

# 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: 20/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: MARCIO CHAGAS DA ROSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04338

CONTA: 000000010423-0

---

Nr. da Autenticação EB1FC97234FD200B

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200104449 **Cidade:** Poço Verde **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCIO CHAGAS DA ROSA **Data do acidente:** 30/09/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 17/03/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.  
P-6-7-13

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO DIREITO.

**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 MODERADO DO OMBRO DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** X

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros | 25 %                                            | Em grau médio - 50 %                                          | 12,5%     | R\$ 1.687,50             |
| Total                                         |                                                 |                                                               | 12,5 %    | R\$ 1.687,50             |

Rio de Janeiro, 26 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200104449

Vítima: MARCIO CHAGAS DA ROSA

Data do Acidente: 30/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARCIO CHAGAS DA ROSA**

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 dos ombros

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: **MARCIO CHAGAS DA ROSA**

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

Banco: **104**

Agência: **000004338**

Conta: **0000010423-0**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

Marcio Chagas da Rosa

6 - CPF:

041.635.895-03

7 - Profissão:

Trabalhador

8 - Endereço:

Rod. Pindamon

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Arma Rural

12 - Cidade:

Helópolis

13 - Estado:

Ba

14 - CEP:

48445-000

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

79.9849-7790

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR

☒ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 4338

CONTA: 10423

0

AGÊNCIA:

CONTA:

0

(Informar o dígito se existir)

(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.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou resíduo (val nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - 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.

34

Impressão digital de vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Heachis/BA 27 de fevereiro de 2020.

Marcio Chagas da Rosa  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO VERDE - POÇO VERDE - SE

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 016886/2020

## DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 12/02/2020 10:31

Data/Hora Fim: 12/02/2020 10:53

Delegado de Polícia: Fabio Alan Pinto Pimentel

## DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Poço Verde

Data/Hora do Fato: 30/09/2019 06:00

## Local do Fato

Município: Poço Verde (SE)

Bairro: Santa Cruz

Logradouro: AVENIDA SANTA CRUZ

CEP: 49.490-000

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza                                | Meio(s) Empregado(s) |
|-----------------------------------------|----------------------|
| 1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO | Não Houve            |

## ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MÁRCIO CHAGAS DA ROSA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 14/07/1990

Idade: 29 anos

Naturalidade: BA - Panpiranga

Profissão: Agricultor

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria Pureza dos Santos Chagas

Nome do Pai: Pedro da Rosa

## Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 041.635.895-03

## Endereço

Município: Heliópolis - BA

Logradouro: POVOADO PINDORAMA

Bairro: ZONA RURAL

Telefone: (79) 99849-7790 (Celular)

Nº: 14

## OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Descrição MOTOCICLETA

CPF/CNPJ do Proprietário 154.876.525-20

Placa QMF2244

Renavam 01181431589

Número do Motor JC69E0J311865

Número do Chassi 9C2JC6900JR314814

Ano/Modelo Fabricação 2018/2018

Cor PRETA

UF Veículo Sergipe

Município Veículo Poço Verde

Marca/Modelo HONDA/CG 125I FAN

Modelo HONDA/CG 125I FAN

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 28/01/2020

Situação do Veículo NADA CONSTA

| Nome Envolvido | Envolvimentos |
|----------------|---------------|
|----------------|---------------|



Delegado de Polícia Civil: Fabio Alan Pinto Pimentel  
Impresso por: Benedito Ribeiro de Menezes  
Data de Impressão: 12/02/2020 10:55  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO VERDE - POÇO VERDE - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 016886/2020

| Nome Envolvido        | Envolvimentos |
|-----------------------|---------------|
| Mércio Chagas da Rosa | Exibidor      |

RELATO/HISTÓRICO

RELATA O NOTICIANTE QUE NA DATA, LOCAL E HORA ACIMA CITADOS, CONDUZIA O VEICULO SUPRACITADO, MOMENTO QUE AO PASSAR POR UM BURACO, PERDEU O CONTROLE DA DIREÇÃO VINDO A CAIR; QUE ATO CONTINUO, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR UM AMIGO AO HOSPITAL SANTA TERESA EM RIBEIRA DO POMBALE, ONDE FOI MEDICADO E CONSTATOU FRATURA NA CLAVICULA DO LADO DIREITO, COMO TAMBÉM ALGUMAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO. RESSALTA QUE A ESCOLHA DO HOSPITAL PARA SOCORRER O ACIDENTADO SE DEU TENDO EM VISTA QUE O MESMO RESIDE EM HELIÓPOLIS E QUE NA CIDADE ONDE OCORREU O SINISTRO NÃO DISPÕE DE ESTRUTURA E EQUIPAMENTOS PARA EXAMINAR A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS QUE ESTE COMUNICANTE SOFREU. QUE ESTE REGISTRO TEM FINALIDADE ÚNICA PARA SOLICITAR INDENIZAÇÃO JUNTO AO DPVAT.

ASSINATURAS

Elenildo Rabelo de Menezes

Agente da Polícia  
Matrícula: 1630

Responsável pelo Atendimento

Mércio Chagas da Rosa

(Vítima / Comunicante)

\*Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável pelas informações acima apresentadas e deixo, que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339 Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.\*



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - COMARCA DE POÇO VERDE/SE  
Tribunal de Notas e Protesto de Títulos  
Varela Augusta Moraes, O. 1.º Ofício, Poço Verde/SE - CEP 45.410-000 - Tel. (71) 3541-0245 - cartorio1po@tjse.org.br

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, ao qual autentico e dou fé.

Poço Verde/SE, 02/03/2020. Taxa R\$3,00,

FERD R\$0,60, Selo R\$0,00

Selo TJSE:202028545002817

Acesso: [www.tjse.jus.br/xi/27HP84](http://www.tjse.jus.br/xi/27HP84)

Em Te: ANA LÚCIA SOUZA CASTRO FONSECA da verdade;

ANA LÚCIA SOUZA CASTRO FONSECA

Substituta Interina



Ana Lúcia Souza Castro Fonseca  
SUBSTITUTA  
Poço Verde - Sergipe



Delegado de Polícia Civil: Fábio Alan Pinho Pimentel  
Impresso por: Elenildo Rabelo de Menezes  
Data de Impressão: 12/02/2020 10:55  
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

**RECEITUÁRIO MÉDICO**

Para:

Marco Chagas de Nova

Planta e foto em  
cabeleira D. operado em  
07/10/19, violado e preso  
de infecção fúngica, submetido  
a retirada de material de  
extração, fente fe-de  
e exposição óssea, em fase  
de cicatrização, sem condições  
para trabalho por tempo inde-  
terminado.

C.D. Silva  
M 869

Dr. Adauto Ramos Jr.  
CRM - BA 9054  
Ortopedia / Traumatologia

03/02/2020

951871

Hospital Geral Santa Tereza

Rua Salustiano Guerra, 338 - Centro - CEP: 48400-000 - Ribeirão Pombal-BA

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - COMARCA DE POÇO VERDE/SE

Tribunal de Justiça do Estado de Sergipe - TJSE  
Cartório de Registro de Imóveis - RI - Centro, Poço Verde/SE - CEP: 40.400-000 - Tel. (79) 3349-1190 - e-mail: cartorio@tjse.jus.br

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original  
que me foi apresentado, ao qual autentico e dou fé.

Poço Verde/SE, 02/03/2020. Taxa R\$3,00,

FERD R\$0,60, Selo R\$0,00

Selo TJSE: 202029545002816

Acesse: [www.tjse.jus.br/x/2JTPQJ](http://www.tjse.jus.br/x/2JTPQJ)

Em Teste: *da verdade.*

ANA LÚCIA SOUZA CASTRO FONSECA

Substituta Interina



Ana Lúcia Souza Castro Fonseca  
SUBSTITUTA  
Poço Verde - Sergipe

☐ CLÍNICO ☒ CIRURGIÃO ☐ PEDIATRA ☐ OBSTÉTRA ☒ ORTOPEDISTA ☐ OUTROS

Queixa do paciente: Acidente moto Recepção: 11:016 Data: 30/09/19

Nome do Paciente: Mário Chagas da Rosa Registro: 279558

R.G.: 09 818 435.06 Data de Nascimento: 14/07/1990 Naturalidade: Paripiranga

Ocupação: Agricultor Religião: — CNS: S/C

Nome da Mãe: Maria Luiza da S. Chagas Nome do Responsável: —

Cor: ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Indígena ☐ Amarela (Asiática) Sexo: ☒ M ☐ F

Escolaridade: ☐ Nenhuma ☐ Fundamental ☐ Médio ☐ Superior Completo ☐ Superior Incompleto

Endereço: Rua Capela Bairro: Paripiranga

Número: — Cidade: Ilhéus Estado: BA Telefone: 99862016 CEP: 48445-11

**AValiação de Enfermagem**

Hora do atendimento: 11:37 Queixa Principal: Relata queda de moto ± 12

**AValiação por Classificação de Risco**

- ☐ Vermelho - Prioridade 0 (Emergência, necessidade de atendimento imediato) Relata trauma no  
☐ Amarelo - Prioridade 1 (Urgência, atendimento o mais rápido possível) face, alguma  
☐ Verde - Prioridade 2 (Prioridade não urgente) edema no  
☐ Azul - Prioridade 3 (Consulta de baixa complexidade - atendimento por horário de chegada) ombro @

29 anos**SINAIS VITAIS**nega uso de coposte

PA: 130 x 90 mmHg P: — bpm T: — °C F.R.: — rpm HGT: — mg/dL

**AValiação Neurológica**

☒ Lúcido ☒ Orientado ☐ Confuso ☐ Sonolento ☐ Comatoso ☐ Agitado

**Antecedentes Clínicos**

☐ HAS ☐ DM ☐ Neoplasia ☐ Hepatite ☐ Cardiopata ☐ Pneumopata  
☐ Outras: — Alergias: nega

**AValiação Médica**

Queixa do paciente: queda de moto ontem

Anamnese / Ex. Físico / Conduta: Nota dor em clavícula @  
ECG: 15  
em 15 minutos de dor

Suspeita Diagnóstico: fratura de clavícula

☐ Alta ☐ Óbito ☒ Transferido (a) Destino: ortopedico

Hora: 14h Motivo: —

Santo Jesus de Praxedes Santos (Assinatura)  
Paciente ou Responsável

Dr. José Roberto S. Oliveira  
Ortopedista  
CRM 12.345

Médico - CRM

☐ CLÍNICO ☐ CIRURGIÃO ☐ PEDIATRA ☐ OBSTÉTRA ☐ ORTOPEDISTA ☐ OUTROS

Queixa do paciente: Febre Recepção: 07:10 Data: 07/10/19

|                                                                                                                                                                                                            |                                        |                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Nome do Paciente:<br><u>Marcio Chagas da Rosa</u>                                                                                                                                                          |                                        | Registro:<br><u>279933</u>                                             |
| R.G.:<br><u>09.818.435-06</u>                                                                                                                                                                              | Data de Nascimento:<br><u>14-07-90</u> | Naturalidade:<br><u>Paripiranga</u>                                    |
| Ocupação:<br><u>Arquiteto</u>                                                                                                                                                                              | Religião:                              | CNS:<br><u>801434163243292</u>                                         |
| Nome da Mãe:<br><u>Maria Pereira dos Santos e Chagas</u>                                                                                                                                                   |                                        | Nome do Responsável:                                                   |
| Cor: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Amarela (Asiática)                           |                                        | Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Escolaridade: <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Fundamental <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Superior Completo <input type="checkbox"/> Superior Incompleto |                                        |                                                                        |
| Endereço:<br><u>Rua Pindamonia</u>                                                                                                                                                                         |                                        | Bairro:<br><u>2 Rural</u>                                              |
| Telefone:<br><u>0999862061</u>                                                                                                                                                                             | CEP:<br><u>48465.000</u>               |                                                                        |

### AValiação de Enfermagem

hora do atendimento: \_\_\_\_\_ Queixa Principal: \_\_\_\_\_

### AValiação por Classificação de Risco

- ☐ Vermelho - Prioridade 0 (Emergência, necessidade de atendimento imediato)  
☐ Amarelo - Prioridade 1 (Urgência, atendimento o mais rápido possível)  
☐ Verde - Prioridade 2 (Prioridade não urgente)  
☐ Azul - Prioridade 3 (Consulta de baixa complexidade - atendimento por horário de chegada)

### Sinais Vitais

PA: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ mmHg P: \_\_\_\_\_ bpm T = \_\_\_\_\_ °C F.R.: \_\_\_\_\_ rmp HGT: \_\_\_\_\_ mg/dL

### AValiação Neurológica

☐ Lúcido ☐ Orientado ☐ Confuso ☐ Sonolento ☐ Comatoso ☐ Agitado

### Antecedentes Clínicos

☐ HAS ☐ DM ☐ Neoplasia ☐ Hepatite ☐ Cardiopata ☐ Pneumopata  
☐ Outras: \_\_\_\_\_ ☐ Alergias: \_\_\_\_\_

### AValiação Médica

Queixa do paciente: \_\_\_\_\_

Anamnese / Ex. Físico / Conduta: \_\_\_\_\_

Suspeita Diagnóstico: \_\_\_\_\_

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Transferido (a) Destino: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

S. J. S. S.  
Paciente ou Responsável

Médico - CRM



Marcio Chagas de Rose

105-03

| DATA     | HORA  | EVOLUÇÃO DO(A) ENFERMEIRO(A)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ASSINATURA                                        |
|----------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 07.10.19 | 08:00 | Paciente 29 anos, admitido neste setor clínico cirúrgico, proveniente de sua residência, p/ submeter-se a tratamento cirúrgico Fractura (Clavícula, D, coto, luída, orientada, verbalizando, oxilil, eufórico, tórax direito, abdômen rígido, extremidades preservadas; eliminação xantolizim. neg. bm + lgs + obgyn, em jejum desde as 22h. Aguardando cirurgia | Roberta Tais S. Santana<br>COREN-BA 529.746 - ENF |
| 07.10.19 | 16:20 | Paciente encaminhado ao Centro Cirúrgico, coto, luída, orientada, em colônia de Nódos                                                                                                                                                                                                                                                                            | Roberta Tais S. Santana<br>COREN-BA 529.746 - ENF |
|          | 16:30 | Admissão do paciente 191 em CC para procedimento de Clavícula D, atlu, Heparina eufórico em cto. Em cto D                                                                                                                                                                                                                                                        | Roberta Tais S. Santana<br>COREN-BA 529.746 - ENF |
|          | 16:50 | Início do anestesico geral. BM relax                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                   |
|          | 17:05 | Início do curativo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                   |
|          |       | Cirurgia: LH Adalto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                   |
|          |       | Instrumentação dos atos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                   |
|          |       | Principais: Tris + Heparina                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                   |
|          | 18:15 | Terminio do procedimento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                   |
|          | 18:32 | Realizado o fechamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                   |
|          | 18:40 | Encaminhado ao setor de Curativo, sob cuidados do anestesico em BEG                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                   |
| 07.10.19 | 20:00 | Paciente retorna do Centro Cirúrgico, coto, luída, orientada, em BEG. Segue em tratamento de curativo                                                                                                                                                                                                                                                            | Roberta Tais S. Santana<br>COREN-BA 529.746 - ENF |
| 27.10.19 | 06:30 | Paciente acordou e pediu atendimento, segue em tratamento de curativo                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Roberta Tais S. Santana<br>COREN-BA 529.746 - ENF |

Atividade  
Controle  
24: 12.19  
TB

**HOSPITAL GERAL SANTA TEREZA**  
ORGANIZAÇÃO SOCIAL

**SESAB**  
SUS

COORDENADOR  
JOSE  
SILVEIRA



**BAHIA**  
GOVERNO DO ESTADO

**FICHA DE DESCRIÇÃO CIRÚRGICA**

**PACIENTE: MARCIO CHAGAS DA ROSA DATA: 07/10/19**

REG: 255821

DIAGNOSTICO: FRATURA CLAVICULA DIR

DESCRIÇÃO:

PARTE 01

PACIENTE EM POSIÇÃO DE CADEIRA DE PRAIASOB ANESTESIA, ASSEPSIA E ANTISSEPSIA  
MSD/OMBRO DIR, COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS, INCISÃO REGIAO CLAVICULAR, ABERTURA  
POR PLANOS, VISUALIZADA FRATURA DA CLAVICULA COM TERCEIRO FRAGMENTO, REDUÇÃO COM  
PARAFUSO INTERFRAGMENTARIO+PLACA RECONSTRUÇÃO 10F+07 PARAFUSOS CORTICAIS, LAVAGEM  
SFO.9%+HEMOSTASIA, SUTURA, CURATIVO

**ANESTESISTA: DR KLEBER**

**CIRURGIÃO: DR ADAUTO RAMOS JR**

**INSTRUMENTADOR: SILAS**

**INTERCORRÊNCIAS: NÃO HOUVE**

**MATERIAL OPME: ACIMA DESCRITO**

Assinatura / CRM

Rua Salustiano Guerra, 338 – centro – Ribeira do Pombal/BA – CEP 45.400-000  
Telefax: (75) 3276-1558/1290 – CNPJ: 15.194.004/0001-25  
Email: hgst@pombalnet.com.br

Justificativa  
Conferência Original  
24.10.19  
BR



Nome do paciente:

Data:

Marcos Chagas da Rosa

07/10/19

Tipo de anestesia:

Hora:

Genal Balneada

Início: 16:50 Fim:

Tipo de cirurgia:

Hora:

TC de fratura de clavícula D

Início: 17:05 Fim: 18:25

Cirurgião:

Assistentes:

D<sup>ro</sup> Adauto

Max + Max + Cam + Jabo

Anestesiologista:

Instrumentador:

D<sup>ro</sup> Kleber

Silas

| QTD. | MATERIAIS                  | Nº  |     |
|------|----------------------------|-----|-----|
|      | Catgut Simples             |     |     |
|      | Catgut Simples             |     |     |
|      | Catgut Cromado             |     |     |
|      | Catgut Cromado             |     |     |
| 24   | Nylon C/A                  | 24  |     |
|      | Nylon S/A                  |     |     |
|      | Prolene                    |     |     |
|      | Vicryl                     |     |     |
|      | Flo Algodão                |     |     |
| 3    | Gaze                       |     |     |
| 4    | Luva Estéril               | 7,0 | 8,0 |
| 2    | Equipo Soro                |     |     |
|      | Getco                      |     |     |
|      | Equipo Soro                |     |     |
|      | Polifix                    |     |     |
|      | Atadura Crepom             |     |     |
|      | Sonda Aspiração            |     |     |
| 1    | Lâmina de Bisturi          | 24  |     |
|      | Aguilha RAQUI              |     |     |
|      | Sonda Foley                |     |     |
|      | Coletor Urina              |     |     |
| 1    | Seringa de 3 ml            |     |     |
| 1    | Seringa de 5 ml            |     |     |
| 1    | Seringa de 10 ml           |     |     |
| 1    | Seringa de 20 ml           |     |     |
| 2    | Aguilha 30x7               |     |     |
| 2    | Aguilha 40x12              |     |     |
| 3    | Compressa 5 und.           |     |     |
|      | Compressa 2 und.           |     |     |
| 1    | Tubo Endotraqueal          | 8,0 |     |
| 5    | Eletrodo                   |     |     |
|      | Adaptic <i>delto</i>       |     |     |
|      | Escova Degermt.            |     |     |
| 1    | Cateter Nasal O2           |     |     |
| 1    | Extensor de O2             |     |     |
| 1    | Gazes <i>emeta Bisturi</i> |     |     |

| QTD. | MATERIAIS                          | Nº    |  |
|------|------------------------------------|-------|--|
| 1    | Propofol                           |       |  |
| 1    | Cetamina <i>succinil</i>           |       |  |
|      | Midazolam                          |       |  |
|      | Morfina 0,2 mg                     |       |  |
| 1    | Oxycodone <i>tramal</i>            |       |  |
| 2    | Atracurio                          |       |  |
|      | Pancurônio                         |       |  |
| 2    | Alfentanil                         |       |  |
|      | Diazepam                           |       |  |
|      | Profenid                           |       |  |
| 1    | Besil <i>Endroxolone</i>           |       |  |
| 1    | Efortil                            |       |  |
|      | Isoflurano                         |       |  |
| 1    | Sevoflurano                        |       |  |
| 2    | Atropina                           |       |  |
| 2    | Soro Físio 0,9%                    | 500ml |  |
| 1    | Solução Ringer                     | 500ml |  |
|      | Soro Glicosado 5%                  |       |  |
| 2    | Cefalotina Sódica <i>cefazolin</i> | 1g    |  |
| 2    | Prostigmine                        |       |  |
|      | Água Dest. 10 ml                   |       |  |
|      | Adrenalina                         |       |  |
|      | PVPI Degermante                    |       |  |
| 2    | Álcool 70°                         | 100ml |  |
| 1    | PVPI Alcoólico                     | 100ml |  |
|      | PVPI Tópico                        |       |  |

## DÉBITO RN

|  |                    |  |  |
|--|--------------------|--|--|
|  | Pulseira Mãe-Filho |  |  |
|  | Aguilha 13x4,5     |  |  |
|  | Arginol            |  |  |
|  | Seringa 1 ml       |  |  |
|  | Clamp Umbilical    |  |  |
|  | Vit K              |  |  |
|  | Sonda Aspiração    |  |  |
|  | Gazes              |  |  |
|  | Lâmina Bisturi     |  |  |

O Consumo foi anotado e conferido por:

Jaqueline J. de Oliveira  
Enfermeira

JUSTIFICATIVA

Camila Victoria  
Enfermeira  
24/10/19  
18:15

**HOSPITAL GERAL SANTA TEREZA**  
ORGANIZAÇÃO SOCIAL



**RELATÓRIO MÉDICO  
DE  
ALTA**

Nome: **MARCIO CHAGAS DA ROSA**

Sexo: M

Registro:

Data de nascimento:

Endereço:

HMA:

PACIENTE COM FRATURA CLAVICULA DIR

OSTEOSSINTESE

Exames complementares: anexos em prontuário

Orientações de alta:

- Usar medicações conforme prescrito

CURATIVO POSTO SAUDE

REVISAO SEGUNDA - MARCAR

- Retornar imediatamente a unidade se apresentar febre OU SE HOUVER INTERCORRÊNCIAS

Data:

10/10/19

Assinatura / CRM

Rua Salustiano Guerra, 338 – centro – Ribeira do Pombal/BA – CEP 45.400-000

Telefax: (75) 3276-1558/1290 – CNPJ: 15.194.004/0001-25

Email: hgst@pombalnet.com.br

Original  
Confere 22/10/2019  
24-10-19  
19

[illegible]



**DADOS DO PACIENTE**

Registro: 8688

|                                                    |                                    |                                                                                       |                       |
|----------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Nome do Paciente: <u>Marcelo Chagas da Rosa</u>    |                                    |                                                                                       |                       |
| Nome da Mãe: <u>Maria Rurima dos Santos Chagas</u> |                                    |                                                                                       |                       |
| Tipo de Documento: <u>RG</u>                       |                                    | Nº do Documento: <u>0988843506</u>                                                    |                       |
| Convênio: <u>SUS</u>                               | Cartão SUS: <u>808434163243297</u> | Data de Nasc.: <u>14.10.1970</u>                                                      |                       |
| Estado Civil: <u>solteiro</u>                      | Naturalidade: <u>Brasília/DF</u>   | Profissão: <u>carregador</u>                                                          |                       |
| Endereço: <u>Via. Vinte e Nove</u>                 |                                    | Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino |                       |
| CEP: <u>4844000</u>                                | Cidade: <u>Ilhéus/BA</u>           | UF: <u>BA</u>                                                                         | Bairro: <u>Parque</u> |
|                                                    |                                    | Telefone: <u>(79) 998620361</u>                                                       |                       |

**ANAMNESE**

28/11/19. Planta e fatura de corte de D.  
Operado em 07/10/19.  
sem de nec.  
At. de D. fatura e placa por  
personalidade.  
tratar.

*[Handwritten signature]*  
 Dr. [Illegible]  
 CRM: [Illegible]  
 RPPS: [Illegible]

*[Handwritten signature]*  
 Ovidória  
 Contato com a equipe  
 09/12/19  
 [Illegible]

**Hospital Geral  
Santa Tereza**

**Relatório de Alta**

**IDENTIFICAÇÃO**

Nome: **MARCIO CHAGAS DA  
ROSA**

Convênio: **SUS**

Admissão: **11/11/19**

Alta: **27/11/19**

Médico assistente: **ORTOPEDIA**

**HISTÓRIA**

**PACIENTE SUBMETIDO A RETIRADA DE MATERIAL DE SINTESE EM CLAVICULA**

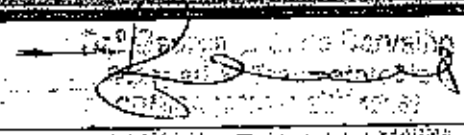
**EVOLUÇÃO**

**DIAGNOSTICOS**

**1. FRATURA DE CLAVICULA COM INFECÇÃO**

**PLANOS**

- 1. Usar medicações conforme prescrito**
- 2. Agendar retorno para ambulatório ORTOPEDIA**
- 3. REVISÃO ÀS SEGUNDAS**

  
**Médico Responsável**

RELATÓRIO MÉDICO  
DE  
ALTA

Nome: **MARCIO CHAGAS DA ROSA**

Sexo: M

Registro:

Data de nascimento:

Endereço:

HMA:

PACIENTE COM FRATURA CLAVICULA DIR

OSTEOSSINTESE

Exames complementares: anexos em prontuário

Orientações de alta:

- Usar medicações conforme prescrito

CURATIVO POSTO SAUDE

REVISAO SEGUNDA - MARCAR

- Retornar imediatamente a unidade se apresentar febre OU SE HOUVER INTERCORRÊNCIAS

- RETORNAR 22/10/19 ÀS 8:00 HS.

Data:

Assinatura / CRM

Rua Salustiano Guerra, 338 - centro - Ribeira do Pombal/BA - CEP 45.400-000

Telefax: (75) 3276-1558/1290 - CNPJ: 15.194.004/0001-25

Email: hgst@pombalnet.com.br

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

**SUS**

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

801 4341 6324 3297

Nome: MARCIO CHAGAS ROSA

Data de Nascimento: 14/07/1990

Sexo: M Data de emissão: 17/07/09 09:20

Município de residência: ADUSTINA

UF: BA



CadSUS

 DATASUS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA BAHIA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO PEDRO BELLIO  
CARTÃO PLÁSTICO




ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

09-818-435-06 DATA DE EXPIRAÇÃO 26-04-2016

MARCIO CHAGAS DA ROSA

PEDRO DA ROSA

MARIA PUREZA DOS SANTOS CHAGAS

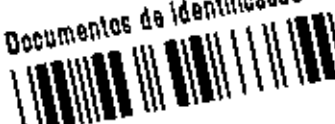
CIDADE DE NASCIMENTO DATA DE NASCIMENTO  
PARIPIRANGA BA 14-07-1990

C. NAS. EM PARIPIRANGA BA DS  
ADUSTINA EM 03-31-1974 003187

041-635-895-03

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

Documentos de identificação



120162500952X

\*120162500952X\*

120162500952X

\*120162500952X\*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

CS 000013371100  
DETRAN - SE Nº 015007227378  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

6 1 011B1431589 2015

8 JANEICLEIA SANTOS SILVA  
1 \*\*\*\*\*  
9 \*\*\*\*\*  
4 \*\*\*\*\*

5 077.653.755-55 QMF2244

7 0019690/SE 9C2JC6900JR311814

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL  
PAS/MOTOCICLETA GASOLINA

FAHCA/MODELO ANO FAE ANO MCD  
HONDA/CG 125I FAN 2018 2018

CAP/MIL/CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
2P0CV/124CC PARTIO PRETA

|            |                    |             |
|------------|--------------------|-------------|
| COTA UNICA | VENC. COTA UNICA   | VENC. COTAS |
| *****      | *****              | *****       |
| FAIXA DVA  | PARCELAMENTO/COTAS |             |
| *****      | *****              |             |

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 10% (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
SEM RESTRICÇÕES FINANCEIRAS

OBSERVAÇÕES

MOTOR: JC6900JR311814

PODD VERD 27/02/2019

LUCIANA C DEGA CHAGAS DE MELO  
DIRETORIA PRESTADOR

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
COMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA APESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAÇÃO SEGURO DPVAT

SE Nº 015007227378 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradora-lider.com.br  
SAC DPVAT 0800 322 1204

PBI 28

1 077.653.755-55 QMF2244

1 077.653.755-55 QMF2244

011B1431589 HONDA/CG 125I FAN

2018 09 9C2JC6900JR311814

PRÊMIO TARIFÁRIO

|           |           |                       |
|-----------|-----------|-----------------------|
| 10% (R\$) | 10% (R\$) | CUSTO DO SEGURO (R\$) |
| 36,04     | 4,00      | 40,05                 |

|                       |           |                       |
|-----------------------|-----------|-----------------------|
| CUSTO DO SEGURO (R\$) | 10% (R\$) | CUSTO DO SEGURO (R\$) |
| 4,15                  | 0,32      | 84,58                 |

|            |                  |
|------------|------------------|
| COTA UNICA | DATA DE QUITAÇÃO |
| *****      | 14/02/2019       |

SEGURADORA LIDER DPVAT

CNPJ 08.243.653/0001-07

012-201



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0083011/20

Vítima: MARCIO CHAGAS DA ROSA

CPF: 041.635.895-03

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/09/2019

Titular do CPF: MARCIO CHAGAS DA  
ROSA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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



**MARCIO CHAGAS DA ROSA : 041.635.895-03**

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: 06/03/2020  
Nome: MARCIO CHAGAS DA ROSA  
CPF: 041.635.895-03

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/03/2020  
Nome: ANTÔNIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA  
CPF: 143.938.707-94

MARCIO CHAGAS DA ROSA

ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0083011/20

**Vítima:** MARCIO CHAGAS DA ROSA

**CPF:** 041.635.895-03

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 30/09/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MARCIO CHAGAS DA ROSA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**MARCIO CHAGAS DA ROSA : 041.635.895-03**

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: 06/03/2020  
Nome: MARCIO CHAGAS DA ROSA  
CPF: 041.635.895-03

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/03/2020  
Nome: ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA  
CPF: 143.938.707-94

MARCIO CHAGAS DA ROSA

ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA