



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA DA COMARCA DE N. SRA. DA GLÓRIA
Rua Floriano Peixoto, Bairro Centro, N. Sra. Da Glória/SE, CEP 49680000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202077200184	Distribuição: 17/02/2020
Número Único: 0000433-86.2020.8.25.0048	Competência: 2ª Vara Cível e Criminal de Nossa Senhora da Glória
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

Assuntos

- DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO - Partes e Procuradores - Assistência Judiciária Gratuita
- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

Dados das Partes

Requerente: JEOVA DE FARIAS ROCHA
Endereço: RUA JOSE JOAQUIM DE MENEZES
Complemento:
Bairro: CENTRO
Cidade: NOSSA SENHORA DA GLORIA - Estado: SE - CEP: 49680000
Requerente: Advogado(a): JOSÉ JEOVANY DA SILVA 12367/AL
Requerido: SEGURADORA LÍDER
Endereço: RUA SENADOR DANTAS
Complemento: 5º ANDAR
Bairro: CENTRO
Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20010000
Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

**2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA DA COMARCA DE N. SRA. DA GLÓRIA
Rua Floriano Peixoto, Bairro Centro, N. Sra. Da Glória/SE, CEP 49680000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

Processos Apensados:

--

Processos Dependentes:

--



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA DA COMARCA DE N. SRA. DA GLÓRIA
Rua Floriano Peixoto, Bairro Centro, N. Sra. Da Glória/SE, CEP 49680000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202077200184

DATA:

15/07/2020

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSYTIAN SILVA MENEDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200715200605015 às 20:06 em 15/07/2020.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

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/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 ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Marcos de Oliveira Rosa

inscrito (a) no CPF/CNPJ 030.003.675 / 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 Invalidez 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>Nossa Senhora 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: Nossa Senhora da Glória; 25.10.2019

José 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. Ambula Leair Bastos Pinna Ner,**
Coordenadora de Regulação Médica
SAMU 192 Sergipe
CIMA/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-OPERATORIO: fratura limbal da tomografia esquerda
 CIRURGIA REALIZADA: Redução cirúrgica com fixação
 CIRURGIÃO: Dr. Roberto Lima ANESTESIOLOGISTA: Dr. Gabriel
 AUXILIAR: _____ AUXILIAR: _____
 ANESTESIA UTILIZADA: _____
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATORIO: _____

EQUIPAMENTOS

<input type="checkbox"/> B. E. / BIPOLAR	<input type="checkbox"/> TRÉPANO ELÉTRICO
<input type="checkbox"/> SET RA ELÉTRICA	<input type="checkbox"/> MICROSCÓPIO CIRÚRGICO
<input type="checkbox"/> FONTE DE LUZ / FIBRA ÓTICA	

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO:

Desbridamento
Antiseptia
Campos
Exatidão - Direção
Redução cirúrgica com fixação
Síntese do ferimento
Curativo

24.07.18
 DATA
 MOD. 042-HCAL

ASSINATURA DO CIRURGIÃO

ORTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

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 DOC...:
 IDADE.....: 42 ANOS NASC: 28/10/1975 SEXO...: MASCULINO
 ENDEREÇO.....: TRV 15 DE AGOSTO NUMERO: 195
 COMPLEMENTO....: 126285670770003 BAIRRO: BRASILIA
 MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE CEP...: 49680-00
 NOME PAI/MAE...: ANTONIO VIEIRA DA ROCHA /MARIA DE LOURDES DE FARIAS
 RESPONSÁVEL...: IRMA LIZIMA TEL...: 79/9997
 PROCEDENCIA...: NOSSA SENHORA DA GLORIA 09
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
 ACIP. TRABALHO: SIM VEIO DE AMBULANCIA: SIM

FARMACIA
Adm. de Farmacia

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:

*Dato trazido pela mãe em protocolo de
 atendimento noturno. No 8º dia de vida.
 ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM: referir de bronquite em*

lote, urgente, a ECC-15. Am. molida
 DIAGNOSTICO: *Bronquite* CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*D pulso antepedris
 Alts de c/gu*

EXAMA
 HORARIO:
 TECNICO:
 [Stamp and signature]

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. PAT

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL
[Signature]
 ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Definitivo...: 174240
 Codigo 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 Mae...: MARIA DE LOURDES DE FARIAS ROC
 Endereco...: TRV 15 DE AGOSTO 195 126285670770003
 Cidade...: BRASILIA Cep.: 49680-000
 Telefone...: 79/999726109
 Municipio...: 2804508 - - SE
 Nacionalidade...: BRASILEIRO
 Estado de Origem...: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Data de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 1755091
 Local...: 945 - PS VERDE TRAUMA II
 Unidade...: 999.0217
 Data da Internacao: 17/07/2018
 Hora da Internacao: 12:00
 Medico Solicitante: 026.754.214-30 - ROBERTO RIBEIRO BORGES NETO
 Procedimento Solicitado: NAO INFORMADO
 Diagnostico...: NAO INFORMADO
 Tipo de Operador.: ESBSANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

Data Realizado:
 Local de Saída:
 Motivo de Saída:
 Tipo de Saída:
 Responsavel Principal:
 Responsavel Secundario:
 Responsavel Principal:
 Responsavel Secundario:
 Observacoes:

EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA 16/17/2018

NOME: *Leiva de Farias Rocha*

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

DIAGNÓSTICOS: *Fratura Luxação Braço Esquerdo
Tornozelo (E)*

EVOLUÇÃO MÉDICA: _____

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta VO LIVRE	1 SVD
2	SFO, 9% 500ML EV 8/8HS	500 500 500
3	Kefam IV, 6h/6h OU Kefazol 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 48
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 DIARIO 1X/DIA	M
19		
20		
21		
22		
23		

Antônio Lopes Freitas
Ortopedia, Médico
CPMA-SE 5830



EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE

PRONTO SOCORRO ADULTO

Nome do Paciente: Leandro de Farias Rocha Idade: 42 Sexo: M

Unidade de Produção: Leito: Nº do Prontuário:

DATA	HORA	HISTÓRICO
		PACIENTE DE SEXO MASCULINO
		DE 42 ANOS VÍTIMA DE ACIDENTE
		MOTOCICLETA NA RUA SOFRENDO TRAUMA
		EM MEMBRO INFERIOR (E)
		+ NEGOS SÍMPTOMAS
		+ NEGOS HDS OU DM.
		Apresenta luxação peroneal (E)
		em redução
		TRAUMA BOTA
		em controle
		intermitente

Pêlix Antonio Lima Fialho
 Médico
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM nº 5232

O.E.: M280030801 ESFERA: PRIVADO ESPELHO DA AIH APRESENTAÇÃO: 08 / 2018 PAG: DATA: 20/08/2018
 Num AIH: 281810015134-0 Situação: EXPORTADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 08/2018 Data Autorização: 20 / 07 / 2018

Especialidade: 01 - CIRURGICO Orgão Emissor: M280030801 CRC: 05F996A513
 Doc autorizador: 190138126980000 Doc med resp: 206790614660009 Doc diretor clinico: 206790614660009 Doc médico solíc: 170295856990000
 CNES: 0002283 - FUNDAÇÃO 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.?: Nã
 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 Óbito:
 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:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtde	Cmpt	Descrição
1	0408050497	107995369860004	225270(1)	0002283	0002283	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 PLACA USORESPONDISC 40 MM
4	0702030830			02681701000169	02681701000169	1	07/2018 PLACA 1/3 TUBULAR 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)
5	0302050019	980016286434181	223635	0002283	0002283	2	07/2018 ATENDIMENTO FISIOTERAPUTICO SEM

DADOS DE OPM

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	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-ASSISTENCIA FISIOTERAPUTICA NAS	12,70						12,70
04.08.05-MEMBROS INFERIORES	263,01			50,73	118,40		432,14
07.02.05-ORM EM ORTOPEDIA							176,11
Total Geral:	275,71	176,11		50,73	118,40		620,95

CID SECUNDÁRIO
 Cid Característica Descrição
 V230 ADQUIRIDO MOTOCICLISTA TRAUM. EM COL. C/CARRO, PICK-UP OU CAMINHON. - CONDUTOR TRAUM. EM ACID. ã-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 arquivado no prontuário do paciente"

ASSINATURA E CARIMBO
 DIRETOR DO HOSPITAL

Drª Ana Angélica Dantas
 Suprv. Médica
 CRM 2343
 CPF 880.011 136-16

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 solc: 170295656990000

CNES: 0002283 - FUNDAÇÃO 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: 49980-000

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:

AIH Anterior:

AIH Posterior:

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNPJ do Empregador:

CNAER: -

Vinculo Previdência:

CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtde	Compt	Descrição
2	0408050497	980016287809073	225151(6)	3359948	3359948	1	07/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA
4	0702030830			02681701000169	02681701000169	1	07/2018	PLACA 1/3 TUBULAR 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)

DADOS DE OPM

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

VALORES DA PRÉVIA

	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
Total Geral:	275,71	178,11		50,73	118,40		620,95

CID SECUNDÁRIO

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

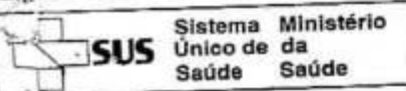
Número de Nascidos: Vivos: Mortos: Altas: Transf.: Óbitos: Nº Pré-Natal:

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 arquivado 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



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



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
 8 - DATA DE NASCIMENTO
28/10/1975
 9 - SEXO
 Masc. 1 Fem. 3
 10 - RAÇA/COR
1043278
 11 - NOME DA MÃE
MARIA DE LOURDES DE FARIAS ROCHA
 12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
999726109
 13 - NOME DO RESPONSÁVEL
O MESMO
 14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
999726109
 15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
TRAVESSA 15 DE AGOSTO N.195 BAIRRO BRASILIA
 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
NOSSA SENHORA DA GLORIA
 17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
SE
 18 - UF
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
Munido de tratamento urgente.

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
Px + exames frios

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL
fratura fechada
 24 - CID 10 PRIMÁRIO
S930
 25 - CID 10 SECUNDÁRIO
V230
 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
W. cirurgia
 28 - Cód. do procedimento
040 805 0497
 29 - CLÍNICA
ORTOPEDICA
 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
URGENCIA
 31 - DOCUMENTO
 CNS CPF
 32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
60157127591
 33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
Dr. ...
 34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
2007/12
 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
 40 - Nº DO BILHETE
 41 - SÉRIE
 42 - CNPJ EMPRESA
 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 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR
 48 - DOCUMENTO
 CNS CPF
 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
 50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
23/07/18
 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
Dr. Rosanne Ferreira
Supervisão Médica / SES
CPF 876.123.456 - 20
 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
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 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

Unidade
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 TERAPÉUTICA INSTITUÍDA E RESULTADOS

ANALGESIA + PROFILAXIA DE TVP

PARAMETROS CLÍNICOS E LABORATORIAIS

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



1.404.335 24.Set.1994

JEOVÁ DE PARIAS ROCHA

Antônio Vieira da Rocha

Maria de Lourdes de Parias Rocha

P.da Folha/SE 28.Out.1975

Cert.de Masc.nº 6813 Pls.273 Lív.A-6

SE Cert.Dist.da Com.de N.8.da Gloria-

Francisco José de Aguiar

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

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Jeani de Farias Rocha
(nacionalidade) Brasileira, (profissão) Homemaker, 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 da Aguiar de Menezes 6º195, na cidade de
Nossa Srª da Glória, (UF) SE, CEP 49680-000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) José Vasconcelos de A. 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 Das Silvas 1º 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) Jeani de Farias Rocha,
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) Nossa Senhora da Glória



(assinatura) Jeani de Farias Rocha

(RG) 1.404.335

RECONHECIMENTO
Reconheço por autenticidade a firma indicada de JEANI DE FARIAS ROCHA
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Do 1º
Nossa Senhora da Glória/SE, 29 de outubro de 2019

Rick Hakker Santos Gomes
RICK HAKKNER SANTOS GOMES (Escrivente)
29/10/2019 08:54:39 Valor Total: R\$ 0,00
Selo T/SE: 201829574022829, A. esse:
<https://www.tse.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: Leona de Farias Rocha

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

Nome completo: Leona de Farias Rocha CPF: 928.438.325-00
 Profissão: barreador Endereço: Rua das Jaquim de Meneses Número: 195 Complemento: casa
 Bairro: Centro Cidade: Itaó Senhora da Glória Estado: SE CEP: 49680-000
 E-mail: Marcosdeglória@gmail.com Tel.(DDD): 79-99958-1516

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

RENDA 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 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (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
Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Itaó Senhora da Glória, 24/10/2019 TESTEMUNHAS
 Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura _____
 Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Leona de Farias Rocha
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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:() 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 PUBLICA 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 cútis: 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, (proximo a clínica de saúde), Nossa Senhora da Glória/Se, quando ao chocar com um cachorro perdeu o equilíbrio vindo a cair, sofrendo fraturas no tomozelo do pe 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 sabe 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