinatura

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 Vitimas 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 Japarutuba 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: CEFALIA, 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 CABELUDO A ESQUERDA COM JANELAS ÓSSEAS, TÔNUS, REFLEXO, FORÇA MUSCULAR, MOVIMENTOS E SENSIBILIDADE DOS DIMÍDIO PRESERVADOS. PERICIAÇÃO EM VIGÍLIA, VERBALIZANDO, LUCIDO COM PERÍODOS DE DESORIENTAÇÃO NO ESPAÇO E NO TEMPO, FALA DISLALICA, REFERINDO CEFALIA, TONTURA, ANOSMIA, DISGEUSIA. A ESPOSA DO PERICIAÇÃO REFERE QUE O MESMO VEM APRESENTANDO HUMOR LÁBIL, AGRESSIVIDADE, AMNESIA E CRISES CONVULSIVAS E FAZ USO DE AMYTRIL E GARDENAL
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) 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" |
| <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):
LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO SENSO DE ORIENTAÇÃO ESPACIAL E DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual (X) 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 Otacilio 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: Heiliana Santos Farias

DADOS DA Ocorrência

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

Local do Fato

Município: Japaratuba (SE)
Logradouro: Zona Rural

Bairro: Povoado

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

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSÉ HIPOLITO DOS SANTOS (VÍTIMA, 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: Lionidio 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 Tindor
Bairro: Pov. Varzea Verde
Telefone: (79) 99822-7237 (Celular)

INVESTPREV

11 SET 2019

Nome Civil: EVALDO (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira Idade: 46
Nome da Mãe: Marilda 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 9C2ND0910AR002987



Delegado de Polícia Civil: Heiliana 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



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 092961/2019

Ano/Modelo Fabricação	2010/2009	Cor	PRETA
UF Veículo	Sergipe	Município Veículo	Japaratuba
Marca/Modelo	HONDA/XRE 300	Modelo	HONDA/XRE 300
Veículo Adulterado?	Não	Quantidade	1 Unidade
Situação	Envolvido	Última Atualização Denatran	14/05/2019
Situação do Veículo	NADA CONSTA		
Nome Envolvido	Envolvimentos		
José Hipólito dos Santos	Possuidor		

RELATO/HISTÓRICO

Narra o noticiante que, no dia 17/07/2019, por volta das 16:30, enquanto se dirigia do Povoado Encruzilhada para o Povoado Vazão Verde, perdeu o controle da motocicleta que pilotava e caiu. Que da queda resultou uma lesão em sua cabeça. Que Evaldo estava na garupa, contudo não sofreu lesões. que não lembra de outras testemunhas. Que foi socorrido pela ambulância de Japaratuba-SE. Que o presente b.o. é necessária para dar entrada ao seguro DPVAT. Nada mais, encerre-se o presente b.o.

ASSINATURAS

DELEGACIA DE JAPARATUBA
092961/2019
(79) 3242-3100

Thiago de Lima Pereira
Agente de Polícia
Matrícula 2413
Responsável pelo Atendimento

José Hipólito dos Santos
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) usuário(s) responsável(is) pelas informações acima apresentadas e ciente que posso responder civil e criminalmente pela presente declaração que sei o(s) origem, conforme previsto nos Artigos 338-Denúnciação Calúnia e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Conspiração do Código Penal Brasileiro."



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

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

INVESTPREV

11 SET 2019

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: 180.218.098-25 Nome completo da vítima: Jose Hipalito dos Santos

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

Nome completo: Jose Hipalito dos Santos CPF: 180.218.098-25
Profissão: carreiro Endereço: Povoado Vargem Verde Número: 51N Complemento: Barra
Bairro: Zona rural Cidade: Japanatuba Estado: SE CEP: 49.960-000
E-mail: marcondylia@gmail.com Tel.(DDD): 79.99189207

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banque

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 041 CONTA: 01009882 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, J. São da Gloria 09-09-19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
INVESTPREV

CPF: _____

11 SET 2019

Assinatura

2ª | 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
CNS:DATA: 17/07/2019 HCRA: 12:48 USUARIO: ACFERREIRA
SETOR: 28-AZUL(POLTRONA)PS ADULTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE HIPOLITO DOS SANTOS DOC...:
IDADE.....: 46 ANOS NASC: 21/10/1972 SEXO...: MASCULINO
ENDERECC.....: POV VAZEA VERDE NUMERO:
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: [-]

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:

PRESCRICAO

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 E CARIMBO DO MEDICO

2885
18/07/19
Sup



RELATÓRIO MÉDICO

Fundação
Hospitalar
de Saúde

NOME DO PACIENTE: JOSE MARCELO DA SILVA
DATA DA ENTRADA: 12/07/19
DATA DA SAÍDA: 20/07/2019

Ato

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 com história de hipertensão arterial sistêmica, em uso de medicação anti-hipertensiva. Foi admitido no Hospital em 12/07/19, com queixa de dor no peito. Foi realizado exame físico e exames complementares. O paciente evoluiu com melhora dos sintomas e foi dado de alta em 20/07/19.

INVESTPREV

16 SET 2019

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

12/07/19: Intubação orotraqueal e ventilação mecânica.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Exame físico: hipertensão sistólica superior a 160 mmHg.

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Silvio C. V. Almeida

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

ARACAJU, 12 de Junho de 2019

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

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO