

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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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, 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

Estamos aqui para Você



Para mais esclarecimentos, acesse o site 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/BIBLIOTECASWEB/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 COAF².

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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu João Marcos De Oliveira Rosa

inscrito (a) no CPF/CNPJ 000.003.625 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Leonor de Farias Rocha inscrito (a) no CPF sob o Nº 928.438.325 / 00,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima Leonor de Farias Rocha

inscrito (a) no CPF sob o Nº 928.438.325 / 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 Das Silas</u>	Número: <u>217</u>	Complemento: <u>Casa - A</u>
Bairro: <u>Silas</u>	Cidade: <u>Assis Senhores da Glória</u>	Estado: <u>SC</u>
E-mail: <u>marcosdegloria@gmail.com</u>	CEP: <u>49680-000</u>	Tel.(DDD): <u>79-99918-9207</u>

Local e Data: Assis Senhores da Glória; 25.10.2019

João 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/  **Dra. Tiemi Sayuri Menezes Oki Fontes**
Coordenadora da 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:

Rená de Farias Rocha

MATRÍCULA:

1043278

IDADE:

42 anos

CONVÊNIO:

SUS

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

fratura limboalar da tíbia esquerda

CIRURGIA REALIZADA:

Redução cirúrgica com fixação

CIRURGIÃO:

Dr. Roberto Lima

ANESTESIOLOGISTA:

Dr. Fabrício

AUXILIAR:

AUXILIAR:

AUXILIAR:

ANESTESIA UTILIZADA:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

EQUIPAMENTOS

☐ B. E. / BIPOLAR

☐ SET. RA ELÉTRICA

☐ FONTE DE LUZ / FIBRA ÓTICA

☐ TRÉPANO ELÉTRICO

☐ MICROSCÓPIO CIRÚRGICO

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO:

Desbridamento

Antissepsia

Campos

Exatidão - Direção

Redução cirúrgica com fixação

Síntese do ferimento

Curativo

24.07.18

DATA

MOD. 042-HCAL

ASSINATURA DO CIRURGIÃO

ORTO

INFORMATICA

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

Nº. DO BE: 1755091
CNS:

DATA: 16/07/2018 HORA: 11:27 USUARIO: ACFERREIRA
SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JEOVA DE FARIAS ROCHA DOC...:
IDADE.....: 42 ANOS NASC: 28/10/1975 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: TRV 15 DE AGOSTO NUMERO: 195
COMPLEMENTO....: 126285670770003 BAIRRO: BRASILIA
MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE CEP....: 49680-000
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: [X] mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

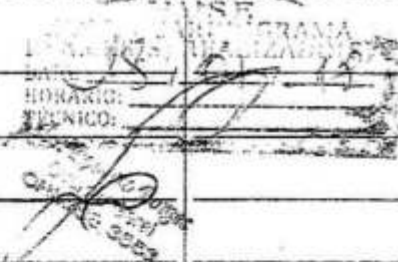
*Doença trazida pelo pai em tratamento de
alcoólismo notório. No 8º dia de
ANOTACOES DA ENFERMAGEM: referir ao tratamento em*

hosp. interno, na CCU-15. Am. molécula
DIAGNOSTICO: *Gravidade alta* CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*D. Pulso ortopédico
Alto de c. g.*



DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNAÇÃO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Assinatura do paciente/responsável
14/07/2018

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Definitivo....: 174240
Código do CNS.....: 000000000000000000
Nome.....: JEOVA DE FARIAS ROCHA
Sexo.....: Tipo :
Data de Nascimento: 28/10/1975 Idade: 42 anos
Estado Civil.....: MASCULINO
Nome do Pai.....: ANTONIO VIEIRA DA ROCHA
Nome da Mãe.....: MARIA DE LOURDES DE FARIAS ROC
Data de Admissão.....: TRV 15 DE AGOSTO 195 126285670770003
Localidade.....: BRASILIA Cep.: 49680-000
Telefone.....: 79/999726109
Município.....: 2804508 - - SE
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Estado de Origem.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Data de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 1755091
Clínica.....: 945 - PS VERDE TRAUMA II
Código.....: 999.0217
Data de Internacao: 17/07/2018
Hora de Internacao: 12:00
Médico Solicitante: 026.754.214-30 - ROBERTO RIBEIRO BORGES NETO
Médico Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnóstico.....: NAO INFORMADO
Método de Tratamento: ESBSANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

Data Realizada:
Local de Saída:
Motivo de Saída:
Tipo de Saída:
Principal:
Secundário:
Médico Principal:
Médico Secundário:
Outros:

EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA 16/17/2018

NOME: Jéssica de Faria Rocha

ALA: VERDE TRAUMA 1 LEITO: CORREDOR GÊNERO:

IDADE:

DIAGNÓSTICOS: Fratura Luxação Braço
Tornozelo (E)

EVOLUÇÃO MÉDICA:

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta VO LIVRE	1 SNO
2	SFO, 9% 500ML EV 8/8HS	500 500 500
3	Keflin 1g IV, 6h/6h OU Kefazol 1g IV, 8h/8h	
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	08 24 06 12
6	Profenid, 01 ampola IV + 100mL SFO, 9%, 12h/12h	24 40
7	Tramal 100mg + 250 ml SFO, 9, IV, 8h/8h	20 04 12
8	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia	10
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 = 0 251 – 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	Gentamicina 240mg, EV, 1x/dia	
18	CURATIVO DIÁRIO 1X/DIA	M
19		
20		
21		
22		
23		

Antônio Lopes Freitas
Ortopedia, Médico
CPMA-SE 5830

Nome do Paciente:

Idade:

Sexo:

Unidade de Produção.

Leito:

Nº do Prontuário:

DATA	HORA	HISTÓRICO
02/07	?	PACIENTE DE SEXO MASCULINO
02/07		DE 42 ANOS VITIMAS DE ACIDENTE
		MOTOCICLETA HOJE SOFRENDO TRA-
		MA EM MEMBRO INFERIOR (E)
		+ NEOS SERGIO
		+ NEOS HAS - DM.
		Apresenta Luxação Tornozelo (E)
		do dedos
		TRAU BOTO
		EX ORTOPE
		INTERCONS

Pélio Antonio Lopes Fyfe
 Médico
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM 5535

~~Pérez Antonio López Fierla
Ortorella - Médico
CRM-5338~~

O.E: M280030801

ESFERA: PRIVADO

APRESENTAÇÃO: 08 / 2018

PAG.: 1

DATA: 04/08/2018

Num AIH: 281810015134-0

Situação: 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: 206790614650009

Doc médico solte: 170295658990000

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

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

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

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: -

Vínculo Previdência:

CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtd	Compt	Descrição
1	0408050497	980016287809073	225151(6)	3359948	1	07/2018 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA
2	0408050497	980016287809073	225151(6)	3359948	1	07/2018 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA
3	0702030830	02681701000169	02681701000169	02681701000169	1	07/2018 PLACA 1/3 TUBULAR 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)

DADOS DE OPM

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Reg. ANVISA	CNPJ Fabricante
3	0000036622	02.681.701/0001-69		0000036622		
4	0000036622	02.681.701/0001-69		0000036622		

VALORES DA PRÉVIA

VALORES DA PRÉVIA		Serviço Hospitalar		Serviço Profissional				TOTAL
		Direto		Direto				
						Rateado		
		Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	
03.02.05-ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA								
04.08.05-MEMBROS INFERIORES		263,01			50,73	118,40		432,14
07.02.03-OPM EM ORTOPEDIA								
Total Geral:		275,71	178,11		50,73	118,40		620,95
CID SECUNDÁRIO								
Cid. Característica								

CID SECUNDÁRIO

Cid	Característica	Descrição
V230	ADQUIRIDO	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 Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995, Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

07/08/18
Dra. Arianna Ferreira da Motta
Supervisora Médica / SES
CPF: 876.198.735 - 20

SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

HOSPITAL
CIRURGIA

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

2 - CNES

0002283

4 - CNES

0002283

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JEOVA DE FARIAS ROCHA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

705601450147119

11 - NOME DA MÃE

MARIA DE LOURDES DE FARIAS ROCHA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

O MESMO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

TRAVESSA 15 DE AGOSTO N.195 BAIRRO BRASILIA

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

NOSSA SENHORA DA GLORIA

8 - DATA DE NASCIMENTO

28/10/1975

9 - SEXO

Masc. ☐

1

Fem. ☒

3

10 - RAÇA/COR

1043278

12 - TELEFONE DE CONTATO

999726109

14 - TELEFONE DE CONTATO

999726109

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

SE

19 - CEP

49680000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura em fratura fechada em 05 dias
de paciente motorizado.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Unidade de Tratamento ortopédico.

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

Px + exames físicos

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRIMÁRIO

S930

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

V230

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ortopedia

29 - CLÍNICA

ORTOPÉDICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

URGENCIA

31 - DOCUMENTO

CNS

CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

60157127391

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. João de Deus

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

28/07/18

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CRM 1828 - SE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

28/07/18

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)


Dr. Joanne Ferreira
Supervisão Médica / SES
CRM 1828 - SE
CPF 876.123.456 - 20

281810015134-0

UPE

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 INTERFEDRATIVO 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

enviada
15:34
19/07/18

NOME DO PACIENTE: JEOVA DE FARIAS ROCHA

DATA DE ADMISS

16/07/18

NOME DA MÃE: MARIA DE LOURDES DE FARIAS ROCHA

DATA DE NASCIM

28/10/75

ENDEREÇO: TRAVESSA 15 DE AGOSTO Nº 195

IDADE:

42

CNS: 126285670770003 PLANO DE SAÚDE: NÃO

ESTADO:

SERGIPE

NATURALIDADE: PORTO DA FOLHA - SE

NOSSA SE
NHORA DA
GLORIA

TELEFONE PARA CONTATO: 79 - 999726109

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

REGIÃO DE SAÚDE:

UNIDADE
PRODUTIVA:

PRONTO SOCORRO ÁREA AZUL () ÁREA VERDE (X)

OUTROS:

QUEIXA PRINCIPAL E DURAÇÃO:

DOR EM TORNOZELO D

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLITICO

ANTECEDENTES PESSOAIS E COMORBIDADES:

NÃO

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

RX + LABORATORIO + ECG

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

FRATURA/ LUXAÇÃO BIMALEOLAR DE TORNOZELO ESQ.

RESUMO DA TERAPÊUTICA INSTITUÍDA E RESULTADOS

ANALGESIA + PROFILAXIA DE TVP

PARÂMETROS CLÍNICOS E LABORATORIAIS

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



4
Oliveira de Vasconcelos, Roberto

CARTEIRA DE IDENTIDADE

1.404.335

24.Set.1994

JEOVÃ DE PARIAS ROCHA

Antônio Vieira da Rocha

Marta de Lourdes de Parias Rocha

P.da Folha/SE

28.Out.1975

Cert.de Nascimento 6813 Fls.273 Liv.A-6

Cert.Dist.da Com.de N.S.da Glória-
SE

**PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE
PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Jeani de Farias Rocha
(nacionalidade) Brasileira, (profissão) Aornadas, portador da cédula
de identidade RG nº 1.404.335, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 928.438.325-00, residente na (endereço
completo) Rua Jose daquim de Menezes Lº195, 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 020.003.675-00, residente na (endereço
completo) Rua Dos Sales Lº 017, na cidade de
Nossa Srª da Glória, (UF) SE, CEP 49680-000, 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) Jeani de Farias Rocha,
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) Nossa Senhora da Glória

(assinatura) X Jeani de Farias Rocha

(RG) 1.404.335



RECONHECIMENTO
Reconheço por autenticidade a firma indicada de JEAN DE FARIAS ROCHA
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
Nossa Senhora da Glória/SE, 29 de outubro de 2019

Rick Hakker Santos Gomes
RICK HAKKER SANTOS GOMES (Escrivente)
29/10/2019 08:54:39 Valor Total: R\$ 8,94
Selo T/SE: 201929574022629, A. esse:
<https://www.tje.jus.br/x/B3P/KD>



AA045466



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

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 16/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JEOVA DE FARIAS ROCHA

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 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

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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: 928.438.325-00 Nome completo da vítima: Deora de Farias Rocha

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

Nome completo: Deora de Farias Rocha CPF: 928.438.325-00
Profissão: Barreador Endereço: Rua dos Leaguim de Meneses Número: 195 Complemento: casa
Bairro: Centro Cidade: Ituaçu Senhora da Glória Estado: SE CEP: 49680-000
E-mail: Marcosdegloria@gmail.com Tel.(DDD): 79-99958-1516

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: _____

AGÊNCIA: 3303 CONTA: 40104 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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, Ituaçu Senhora da Glória, 24/10/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Deora de Farias Rocha
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) 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 GLÓRIA - 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 BRASÍLIA

CEP: Bairro: Cidade: NOSSA SENHORA DA GLÓRIA 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, (próximo a clínica de saúde), Nossa Senhora da Glória/Se, quando ao chocar com um cachorro perdeu o equilíbrio vindo a cair, sofrendo fraturas no tornozelo 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 RENAVAL 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
Responsável pelo preenchimento