

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: 13/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE SEVERIANO DE ALMEIDA IRMAO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03303

CONTA: 000000013337-7

Nr. da Autenticação 21431B20328CD1DB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190676788 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE SEVERIANO DE ALMEIDA **Data do acidente:** 04/04/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS
IRMAO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 6_CIRURGIA

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
RUA DOS SLOS. 2217 CASA - SLOS
NOSSA SENHORA DA GLORIA / SE CEP: 49880000



ENERGISA SERVIÇOS DE ENERGIA SA
Rodovia Presidente Dutra KM 37 - Itaúna/Belo Horizonte
Belo Horizonte - MG - CEP: 31340-150
CNPJ: 12.017.462/0001-42 - Ins. Est: 270.767.456
Nota Fiscal: Contrato Energia Elétrica N° 117.933.211
Cód. para Bta. Automática: 00000127879

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPH/CPMV R\$0,00
"Out / 2019	10/10/2019	06/11/2019	020.003.675-00

UC (Unidade Consumidora): 3/912787-9

Canal de contato:

Confira o Dixa, nossa rede social virtual do WhatsApp!
Esse pode te auxiliar com informações sobre seu uso,
enviar e receber via da conta de internet
e efetuar outras operações.
Sua nova UC número é nos dê uma segurança que não tem:
7399121-0716.

5/16/1962

- Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
10/05/19	Lerida	Data	LEDO	1
Demonstrativo				
CCI Descrição Quantidade Tarifaria Com. Básico Ato (mwh) Taxa Cais (R\$) Outras(R\$)				
0011 Consumo kWh	00000 0.755530	66,75	00,75 25 12,00	00,75 0,00 2,70
0011 Adm B. Vantagem		3,21	3,21 0,00	3,21 0,00 0,14
0001 Adm B. Amort.		0,64	0,64 0,00	0,64 0,00 0,02
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0007 CONTROLE PÚBLICO		0,78	0,00 0 0,00	0,00 0,00 0,00
0004 DURAS DE MORA 08/2019		0,04	0,00 0 0,00	0,00 0,00 0,00
0005 MULTAS/08/2019		1,00	0,00 0 0,00	0,00 0,00 0,00
0001 REST BAND ANAR RESIDENCIAL 08/2019		0,07	0,00 0 0,00	0,00 0,00 0,00

CCI Código de Classificação se item TOTAL 00,61 70,75 17,87 70,70 0,63 2,92

Tarifa e Taxas 0,630720

VENCIMENTO 17/10/2019 **TOTAL A PAGAR** R\$ 80,51

Histórico de Consumo (kwh)

74	10	76	73	120	172	125	78	79	75	54	37
Out/19	Nov/19	Dez/19	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Mai/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Sep/19

RESERVADO AO FISCO

7c58.c680 aaef.17a8 26de.123e.3e3e.d825.

Indicadores de Qualidade		Composição do Consumo		
Límites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)	Diárias/mês	Valor (R\$)
DESEJAVEL	8,15	8,05	Bebidas e Ref. in Empresariais	19,00 22,00
DESESTRESAL	12,22	NORMAL	Combustíveis	25,14 32,44
DESEJAVEL	24,62	CONTRATÍCIA	Bem e co. de Transportes	1,00 4,17
DESEJAVEL	3,75	CONTRATÍCIA	Enegear Eletric.	10,00 2,48
DESESTRESAL	18,72	LIMITES INFERIOR	Hosped. Diárias e Empresariais	21,00 36,00
FIACAL	0,40	LIMITES SUPERIOR	Outros Serviços	0,00 0,00
DESE	0,65	0,05	Total	80,58 100,00

Valor de BEM (Ref. 01/2019) R\$ 10,30

ATENÇÃO	Fatores em atraso
Atenção: A responsabilidade pelo cumprimento público e da infraestrutura é da concessionária.	

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
00190-00009 03067-893008 03406-857171 1 80450000008051

PAGADOR: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA - CPF/CNPJ: 022.029.675-00
RUA DOS SLOS. 2217 / CASA - SLOS - NOSSA SENHORA DA GLORIA / SE CEP: 49880000

Referência	Pré Documento	Data de Vencimento	Vencimento Documento	Vencimento
00079930003406851	000912787101010	17/10/2019	R\$ 80,51	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA SERVFB-DISTRIB ENERGIA SA CNPJ 13.217.462/0001-93
Rua Min. Augusto Esteves, 81 - Centro/Belo Horizonte - MG - CEP: 49000-100

Agência / Código do beneficiário: 3264-5 / IT3005-4

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

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao 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 ILICITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Marcos De Oliveira Rosa

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 000.003.675, 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

José Severiano De Almeida Irmão inscrito (a) no CPF sob o N° 010.345.395, 40

do sinistro de DPVAT cobertura JLVAZ1DFZ da Vítima José Severiano de Almeida Irmão

Inscrito (a) no CPF sob o N° 010.345.395, 40, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Das Silas</u>	Número:	<u>212</u>	Complemento:	<u>Baixa - A</u>			
Bairro:	<u>Silas</u>	Cidade:	<u>Torre Serrana da Glória</u>	Estado:	<u>SC</u>	CEP:	<u>49680-000</u>	
E-mail:	<u>Manoeldegloria@gmail.com</u>						Tel.(DDD):	

Local e Data: Nossa Senhora da Glória ; 03.10.2019

por: José Marcos De Oliveira Rosa

Assinatura do Declarante



MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1885531

DATA: 04/04/2019 HORA: 12:51 USUARIO: ACFERREIRA
CNS: SETOR: 06-SUTURA

Av. Getúlio Vargas, 3

NOME: JOSE SEVERIANO DE ALMEIDA IRMAO
 IDADE: 51 ANOS NASC: 17/09/1967
 ENDEREÇO: POU LAGOA BONITA
 COMPLEMENTO: BAIRRO: ZONA RURAL
 MUNICIPIO: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE CEP...: 49680-000
 NOME PAI/MAE: JOAO SEVERIANO DE ALMEIDA /MARIA VIEIRA DE JESUS
 RESPONSAVEL: O PROPRIO TEL...: 79/99688-75
 PROCEDENCIA: NOSSA SENHORA DO SOCORRO
 ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
 CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [X 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: ___/___/___

Este paciente deu history de acidente de moto (ciclo em espiral) com escoce cérebro, não perdeu consciente, reflete trauma ósseo do tórax (bala no tórax).
 ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM: ECG (bala no tórax).
 ECG: Normocriante gástrico. (Verde e branco em diagonal).

DIAGNOSTICO: abuso - Bene gástrico. CID: F95 Dypus

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MEDICACAO

- 1- Refrigeração pós-operatório (X)
- 2- Andar de orto pedreiro
- 3- Alta de dia

13:10

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO proprio HOSPITAL (SETOR)

SAÍDA DE RADIOLÓGICO

REALIZADO EM 4/4/19

13:10

HORA DA SAIDA:

EVASÃO [] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: []ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIAR

[] IML

[] ANAT. PATO

Órgão Funcional
Data: 20/04/2019

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

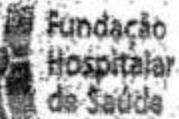
Rx de perna e joelho é em 2º
 → Rx forte (DP + 1 + bônus)
 → Rx forte (DP + 1 + bônus)

Dra. Luciana Hora
 Consultórios Clínicos
 CRM 26937

HUSE

HOSPITAL DE URGENCIA DE SERGIPE

001939
DEPARTAMENTO DE URGENCIA E PRIMERIA
ESTRADA DA SAUDE, KM 1,5

Fundação
Hospitalar
de Saúde

OBRIGAÇAO: pertenço ao Setor de URG.
Pertenço ao setor de URG. e pertenço ao setor de URG.
Setor de URG. pertence ao setor de URG. e pertence ao setor de URG.

FICHA DE ATENDIMENTO

DR. ENR. P/ DR. J. P.
INTERNO

ACOLOMENHO COM IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTE

NOME DO PACIENTE (Sem abreviações):

REGISTRO:

IDADE: ETNIA:

DATA: / /

DATA DE NASCIMENTO NOME DA MÃE:

HORA: / /

Redondo Sete

SITUAÇÃO / QUEIXA:

+ Morfo Long + Gangol de AS DT 25:00
- Vfro - 2 o M. Z

FLUXOGRAMA:

DISCRIMINADOR:

ALERGIAS (MEDICAMENTOS E ALIMENTOS):

Ap. vno, embal M16, vno
Hfst w

VERMELHO	CARANJA	AMARELO	POUCO URGENTE	NÃO URGENTE
0 MIN	10 MIN	60 MIN	120 MIN	240 MIN

OBSERVAÇÃO:

Nº absp, combt

DESTINO / ENCAMINHAMENTO:

ENF.:	COREN:	ASSINATURA:
COORDENADOR:		
RECLASIFICAÇÃO PARA A PRIORIDADE: DISCRIMINADOR às _____ h ____ min.	ENF.:	
	COREN:	

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

COLOCADA PULSEIRA? (S/N)

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

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: José Sáternaio de Almeida Lima.
DATA DA ENTRADA: 01/04/19
DATA DA SAÍDA: 05/04/19

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário, sem ter contato profissional com o paciente, isto é, a responsabilidade do atendimento cabe aos médicos que o assistiram.

INTERNAMENTO: PS () ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Último de acidente de moto causando com fratura de ossos de perna esquerda de corte conservadora. Foi intervindo este dia 05/04/19 quando foi transferido para o hospital cirúrgico.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

radiografias

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Leandro Tomiyoshi CRM 3730

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

ARACAJU, 14 de Junho de 19


Wanderlania Diniz
Enfermeira / Clínica Médica
CRM/SE 3506

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Definitivo...: 186830
o do CNS....: 0000000000000000
.....: JOSE SEVERIANO DE ALMEIDA IRMAO
ento....: Tipo :
de Nascimento: 17/09/1967 Idade: 51 anos
.....: MASCULINO
nsavel....: JOAO SEVERIANO DE ALMEIDA
da Mae.....: MARIA VIEIRA DE JESUS
aco.....: POV LAGOA BONITA 700505935217554
.....: ZONA RURAL Cep.: 49680-000
one.....: 7996885775
ipio.....: 2804508 - - SE
nalidade....: BRASILEIRO
alidade....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

de Entrada..: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 1885531
ca.....: 030 - UPC - MASC. POS CIRURGICA
.....: 030.0010
da Internacao: 05/04/2019
da Internacao: 11:34
o Solicitante: 601.390.135-04 - LUCIANA HORA GOIS
i. Solicitado: NAO INFORMADO
ostico.....: NAO INFORMADO
if. Operador.: JOSEANESANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

Realizado:
Saida:
ialidade:
de Saída:
rincipal:
ecundario:
ipal:
dario:

Evolução/Prescrição Médica DATA 05/04/19

NOME: José Severino Puméida

ALA: VERDE TRAUMA 1 LEITO: CORREDOR GÊNERO:

IDADE:

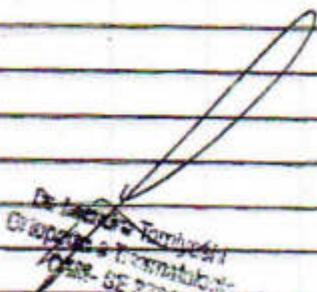
DIAGNÓSTICOS: Fraturas Perna (E)

Evolução médica: Paciente estável e queixas.

CD: Fármaco TTO: curativo

	PREScriÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta VO LIVRE	SND.
2	SF0,9% 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	12 18 24 06
6	Profenid, 01 ampola IV + 100ml SF0,9%, 12h/12h	02
7	Tramal 100mg + 250 ml SF0,9, IV, 8h/8h	SOS
8	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia	20
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	Gentamicina 240mg , EV, 1x/dia	SUSP
18	CURATIVO DIARIO 1X/DIA	-
19		4
20	Dr. Henrique Almeida Ortopedia e Traumatologia	
21	CRM 51/800 CPF 020.918.923-52	
22		
23		

Evolução Clínica Multidisciplinar
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE
PRONTO SOCORRO ADULTO
Página nº 1
Nome do Paciente:
José Sevam de Almeida Freire
Idade:
Sexo:
Unidade de Produção:
Leito:
Nº do Prontuário:

DATA	HORA	HISTÓRICO
01/08/2019		<p>Ponto visto da adulto de 30m de tou - MIG.</p> <p>Apresentava-se sintoma de febre na face portar p(R), eritem, +/cianose.</p> <p>GP da face, respiração fundo p(R), com expiração, MSLV. T(41), dor no fundo (E)</p> <p>Ex pum(B): + pum(B) (fl. em pum.) Nas abgum /combd da</p> <p>Ad: - Intern fl. da magro</p> <p>Sobr p - up.</p> <p>Intelig c/ hq suspicito nes + cintura.</p> <p>+/cintura b/gp d/p tif.</p>
		



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Nome do Paciente:

José Sereino de Almeida

Idade:

Sexes

U.P.

U.P.: UPC 1-16

Matrícula:

