

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1769-8

CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADRIANO DOS SANTOS

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000034217258-9

Nr. da Autenticação 610EDEE3C7BAFFA8

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1769-8

CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:

21/01/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADRIANO DOS SANTOS

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000034217258-9

Nr. da Autenticação F6E865EF57A028A1

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, 30 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200266033

Vítima: ADRIANO DOS SANTOS

Data do Acidente: 29/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADRIANO 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, contados 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, 06 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200266033 Vítima: ADRIANO DOS SANTOS

Data do Acidente: 29/11/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADRIANO 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\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: ADRIANO DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000034217258-9

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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, 08 de Janeiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200266033

Vítima: ADRIANO DOS SANTOS

Data do Acidente: 29/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ADRIANO 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, 28 de Janeiro de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200266033 Vítima: ADRIANO DOS SANTOS

Data do Acidente: 29/11/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADRIANO 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\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 25,00%

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

Recebedor: ADRIANO DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000034217258-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



**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: **3200266033**

Nome do(a) Examinado(a): **ADRIANO DOS SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA BECO DO CURRAL, 148, pov pedrinhas, Areia Branca/SE**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **SSP SE / 25613694**

Data e local do acidente: **29/11/2018 - Aracaju/SE**

Data e local do exame: **12/01/2021 - Aracaju/SE**

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

FRATURA BI MALEOLAR (MEDIAL E LATERAL) DO TORNOZELO A ESQUERDA

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

PERICIADO VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 18/11/2018, SENDO REALIZADO REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DA FÍBULA COM 01 PLACA E 07 PARAFUSOS E DA TÍBIA COM 01 PARAFUSO, RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO DIA 29/11/2018, FICOU SENDO ACOMPANHADO EM NÍVEL AMBULATORIAL PELA ORTOPEDIA, SENDO REALIZADO NESTE PERÍODO SESSÕES DE FISIOTERAPIA MOTORA, RECEBEU ALTA DEFINITIVA EM 14/03/2019, (INFORMADO PELA PERICIADO, SEM COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL). O QUADRO EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

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

Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 5°, presença de atrofias no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau total no tornozelo esquerdo.

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

Sim

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

Sim

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

PERDA TOTAL DA FUNÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO

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

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

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

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Tornozelo Esquerdo - Total - 100%

Manoel Otávio Nascimento Júnior

Manoel Otávio Nascimento Júnior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1627

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200266033 **Cidade:** Areia Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO DOS SANTOS **Data do acidente:** 29/11/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA BI MALEOLAR (MEDIAL E LATERAL) DO TORNOZELO A ESQUERDA

Descrição do exame físico: Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 5°, presença de atrofias no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau total no tornozelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: REALIZADO REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DA FÍBULA COM 01 PLACA E 07 PARAFUSOS E DA TÍBIA COM 01 PARAFUSO, RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO DIA 29/11/2018, FICOU SENDO ACOMPANHADO EM NÍVEL AMBULATORIAL PELA ORTOPEDIA, SENDO REALIZADO NESTE PERÍODO SESSÕES DE FISIOTERAPIA MOTORA

Sequelas permanentes: PERDA TOTAL DA FUNÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/01/2021

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau completo - 100 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200266033 **Cidade:** Areia Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO DOS SANTOS **Data do acidente:** 29/11/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA BI MALEOLAR (MEDIAL E LATERAL) DO TORNOZELO A ESQUERDA

Descrição do exame físico: Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 5°, presença de atrofias no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau total no tornozelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: REALIZADO REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DA FÍBULA COM 01 PLACA E 07 PARAFUSOS E DA TÍBIA COM 01 PARAFUSO, RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO DIA 29/11/2018, FICOU SENDO ACOMPANHADO EM NÍVEL AMBULATORIAL PELA ORTOPEDIA, SENDO REALIZADO NESTE PERÍODO SESSÕES DE FISIOTERAPIA MOTORA

Sequelas permanentes: PERDA TOTAL DA FUNÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/01/2021

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau completo - 100 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
851.302.815-00 **Adriano Dos Santos**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2003

5 - Nome completo: Adriano Dos Santos	6 - CPF: 851.302.815-00		
7 - Profissão: Autônomo	8 - Endereço: Rua Professor Lucílio S. Braga	9 - Número: 148	10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Av. Piedade	12 - Cidade: Aracaju	13 - Estado: SE	14 - CEP: 49580-000
15 - E-mail: floris.marcelo1001@gmail.com	16 - Tel. (DDD): 99194448-6122		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUZO INFORMAR



R\$1.00 A R\$1.000,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Ausente uma opção)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (343)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **(045)**

CONTA: **40.317 - 9**

(Informar o dígito se existir)



CONTA: **40.317 - 9**



(Informar o dígito se existir)



AGÊNCIA: _____



CONTA: _____



(Informar o dígito se existir)



(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos, informar: Sim Não Se tinha filhos, informar: Sim Não Se tinha irmãos, informar: Sim Não Se vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - Impróprio
digíito da
vítima no
beneficiário
não autenticado

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data: **Aracaju/SE 27/03/2010** J. Adriano Dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DISTRITAL DE AREIA BRANCA - AREIA BRANCA - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 074826/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/09/2019 10:56 Data/Hora Fim: 16/09/2019 11:00
Delegado de Policia: Cleones S. Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Distrital de Areia Branca

Data/Hora do Fato: 29/11/2018 14:30

Local do Fato

Município: Areia Branca (SE)

Logradouro: RODOVIA BR 235, curva próximo ao acesso ao Povoado Pedrinhas

Bairro: Povoado Cafuz

Nº: s/nr.

CEP: 49.580-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ADRIANO DOS SANTOS (COMUNICANTE , VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Areia Branca Sexo: Masculino Nasc: 18/11/1987
Profissão: Mecânico
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Jandira dos Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 851.302.815-00

Endereço

Município: Areia Branca - SE
Logradouro: RUA DA IGREJA
Bairro: PIVOADO PEDRINHAS

Nº: 22
CEP: 49.580-000

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo	Veículo	Subgrupo	Motocicleta/Motoneta
Descrição	MOTO HONDA	CPF/CNPJ do Proprietário	017.703.835-73
Placa	OES0134	Renavam	00565385682
Número do Motor	KD05E4D160439	Número do Chassi	9C2KD0540DR160439
Ano/Modelo Fabricação	2013/2013	Cor	Preta
UF Veiculo	Sergipe	Município Veículo	Areia Branca
Marca/Modelo	HONDA/NXR150 BROS ESD	Modelo	HONDA/NXR150 BROS ESD
Veículo Adulterado?	Não	Quantidade	1 Unidade
Situação	Envolvido, Meio Empregado	Última Atualização Denatran	16/08/2019
Situação do Veículo	NADA CONSTA		

Nome Envolvido	Envolvimentos
Adriano dos Santos	Possuidor



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DISTRITAL DE AREIA BRANCA - AREIA BRANCA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 074826/2019-A01

RELATO/HISTÓRICO

RELATA O NOTICIANTE, QUE NO LOCAL DATA E HORA SUPRACITADOS, CONDUZIA SUA MOTOCICLETA PELA BR 232 QUANDO NA CURVA DO CAFUZ, SURGIU UM CACHORRO EM SUA FREnte E, AO TENTA DESVIAR DO CITO ANIMAL, O VEICULO MENCIONADO TOMBOU CAINDO POR CIMA DA Perna ESQUERDA DO CONDUTOR PROVOCANDO FATURAS NO TÓRNOZELO. DIANTE DOS FATOS SOLICITA PROVIDÊNCIAS.

Areia Branca, 16 de setembro de 2019.

O comunicante comparece para atualizar dados cadastrais do veículo.

ASSINATURAS

Daysiane Barbosa de Matos
Responsável pelo Atenção

Adriano dos Santos
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assinadas e ciente que poderé responder civil e criminalmente pela presente declaração que devo prestar, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia; 340-Calunia e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Cleones S. Silva
Delegado da Polícia

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

3 - CPF da vítima: 851.302.815-00

4 - Nome completo da vítima: Adriano Dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2003

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Adriano Dos Santos	851.302.815-00		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Autônomo	Rua Professor Lucílio S. Braga	148	Casa
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Av. Pedrinhas	Araia Branca	SE	44980-000
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD):		
floris.marcelo1001@gmail.com	69194448-6122		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUZO INFORMAR

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Ausente uma opção)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (343)

Nome do BANCO: _____

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: (045)

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 40.317-

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

34 - Impróprio
digíto da
vítima no
beneficiário
não autenticado

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data: 2019/03/27 00:00:00

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Registro de Enfermagem no Trâns-Operatório

NOME	Adriano da Silva		PRONTUÁRIO	10011
RECEBIDO NA S.O. POR	Doutor Renato		DATA	07/12/15
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	ACORDADO	SONOLENTO	SALA	6
CIRCULANTE	Normal	PROCEDÊNCIA	AGITADO	COMATOSO
ENTRADA S.O.	07:20 h	INÍCIO DA ANESTESIA	07:25 h	INÍCIO DA CIRURGIA
SAÍDA DA S.O.	07:25 h	FIM DA ANESTESIA	07:25 h	FIM DA CIRURGIA
CIRURGIÃO	Doutor			
ANESTESISTA	Doutor Coimbra		1º AUXILIAR	
INSTRUMENTADOR			2º AUXILIAR	
CIRURGIA PROPOSTA			LATERALIDADE	() DIREITA () ESQUERDO
CIRURGIA REALIZADA	Técnica de Fenda d'Orville			

TÉCNICA ANESTÉSICA					
GERAL VENOSA	GERAL INALATÓRIA	GERAL COMBINADA	GERAL BALANCEADA	RAQUIANESTÉSIA	
PERIDURAL C/ CATETER	PERIDURAL S/ CATETER		SEDAÇÃO	BLOQUEIO DO PLEXO	LOC.
TUBO ENDOTRAQUEAL () ORAL () NASAL	Nº:		TUBO ARAMADO	Nº:	MÁSCARA LARINGE

PVP TÓPICO	PVP ALCOÓLICO	PVP DEGERMANTE	CLOREXID. ALCOÓLICA	* CLOREXID. DEGERMANTE	CLOREXID. AGÜOUS
---------------	------------------	-------------------	------------------------	---------------------------	---------------------

EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS UTILIZADOS					
BOMBA DE INFUSÃO	DESFIBRILADOR	MONITOR CEREBRAL (BIS)	INTENSIFICADOR DE IMAGEM	MANTA TÉRMICA	MICROSCOPI
FIBROSCÓPIO	MONITOR CARDIACO	PA (NÃO INVASIVA)	PA (INVASIVA)	OXÍMETRO	CAPNÓGRAFO
FOCO AUXILIAR	FONTE DE LUZ	VIDEOLAPAROSCÓPIO		BRONCOSCÓPIO	OUTROS

COXINS DE CONFORTO UTILIZADOS					BISTURI ELÉTRICO	
CABEÇA	MSD	MSE	MIE	MID	BIPOLAR	MONOPOLAR

		<table border="1"> <tr> <td colspan="5">PLACA BISTURI</td> </tr> <tr> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>LOCAL</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>*</td> <td colspan="4">ELETRODOS</td> </tr> <tr> <td>#</td> <td colspan="4">INCISÃO CIRÚRGICA</td> </tr> <tr> <td>AVP</td> <td>D</td> <td>O</td> <td>E</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AVC</td> <td>D</td> <td>O</td> <td>E</td> <td></td> </tr> </table>	PLACA BISTURI										LOCAL					*	ELETRODOS				#	INCISÃO CIRÚRGICA				AVP	D	O	E		AVC	D	O	E		COMPRESAS GRANDES ENTREGUE DEVOLUÇÃO 30 30
PLACA BISTURI																																						
LOCAL																																						
*	ELETRODOS																																					
#	INCISÃO CIRÚRGICA																																					
AVP	D	O	E																																			
AVC	D	O	E																																			
GASOMETRIA: SIM () NÃO ()					PEQUENAS ENTREGUE DEVOLUÇÃO																																	

* * * POSIÇÃO DO PACIENTE *						
DORSAL	VENTRAL	LAT. ESQ.	LAT. DIR	CANIVETE	TRENDELEMBURG	LIT

ELABORADO PELOS ALUNOS DE ENFERMAGEM DO 7º PERÍODO DA FACULDADE ESTÁCIO/FASE (2014/01 E 02) ORGANIZADO PELAS PROFESSORAS LUCIANA LÔBO E SILVIA SANDES

HUSE

BOLETIM DE ANESTESIA

PACIENTE

UNIDADE

CC

CIRURGIA PROGRAMADA

ANESTESIOLOGISTA

CIRURGÃO

HORA DE INÍCIO

HORA DE TÉRMINO

AGENTES

INHALATÓRIOS

FLUIDOS

CEC

OUTROS

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE
FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: ANO ANO DOIS SANTOS

DIAG. PRÉ-OPERATÓRIO: Fr. Buméia e 301-700 e

CIRURGIA REALIZADA: MFI

CIRURGIÃO: DR Dênis Cahel

AUXILIARES: MRI Walber

ANESTESIA: Práxi + Sevofl

ANESTESISTA: DR(A) KEITH

DIAG. PÓS OPERATÓRIO: O mesmo

CIRURGIA LIMPA CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA

CIRURGIA CONTAMINADA CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE A ADMISSÃO? SIM NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

VIAS AEREA SUP. PULMONAR URINÁRIA SNC TGI

CUTÂNEO AP. CARDIO-VASCULAR PLEURA OUTROS

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA

2- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA + COLOCAÇÃO CAMPOS ESTEREIS + GANOTE

3- INCISÃO LATERAL AO TONHO TETO

4- DISSECAÇÃO POR PLANOS + VISUALIZAÇÃO DA FMUFA.

5- RECOLHIMENTO E FIXAÇÃO COM PLACA OCP MOLADA

6- (PF + BP) SENO + TRANSFERIR

7- ENGRAXE MEDIAL AO TONHO TETO. + DISSECAÇÃO POR PLANOS

8- VISUALIZAÇÃO DA FMUFA. + RECOLHIMENTO E FIXAÇÃO NO

9- (TRANFUSÃO CONVENCIONAL)

10- LIMPEN COR STO 9:

11- SUTURA POR PLANOS + CUMPRIMENTO CONDUTÍVOS

12- RETIRADA NO CANOTE

DATA: 08/12/2018

13- À SAÍDA

Dr. Dênis Gabriel Duarte
CRM/4163 - TEOT 12353
Ortopedia e Traumatologia
Assinatura do Cirurgião



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome do Paciente:

Adriana dos Santos

Idade:

66

Unidade de Produção:

URPA

Leito:

Nº do Prontuário:

DATA	HORA	EVALUAÇÃO
09/02/10	10:30	Paciente admitido no URPA sem PO com evolução clínica: suprimento mental perfeito, orientado com esp. com seu nome e circunstância corriqueira e mentalmente com P.A. 100mmHg, mantendo o que lhe foi dado de beber.
	12:00	Paciente nega TD visto orientado e aceitando enfermagem P.A. 93mmHg sem queixas
	14:00	Paciente na cama, acordado, sem queixa no momento. Rx: faradização
	16:00	Encaminhado a B2
	18h	Administrada medicação de higiene que não queria. Tensopatê 3760ml, suco de laranja, caldo, sopa, leite.
		Administrada infuso de 1000ml de suco de laranja e caldo de frango.
	21:00	Administrada infusão de 1000ml de suco de laranja.
	22:00	Administrada infusão de suco de laranja.
	4h	No Leito consciente orientado e prestando respostas às solicitações. Verbas, ações perpendidas e aguado.
	10h	Vacinação contra a gripe.
	12h	Fracoas desejos. Manteve NFE.
	14h	Fracaos intelectuais.
	18h	Sigue as ordens da enfermeira.



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome do Paciente:

Unidade de Produção: Achados das Santas

Idade:

Sexo:

Lote:

Nº da Prontuário:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	
04/12	07h	Acordando na cama, consciente, afebril, urinárias. Tom uso de teta e de mela fome irregular, realizou casa de banho apesar de dor.	
10			
12h		Administrado Liposoma e Kefalosporina de bolso. Segue sem queixa de dor.	
13h		Administrado medicamento de banho.	
14h		Querer dizer (Anel 376316)	
20h		Ocorre no leito desacato, calmo.	
05		Certo momento, paciente abrigado, quando este em seu leito fez todo	
10		Se mantendo seu quadro clínico.	
18		Ocorreu festo medicamentoso de banho.	
		Sur surpresa.	
01h		Ocorreu ótico obstruto	
05	04h	Ocorreu ótico obstruto	
10	06h	Paciente segue comendo seu re	
18		Ocorreu ótico obstruto	
		Sur surpresa.	
01/02	13:00	Paciente encontra-se no leito, calmo.	
01/02	19:00	ojo, comendo, orientado a permanecer os intercôncavos, apesar disso em	
		abertura oculotraqueal, com administrado ótico	
		ad conforme práticas medicas	
02/02	10h	Paciente recostado no leito, calmo, comendo, apesar de ótico obstruído. A	
02/02		realizada manutenção gástrica.	
02/02		Acute com intuscessão, realizada	



Nome do Paciente:

Límites de Producción

100

第 8 章

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSS
PRONTO SOCORRO ADULTO



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Nome do Paciente:

Adriano dos Sgns

Idade:

Sexo:

U.P.

Matrícula:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	TEMP	PULSO	BESP	PRESA ARTERIAL
29	16:30h	Paciente admitido neste setor proceden- te do verme transpor- tado em maca em companhia de gen- eracionais. Foi cuida- do do médico diante-				
17						
18						
18h		Paciente admitido admitido e joanado procedente. Tudo bom.				
19h		Paciente na litera ma, suspeita de alco- holico, anestesiado em uso de gelco hidroli- zado.				
20h		Administrado me- dicina de hidroalco-				
21h		Procedido a enxertia de cicatriz.				
21h		Administrado me- dicina.				
06h		Administrado medicina comprimidos paraceta- molo. O plantão de a				
06h		Administrado medicina comprimidos paraceta- molo. O plantão de a				
8-30		Paciente na maca, calmo, branco balizando, realiza Sambô + curativo dolores tagalo e medicamento.				
10		Paciente mantendo o mesmo qua- lunço.				
11		Paciente transferido PR 10h 8-11				
11h	11:30	Paciente admitido neste setor procedente da UPC. Bom uso de neutrofilia + tab curado e HTE. 19:00 de memória.				
30						
11						

ADMINTURÍVELS SENTIMENTO
TEU DE ENFERMAGEM
EQUENISTICO

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

Paciente: ADRIANO DOS SANTOS

08 / 12 / 2018 – Paciente SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, CONFORME ATO
Cd: A SRPA

