

# 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: 06/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JEOVA DE FARIAS ROCHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03303

CONTA: 000000040104-5

---

Nr. da Autenticação 936D5D8046578FF5

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190609524      **Cidade:** Poço Redondo      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JEOVA DE FARIAS ROCHA      **Data do acidente:** 16/07/2018      **Seguradora:** AMERICAN LIFE  
COMPANHIA DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA TRIMALEOLAR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. (P2)  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO  
ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

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

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

---

Rio de Janeiro, 12 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190609524**      **Vítima: JEOVA DE FARIAS ROCHA**

**Data do Acidente: 16/07/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JEOVA DE FARIAS ROCHA**

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: **JEOVA DE FARIAS ROCHA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003303**

Conta: **0000040104-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Cheril Marcos de Oliveira Rosa

inscrito (a) no CPF/CNPJ 030.003.625 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

deonilson de Farias Rocha inscrito (a) no CPF sob o Nº 908.438.325 / 00,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalido da Vítima deonilson de Farias Rocha,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 908.438.325 / 00, 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>Casa -1</u>
Bairro:	<u>Silos</u>	Cidade:	<u>Nossa Senhora da Glória</u>	Estado:	<u>SE</u>
E-mail:	<u>Marcordegloria@gmail.com</u>			CEP:	<u>49680-000</u>
				Tel.(DDD):	<u>79-99918-9207</u>

Local e Data: Nossa Senhora da Glória, 25.10.2019

Cheril Marcos de Oliveira Rosa

Assinatura do Declarante

## RELATÓRIO 01248 / 2018 REFERENTE À OCORRÊNCIA

**NÚMERO: 1807160221 / ESUS – SAMU**

O SAMU 192 SERGIPE foi acionado às 08h59min do dia 16 de Julho de 2018, para atendimento de vítima identificada em ficha de ocorrência como Jeová de Farias Rocha, relato de **colisão moto x animal**, no município de Nossa Senhora da Glória.

A equipe da **Unidade de Suporte Básica – Monte Alegre** realizou atendimento no local, seguido de remoção para o **Hospital de Urgência de Sergipe - HUSE** do município de Aracaju, onde deixou o paciente aos cuidados da equipe.

Aracaju, 10 de Setembro de 2018

P/ Dr. Anderson Leônidas Bustos Paiva Neto  
Coordenador de Regulação Médica  
SAMU 192 Sergipe  
CRM/SE 4554

**Tiemi Sayuri Menezes Oki Fontes**

**Coordenadora Médica**

**SAMU 192 SERGIPE**



HOSPITAL DE CLÍNICAS 'DR. AUGUSTO LEITE'  
RELATÓRIO DO ATO CIRÚRGICO

UNIDADE:

PACIENTE:  
Giovânia de Farias Rocha

MATRÍCULA:

1043278

IDADE:

42 anos

CONVÉNIO:

SUS

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fratura limafacial de tornozelo esquerdo

CIRURGIA REALIZADA:

Redução cirúrgica com fixação

CIRURGIA:

Dr. Roberto Yaima

AUXILIAR:

AUXILIAR:

ANESTESECOLOGISTA

Dr. Fabrício

AUXILIAR:

ANESTESIA UTILIZADA:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

EQUIPAMENTOS

B. E. / BIPOLAR

TRÉPANO ELÉTRICO

SERRA ELÉTRICA

MICROSCÓPIO CIRÚRGICO

FONTE DE LUZ / FIBRA ÓTICA

DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO:

Desbrilheto dorsal

Antinepseia

Campos

Incisão - Dissecção

Redução cirúrgica com fixação

Síntese do ferimento

Purativo

24/07/18

DATA

MOD. 042-H-CAL

ASSINATURA DO CIRURGIAO

N/MATRIS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

NO. DO BE: 1755091

DATA: 16/07/2018 HORA: 11:27 USUARIO: ACFERREIRA

CNS:

SETOR: 06-SUTURA

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JEOVA DE FARIAS ROCHA  
 IDADE: 42 ANOS NASC: 28/10/1975  
 ENDERECO: TRV 15 DE AGOSTO  
 COMPLEMENTO: 126285670770003 BAIRRO: BRASILIA  
 MUNICIPIO: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE CEP...: 49680-  
 NOME PAI/MAE: ANTONIO VIEIRA DA ROCHA /MARIA DE LOURDES DE FARIAS  
 RESPONSAVEL: IRMA LIZIMA TEL...: 79/9997-  
 PROCEDENCIA: NOSSA SENHORA DA GLORIA 09  
 ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)  
 CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: NAO  
 ACID. TRABALHO: SIM VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

Dto trazido pelo seu ex professo.  
 tende notaclintas. 108° fin copo.  
 ANOTACOES DA ENFERMAGEM: referir dor braço esq.  
 dor espuma, n. CCA-15. am. muscular

DIAGNOSTICO:

Grau I MDC

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

D. pulmo ortopedico  
 alto da cava

SE	GRAMA

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

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

[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PM

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

CARLOS ENRIQUE  
 14/07/2018 HORAS  
 14:18

FICHA DE INTERNACAO  
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Definitivo....: 174240  
nro do CNS....: 0000000000000000  
.....: JEOVA DE FARIAS ROCHA  
.....: Tipo :  
de Nascimento: 28/10/1975 Idade: 42 anos  
.....: MASCULINO  
.....: ANTONIO VIEIRA DA ROCHA  
.....: MARIA DE LOURDES DE FARIAS ROC  
.....: TRV 15 DE AGOSTO 195 126285670770003  
.....: BRASILIA Cep.: 49680-000  
fone.....: 79/999726109  
cipio.....: 2804508 - - SE  
onalidade.....: BRASILEIRO  
ralidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

da Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 1755091  
ca.....: 945 - PS VERDE TRAUMA II  
o.....: 999.0217  
e da Internacao: 17/07/2018  
a da Internacao: 12:00  
ico Solicitante: 026.754.214-30 - ROBERTO RIBEIRO BORGES NETO  
ced. Solicitado: NAO INFORMADO  
gnostico.....: NAO INFORMADO  
ntif. Operador.: ESBSANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

Realizado:  
a. Saída:  
nicialidade:  
e Saída:  
Principal:  
Secundario:  
ncipal:  
ndario:  
cc:

## EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA 16/17/2018

NOME: *Geová de Freitas Rocha*

ALA: VERDE TRAUMA 1 LEITO: CORREDOR GÊNERO: IDADE:

DIAGNÓSTICOS:

*Fratura luxação  
Tornozelo*

EVOLUÇÃO MÉDICA:

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta VO LIVRE	1 SND
2	SFO,9% 500ML EV 8/8HS	500 500 500
3	<del>Kefimile IV, 6h/6h OU Kefazol 1g, IV, 8h/8h</del>	<del>1</del>
4	Ranitidina, 02 mL + 18 mL AD, IV, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, IV, às 6:00	06
5	Dipirona, 02 mL + 08 mL AD, IV, 6h/6h	09 24 06 12
6	Profenid, 01 ampola IV + 100mL SFO,9%, 12h/12h	24 48
7	Tramal 100mg + 250 mL SFO,9, IV, 8h/8h	24 06 12
8	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia	16
9	Bromoprida, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos SOS	Sos
10	Glicemia capilar, 6h/6h, se diabético	
11	Insulina regular, conforme glicemia:	
12	<200 = Ø 251 - 300 = 4U 351 - 400 = 8U	
13	201 - 250 = 2U 301 - 350 = 6U > 400 = 10U	
14	Glicose 25%, 40ml, IV, se glicemia < 70	
15	Captopril 25mg, VO, se PAS > 180mmHg ou PAD > 110mmHg SOS	
16	CCGG + SSVV 6h/6h	
17	<del>Gentamicina 240mg EV, 1x/dia</del>	
18	<del>CURATIVO DIARIO 1X/DIA</del>	
19	<i>Antônio Lopes Freitas Médico Ortopedista Traumatologista CPM-SE 3330</i>	
20		
21		
22		
23		

Nome do Paciente:

feux de foins Archs

Idade:

Sexo:

## Unidade de Produção

Leito

Nº do Prontuário:

O.E : M280030801 ESFERA : PRIVADO ESPelho DA AIH APRESENTAÇÃO: 08 / 2018 PAG.:  
 Num AIH : 281810015134-0 Situação : EXPORTADA Tipo : 01-INICIAL Apresentação : 08/2018 DATA : 20/08/2018  
 Especialidade : 01 - CIRURGICO Órgão Emissor : M280030801 CRC: 05F996A513  
 Doc autorizador : 180136126980000 Doc med resp : 206790614660009 Doc diretor clínico : 206790614660009 Doc médico solic : 170295856990000  
 CNES : 0002283 - FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA CNS : 70560145014711-9  
 Paciente : JEOVA DE FARIAS ROCHA Prontuário : 1043278  
 Data Nasc. : 28 / 10 / 1975 Sexo : MASCULINO Nacionalidade : 010 - BRASIL Tipo Doc. : Identidade Doc : 1404335  
 Responsável pac. : JEOVA DE FARIAS ROCHA Nome da Mãe : MARIA DE LOURDES DE FARIAS ROCHA  
 Endereço : TRAVESSA 15 DE AGOSTO 195 Bairro: CENTRO Raça/Cor: 99-SEM INFORMACAO Etnia: 0000-NAO SE APLICA  
 Município : 280450 - NOSSA SENHORA DA GLORIA UF : SE CEP : 49680-000 Telefone : (79)9997-26109 Muda/Proc.? : N  
 Procedimento solicitado : 04.08.05.049-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO  
 Procedimento principal : 04.08.05.049-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO  
 Diag. principal : S930-LUXACAO DA ARTICULACAO DO TORNOZELO Diag. secundário :  
 Complementar : Causa Obito :  
 Carater atendimento : 02 - URGENCIA Modalidade : HOSPITALAR  
 Data internação : 20 / 07 / 2018 Data saída : 25 / 07 / 2018 Mot saída : 12 - ALTA MELHORADO  
 Liberação SISAIH01 : AIH Anterior : AIH Posterior :  
 [ Causas Externas (Acidente ou Violência) ]  
 CNPJ do Empregador : - / - CNAER : -  
 Vínculo Previdência : CBOR : -

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

Linha	Procedimento	Documento CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtds	Cmpt	Descrição
1	0408050497 107995369860004 225270(1)	0002263	0002263	1	07/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA	
2	0408050497 101039843610002 225151(6)	3359948	3359948	1	07/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA	
3	0702030724	02681701000169	02681701000169	1	07/2018	PARAFUSO DE RESPONDO 40 MM	
4	0702030830	02681701000169	02681701000169	1	07/2018	PLACA 1/3 TUBULAR 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	
5	0302050019 980016286434181 223635	0002263	0002263	1	07/2018	ALIENAMENTO FISIOTERAPIA COLEMI	

**DADOS DE OPM**

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Sérg	Reg. ANVISA	CNPJ Fabricante
3	0000036622	02.881.701/0001-69		0000036622		
4	0000036622	02.881.701/0001-69		0000036622		

**VALORES DA PRÉVIA**

		Serviço Hospitalar		Serviço Profissional				TOTAL	
		Direto		Direto		Rateado			
		Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro		
03.02.05 ASSISTENCIAIS/CLERIGAL/UTICA/NAS		12,70						12,70	
04.08.05-MEMBROS INFERIORES		263,01		50,73	118,40			432,14	
07.02.03-OPM-EM/ORTOPEDIA		176,11		50,73	118,40			405,24	
<b>Total Geral:</b>		<b>275,71</b>	<b>176,11</b>	<b>50,73</b>	<b>118,40</b>			<b>620,95</b>	

**CID SECUNDÁRIO**

Cid	Característica	Descrição
V230	ADQUIRIDO	MOTOCICLISTA TRAUM. EM COL. C/CARRO, PICK-UP OU CAMINHON. - CONDUTOR TRAUM. EM ACID. N-TRANSITO

Número de Nascidos Número de Saídas Nº Pré-Natal:  
 Vivos : Mortos : Altas : Transf.: Óbitos :

"De acordo com a Portaria SAS/MS N° 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12996, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"

ASSINATURA E CARIMBO  
DIRETOR DO HOSPITAL

*Dra Ana Angelica Dantas*  
Superv. Médicos  
CRM 2343  
CPF 880.011.136-15

*29/03/18*

O.E: M280030801

ESFERA: PRIVADO

APRESENTAÇÃO: 08 / 2018

DATA: 04/08/2018

Num AIH: 281810015134-0

Situacao: APURADA

Tipo: 01-INICIAL

Apresentação: 08/2018

Data Autorização: 20 / 07 / 2018

Especialidade: 01 - CIRURGICO

Orgão Emissor: M280030801

CRC:

Doc autorizador: 190136126980000

Doc med resp: 206790614650009

Doc diretor clínico: 208790614650009

Doc médico solicitante: 170295856990000

CNES: 0002283 - FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

CNS: 70560145014711-9

Paciente: JEOVA DE FARIAS ROCHA

Data Nasc.: 28 / 10 / 1975 Sexo: MASCULINO

Nacionalidade: 010 - BRASIL

Tipo Doc.: Identidade

Doc: 1404335

Responsável pac.: JEOVA DE FARIAS ROCHA

Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES DE FARIAS ROCHA

Endereço: TRAVESSA 15 DE AGOSTO 195 Bairro: CENTRO

Raça/Cor: 99-SEM INFORMACAO Etnia: 0000-NAO SE APLICA

Municipio: 280450 - NOSSA SENHORA DA GLORIA/UF: SE CEP: 49880-000

Telefone: (79)9997-26109 Muda Proc.?: NÃO

Procedimento solicitado: 04.08.05.049-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO

Procedimento principal: 04.08.05.049-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO

Diag. principal: S930-LUXACAO DA ARTICULACAO DO TORNOZELO

Diag. secundário:

Complementar:

Causa Obito:

• Carater atendimento: 01 - ELETIVO

Modalidade: HOSPITALAR

Data internação: 20 / 07 / 2018 Data saída: 25 / 07 / 2018 Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIH01:

[ Causas Externas (Acidente ou Violência) ]

AIH Anterior:

AIH Posterior:

CNPJ do Empregador: ... / -

CNAER: -

CBOR: -

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtd de	Cmpt	Descrição
1	04.08.05.049-7	1314995261250001 1937 0010	5000548	10002293	1	07/2018 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA	
2	04.08.05.049-7	980016287809073 225151(6)	3359948	3359948	1	07/2018 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA	
3	04.07.02030830	02681701000169 02681701000169	02681701000169	02681701000169	1	07/2018 PLACA 1/3 TUBULAR 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	
4	04.07.02030830	02681701000169 02681701000169	02681701000169	02681701000169	1	07/2018 PLACA 1/3 TUBULAR 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	

## DADOS DE OPM

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Séries	Reg. ANVISA	CNPJ Fabricante
3	0000036622	02.681.701/0001-89		0000036622		
4	0000036622	02.681.701/0001-89		0000036622		

## VALORES DA PRÉVIA

CID SECUNDÁRIO	Cid	Característica	Serviço Hospitalar		Serviço Profissional			TOTAL
			Direto		Direto		Rateado	
			Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro
04.08.05-MEMBROS INFERIORES			263,01			50,73	118,40	432,14
07.02.03-OPM-MEMBROS INFERIORES								175,11
			Total Geral:	275,71	176,11	50,73	118,40	620,95

## CID SECUNDÁRIO

Cid: V230

Característica: ADQUIRIDO

Descrição: MOTOCICLISTA TRAUM. EM COL. C/CARRO, PICK-UP OU CAMINHON. - CONDUTOR TRAUM. EM ACID. A-TRANSITO

Número de Nascidos

Número de Saídas

Nº Pré-Natal:

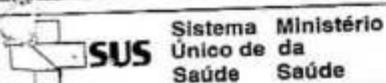
Vivos: Mortos:

Altas: Transf.: Óbitos:

"De acordo com a Portaria SAS/MS N° 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Sepção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"

ASSINATURA E CARIMBO  
DIRETOR DO HOSPITAL

07/08/18  
Dra. Arianne Ferreira da Motta  
Supervisora Médica / SES  
CRM - SE 3686  
CRF - 876.198.735 - 20


**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**


## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

FUNDACÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

FUNDACÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

2 - CNES

0002283

4 - CNES

0002283

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JEJOA DE FARIA ROCHA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

705601450147119

11 - NOME DA MÃE

MARIA DE LOURDES DE FARIA ROCHA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

O MESMO

15 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

TRAVESSA 15 DE AGOSTO N.º 195 BAIRRO BRASILIA

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

NOSSA SENHORA DA GLÓRIA

8 - DATA DE NASCIMENTO

28/10/1975

9 - SEXO

Masc.

1

Fem.

X3

10 - RACA/ETNIA

1043278

DDD

79

12 - FONE DE CONTATO

N.º DO FONE

999726109

14 - FONE DE CONTATO

N.º DO FONE

DDD

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

SE

19 - CEP

49680000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Quimico am Otorgado 01 m 05 dias  
ultimo d padente motivo admit. ex.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Internado d Tratamento - exas.

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRÓVAVES DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Pd + adeno ficos

23 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Intern R - Otorgado 0 Brm. S930 V230

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DE PROCEDIMENTO

040 8050497

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

30 - CLÍNICA

31 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

32 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ORTOPÉDICA

URGÊNCIA

+ CNS ( ) CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

CRM 1526 - SE

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N.º DO BILHETE

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

41 - SÉRIE

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS ( ) CPF

( ) CNS ( ) CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

23/07/18

J. Tatiane Ferreira / SES

Supervisão Médica / SES

CRM - SE 6656 - 20

CNPJ - SE 00000000000000000000

CPF - 876.789.123-45

281810015134-0

nirhuse crpe

Boa tarde! Segue em anexo documentação do referido paciente para avaliação. A

 Sigau crpe

para REGULAÇÃO, mim

Segue o código

CG1907HCO1C5FC2

## GOVERNO DE SERGIPE

## SISTEMA INTERFEDERATIVO DE GARANTIA DE ACESSO UNIVERSAL - SIGAU

## COMPLEXO REGULATÓRIO DE SAÚDE DO ESTADO

## CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS

## DOCUMENTO ÚNICO PARA SOLICITAÇÃO DE VAGAS EM ENFERMARIA-DUSV E

�  
enfermaria  
15:34  
19/02/18

NOME DO PACIENTE: JEOVA DE FARIAS ROCHA  
 NOME DA MÃE: MARIA DE LOURDES DE FARIAS ROCHA  
 ENDEREÇO: TRAVESSA 15 DE AGOSTO Nº 195  
 CNS: 126285670770003 PLANO DE SAÚDE: NÃO  
 NATURALIDADE: PORTO DA FOLHA - SE  
 TELEFONE PARA CONTATO: 79 - 999726109

DATA DE ADMISS: 16/07/18  
 DATA DE NASCIM: 28/10/75  
 IDADE: 42  
 ESTADO: SERGIPE  
 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: NOSSA SENHORA DA GLÓRIA  
 REGIÃO DE SAÚDE:

UNIDADE PRODUTIVA: PRONTO SOCORRO ÁREA AZUL ( ) ÁREA VERDE (X)  
 OUTROS: \_\_\_\_\_

QUEIXA PRINCIPAL E DURAÇÃO:

DOR EM TORNOCÉLLO D

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO

ANTECEDENTES PESSOAIS E COMORBIDADES:

NÃO

RESUMO DOS RESULTADOS DE EXAMES GRÁFICOS E POR IMAGENS (ANEXAR COPIAS DOS RESULTADOS E LAUDOS)

RX + LABORATORIO + ECG

RESUMO DE AVALIAÇÕES DOS ESPECIALISTAS (ANEXAR COPIAS DE LAUDOS E/OU AVALIAÇÕES)

FRATURA/ LUXAÇÃO BIMALEOLAR DE TORNOCÉLLO ESQ.

RESUMO DA TERAPÊUTICA INSTITUIDA E RESULTADOS

ANALGESIA + PROFILAXIA DE TVP

## PARAMÉTROS CLÍNICOS E LABORATORIAIS

PRESSÃO ARTERIAL	SATURAÇÃO DE O2	FREQUÊNCIA CARDÍACA	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	GLICEMIA	URÉIA	CREATININA
148x74	97%	66	18	150	20	0.95



1.404.355 24. Set. 1994  
**JEÓVÁ DE FARIAS ROCHA**  
Antônio Vieira da Rocha  
Maria de Lourdes de Farias Rocha  
P.d.a Folha/SE 28.Out.1975  
Cert. de Naso. n.º 6813 Fls. 273 Liv. A-6  
Data de Emissão: 24.09.1994  
Data de Entrega: 24.09.1994  
SE

PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE  
PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Por este instrumento particular, eu ( nome completo ) Jeroni de Farias Rocha ( nacionalidade ) Brasileiro , ( profissão ) Armador , portador da cédula de identidade RG nº 3.404.335 , emitido pela SSP / (UF) SE , inscrito sob o CPF nº 928.438.325-00 , residente na ( endereço completo ) Rua Jose Joaquim de Menezes 6-195 , na cidade de Nossa Sra da Glória , ( UF ) SE , CEP 49680-000 , nomeio e constituo meu procurador , ( nome do representante) José Marcos de O. Rosa ( nacionalidade ) Brasileiro , ( profissão ) Consultor , portador da cédula de identidade RG nº 01233829 , emitido pela SSP / (UF) SE , inscrito sob o CPF nº 020.003.625-00 , residente na ( endereço completo ) Rua Roraima 110 017 , na cidade de Nossa Sra da Glória , ( UF ) SE , CEP 49680-000 , a quem confiro amplos e gerais poderes para , tratar , requerer, assinar papéis e documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO SEGURO DPVAT** da vítima ( nome da vítima ) Jeroni de Farias Rocha , junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** .

( local e data ) Nossa Senhora da Glória



( assinatura ) José de Farias Rocha

( RG ) 1.404.335

RECONHECIMENTO  
Reconheço por autenticidade a firma indicada no TEOVA DE FARIAS ROCHA  
que confere o padrão reg. neste cartório. Dto. 16  
Nossa Senhora da Glória/SE, 29 de outubro de 2019

Rick Hakkner Santos Gomes  
RICK HAKKNER SANTOS GOMES (Firmante)  
29/10/2019 09:54:39 Valor Total R\$ 0,00  
Selo TJSE: 201929574022629, Acessar:  
<https://www.tjse.jus.br/x/B3P1-KD>



OBS: ( a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE )

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0377538/19

**Vítima:** JEOVA DE FARIAS ROCHA

**CPF:** 928.438.325-00

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 16/07/2018

**Titular do CPF:** JEOVA DE FARIAS ROCHA

**Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA : 020.003.675-00

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

### JEOVA DE FARIAS ROCHA : 928.438.325-00

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.**

**A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.**

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/10/2019  
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA  
CPF: 020.003.675-00

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2019  
Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO  
CPF: 221.365.090-04

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

JOSE MARINO GOYA ARAUJO

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

928.438.325-00 Cleoia de Farias Rocha

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

Nome completo:

Cleoia de Farias Rocha

CPF:

928.438.325-00

Profissão:

barbeiro

Endereço:

Rua José Joaquim de Menezes

Número:

195

Complemento:

Cara

Bairro:

Centro

Cidade:

Itava Seixas da Glória

Estado:

SE

CEP:

49680-000

E-mail:

Marcodegloia@gmail.com

Tel.(DDD):

79-99958-1516

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

RENDIMENTO MENSAL:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

- Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

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

AGÊNCIA: 3303

CONTA: 40104

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

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

(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: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 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.

Imprópria  
diga de  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

Local e Data: Itava Seixas da Glória - 24/10/2019

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



**GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA**  
**SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL**

**POLÍCIA ON-LINE**



**DELEGACIA DE POLÍCIA DE POÇO REDONDO**

RUA NOVA, CENTRO FONE: (79)3337-1757 EMAIL: depol.pocoredondo@pc.se.gov.br

**RPO - Registro Policial de Ocorrência 2018/06570.0-001530**

**DELEGACIA RESPONSÁVEL**

Nome: DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE N. SRA DA GLÓRIA

Endereço: RUA DA PALMA, CENTRO FONE: (79)3411-1356 EMAIL: depol.nsgloria@pc.se.gov.br

**FATO**

Data e Hora do Fato: 16/07/2018 - 09:00 até 16/07/2018 - 09:00

Endereço: Número: Complemento: CEP: 49680-000

Bairro: CENTRO Cidade: NOSSA SENHORA DA GLORIA - SE Circunscrição: DELEGACIA DE POLÍCIA DE POÇO REDONDO

Tipo de local: VIA PÚBLICA Meio Empregado: OUTRO



**VÍTIMA-NOTICIANTE**

Nome: JEOVÁ DE FARIAS ROCHA

Nome do pai: ANTONIO VIEIRA DA ROCHA Nome da mãe: MARIA DE LOURDES DE FARIAS ROCHA

Pessoa: Física CPF/CGC: 000.000.000-00 RG: 14043351 UF: SE Órgão expedidor:

Naturalidade: PORTO DA FOLHA Data de nascimento: 28/10/1975 Sexo: Masculino Cor da cutis: Parda

Profissão: SERVIÇOS GERAIS Estado civil: Solteiro Grau de instrução: 1º Grau Incompleto

Endereço: TRAVESSA 15 DE AGOSTO Número: 195 Complemento: BAIRRO BRASILIA

CEP: Bairro: Cidade: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE

Proximidades: Telefone: 99806-3151

**HISTÓRICO**

NARRA o noticiante que no dia 16/07/2018, por volta das 09:00hs, estava na garupa de uma motocicleta conduzida por um amigo trafegando pela avenida Leste, (proxima a clinica de saude), Nossa Senhora da Glória/Se, quando ao chocar com um cachorro perdeu o equilíbrio vindo a cair, sofrendo fraturas no tomozelo do pé esquerdo, sendo conduzido em uma unidade da SAMU para o HUSE/ARACAJU; QUE a motocicleta se trata de uma HONDA/CG 125 FAN KS COR PRETA ANO 2010 PLACA IAM8754/SE CHASSI 9C2JC4110AR679414 RENAVAM 228387450 em nome de ADRIANA VELOSO SILVA. é o Relato.

Data e hora da comunicação: 10/12/2018 às 10:56

Última Alteração: 10/12/2018 às

10:51

OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro: Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que não se ter verificado; Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

*JEOVÁ de Farias Rocha*

JEOVÁ DE FARIAS ROCHA  
 Responsável pela comunicação

*Jose Roberto de Melo Santos*  
 Jose Roberto de Melo Santos  
 Responsável pelo preenchimento