



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

POÇO REDONDO DA COMARCA DE POÇO REDONDO
AV. 31 DE MARÇO, Bairro Centro, Poço Redondo/SE, CEP 49810000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202086000835	Distribuição: 30/06/2020
Número Único: 0000828-45.2020.8.25.0059	Competência: Poço Redondo
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: EUDES MARTINS DE SOUZA

Endereço:

Complemento:

Bairro:

Cidade: POCO REDONDO - Estado: SE - CEP: 49810000

Requerente: Advogado(a): JOSÉ JEOVANY DA SILVA 12367/AL

Requerido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

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**

**POÇO REDONDO DA COMARCA DE POÇO REDONDO
AV. 31 DE MARÇO, Bairro Centro, Poço Redondo/SE, CEP 49810000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

Processos Apensados:

--

Processos Dependentes:

--



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

POÇO REDONDO DA COMARCA DE POÇO REDONDO
AV. 31 DE MARÇO, Bairro Centro, Poço Redondo/SE, CEP 49810000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202086000835

DATA:

07/08/2020

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200806154303337 às 15:43 em 06/08/2020.

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: 08/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EUDES MARTINS DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03736

CONTA: 000000005810-8

Nr. da Autenticação C3EA552B25BBD310

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200194467 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EUDES MARTINS DE SOUZA **Data do acidente:** 02/04/2020 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CÔNDILOS DA MANDÍBULA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA.
P 22/23.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

**Documentos
complementares:**

Observações: @ P 1.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200194467

Vítima: EUDES MARTINS DE SOUZA

Data do Acidente: 02/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EUDES MARTINS DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200194467

Vítima: EUDES MARTINS DE SOUZA

Data do Acidente: 02/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EUDES MARTINS DE SOUZA

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: EUDES MARTINS DE SOUZA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000003736

Conta: 000005810-8

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.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 050.046.785-45 4 - Nome completo da vítima: Eudes Martins De Souza

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

5 - Nome completo: Eudes Martins De Souza 6 - CPF: 050.046.785-45
7 - Profissão: Pedreiro 8 - Endereço: Rua Jose Francisco Barcimentto 9 - Número: 140 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Poço Redondo 13 - Estado: SE 14 - CEP: 99810-000
15 - E-mail: Marcosdeglovia@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 79-999189207

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)

AGÊNCIA: 3736 CONTA: 5810 8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 nascituro (vulgarmente)? ☐ 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

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: Nossa Senhora da Glória - 13.05.2020

Eudes Martins de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 038917/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/04/2020 12:03 Data/Hora Fim: 27/04/2020 12:17
Delegado de Polícia: Fabio Santos Santana

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Poço Redondo
Data/Hora do Fato: 02/04/2020 17:40

Local do Fato

Município: Poço Redondo (SE)
Bairro: Centro
Logradouro: rua Joao Florencio do nascimento

CEP: 49.810-000

Tipo do Local: Via Publica

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARINEIS MARTINS DE SOUZA (COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 23/03/1964	Idade: 56 anos
Naturalidade: SE - Poço Redondo	Profissão: Do Lar		
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Eloina Lucas de Souza	Nome do Pai: Antonio Martins dos Santos		
Endereço			
Município: Poço Redondo - SE			
Logradouro: Rua Florencio Nascimento	Nº: 140		
	CEP: 49.810-000		
Telefone: (79) 99903-9360 (Celular)			

Nome Civil: EUDES MARTINS DE SOUZA (VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 28/11/1989	Idade: 30 anos
Naturalidade: BA - Paulo Afonso	Profissão: Pedreiro		
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Marineis Martins de Souza			
Endereço			
Município: Poço Redondo - SE			
Logradouro: rua Joao Florencio do nascimento			
Bairro: Centro	CEP: 49.810-000		

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
Descrição: PAS/MOTOCICLETA	CPF/CNPJ do Proprietário: 050.046.785-45
Placa: IAN7986	Renavam: 182973824
Número do Chassi: 9C2HB0210AR509447	Ano/Modelo Fabricação: 2009/2010



Delegado de Polícia Civil Fabio Santos Santana
Impresso por: Wellington do Nascimento Macedo
Data de Impressão: 27/04/2020 12:18
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 035917/2020

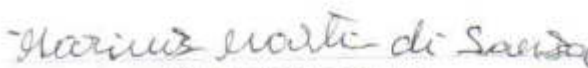
Cor PRETA	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Poço Redondo	Marca/Modelo HONDA/POP100
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Eudes Martins de Souza	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

NARRA a noticiante que o seu filho EUDES MARTINS DE SOUZA, pilotava sua motocicleta pela rua acima citada, quando caiu em um buraco que havia na rua e que tinha sido aberta pela Prefeitura Municipal e que estava sem nenhuma sinalização. Que devido a queda o seu filho sofreu graves ferimentos sendo socorrido por populares e conduzido a UPA POÇO REDONDO, e posteriormente transferido para o HUSE ARACAJU. É o relato.

ASSINATURAS


Jose Roberto de Melo Santos
Wellington do Nascimento Macedo
Matrícula 30671647
Matrícula 2407
Responsável pelo Atendimento


Marineis Martins de Souza
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou, na qualidade de responsável pelas informações, acima apresentadas e em que posso responder civil e criminalmente pela presente declaração que tem origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 345-Comunicação Falsa de Crime da Lei Complementar do Estado de Sergipe."*

	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: <u>H. R. S</u>		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: <u>H. B. I</u>		
Identificação do Paciente		
5 - NOME DO PACIENTE: <u>Eunice Martins de Souza</u>		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): <u>2811/1989</u>		
8 - DATA DE NASCIMENTO: <u>28/11/1989</u>		
9 - SEXO: Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3		
11 - NOME DA MÃE: <u>Marcos Martins de Souza</u>		
12 - NOME DO RESPONSÁVEL: <u>Renata Elias Barboza</u>		
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): <u>Rua Elias Barboza</u>		
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: <u>Poco Redondo - SE</u>		
15 - COD. IGE E MUNICÍPIO: <u>1500000</u>		
16 - UF: <u>SE</u>		
17 - CEP: <u>45000-000</u>		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: <u>Ponto de exclusão</u> <u>condição de normalidade</u> <u>insuficiente</u>		
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: <u>tratamento</u>		
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): <u>Exame clínico</u> <u>normalidade</u>		
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Ponto de exclusão</u>		
24 - CID 10 PRINCIPAL: <u>S02.6</u>		
25 - CID 10 SECUNDÁRIO: <u></u>		
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: <u></u>		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: <u>Exame clínico</u> <u>normalidade</u>		
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: <u>0404020607</u>		
29 - CLÍNICA: <u>Clínica VLB</u>		
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: <u>() CNS (x) CPF</u>		
31 - DOCUMENTO: <u>999111095115</u>		
32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: <u>999111095115</u>		
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: <u>Dr. Daniel Vieira de Paula Almeida</u>		
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: <u>13/01/20</u>		
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): <u>1320</u>		
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: <u></u>		
40 - Nº DO BILHETE: <u></u>		
41 - SÉRIE: <u></u>		
42 - CNPJ EMPRESA: <u></u>		
43 - CNAE DA EMPRESA: <u></u>		
44 - CBOR: <u></u>		
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: <u>() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO</u>		
AUTORIZAÇÃO		
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: <u></u>		
47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR: <u></u>		
48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u></u>		
49 - DOCUMENTO: <u>() CNS () CPF</u>		
50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: <u></u>		
51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: <u></u>		
52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): <u></u>		



Ficha de Ato
Cirúrgico

HOSPITAL DR. PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Nome do Paciente:

Guilherme Martins Souza

Diagnóstico Pré-operatório:

Fístula Bilel mandibular

Cirurgia realizada:

Ressecção fístula Bilel mandibular

Cirurgião:

Dr. Carlos

Auxiliares:

Anestesiologista:

Dr. Yuri

Anestesia:

Óxido

Diag. Pós-operatório:

Normal

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

- 1) Anestesia
- 2) Exatidão da Bateria
- 3) Ressecção fístula
- 4) Bilel mandibular

Data:

13/06/20

Assinatura do cirurgião

Dr. Carlos
Cirurgião - Bateria Mandibular
CRM: 5520

NOME DO PACIENTE: Caudez Martins de Souza
DATA DA ENTRADA: 03/04/2020
DATA DA SAÍDA: 06/04/2020

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:

Vítima de queda de moto trazido pelo SAMU. Apresentava trauma facial com natureza bilateral de condilo, ferimento certo contuso em mento (suturado). Ficou internado no tratamento medicamentoso e em 06/04/20 foi encaminhado ao Hospital de Taboão.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

radiografias

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Paulo Nard 020 4073

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO () TRANSFERIDO () ÓBITO () EVASÃO ()

ARACAJU, 30 de Abril de 2020

 Dr. Wanderlania Diniz
Intensivista / Clínica Médica
CRM/SE 3506

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 143038
CNS:DATA: 03/04/2020
SETOR: 06-SUTURA

HORA: 00:20 USUARIO: ELMENEZES

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : EUDES MARTINS DE SOUZA DOC...: 2556480-3
 IDADE.....: 30 ANOS NASC: 28/11/1989 SEXO...: FEMININO
 ENDereco.....: RUA ELIAS BARBOSA NUMERO: 26
 COMPLEMENTO...: BAIRRO: CENTRO
 MUNICIPIO.....: POCO REDONDO UF: SE CEP...: 49810-000
 NOME PAI/MAE...: NAO CONSTA /MARINEIS MARTINS DE SOUZA
 RESPONSAVEL...: WILHENNA-CUNHADA/SAMU TEL...: 79-99685-2
 PROCEDENCIA...: POCO REDONDO 424
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: SIM
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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: *fratura bilateral de costela*
quadrado de mudo, fratura de fêmur, fratura de tíbia e fíbula
região maxilar, fratura de maxila inferior.
 DATA PRIMEIROS SINTOMAS: *depois de cair*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Fratura bilateral de costela
Fratura de fêmur
Fratura de tíbia e fíbula
Fratura de maxila inferior

Silvia Costa
Enfermeira
Registro de Enfermagem nº 1184

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

EXAME DE RADIOLOGIA - HUSE
 REALIZADO EM 03/04/2020
 00:53
 TÉCNICO DE RADIOLOGIA

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Realização da Exatidão da
Exatidão da Exatidão da
Exatidão da Exatidão da
Exatidão da Exatidão da

Dr. D. Vaillo
CRM 5014
13/04/2020

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 16176
Numero do CNS.....: 0000000000000000
Nome.....: EUDES MARTINS DE SOUZA
Documento.....: 2556480-3 Tipo :
Data de Nascimento: 28/11/1989 Idade: 30 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: NAO CONSTA
Nome da Mae.....: MARINEIS MARTINS DE SOUZA
Endereco.....: RUA ELIAS BARBOSA 26
Bairro.....: CENTRO Cep.: 49810-000
Telefone.....: 79-99685-2424
Município.....: 2805406 - - SE
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 143038
Clinica.....: 945 - PS VERDE TRAUMA II
Leito.....: 999.0035
Data da Internacao: 03/04/2020
Hora da Internacao: 20:43
Medico Solicitante: 033.930.175-94 - SAMUEL BEZERRA MACHADO JUNIOR
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: CSSOUZA

INFORMACOES DE SAIDA

Proc.Realizado:
Dt.Hr Saida:
Especialidade:
Tipo de Saida:
CID Principal:
CID Secundario:
Principal:
Secundario:
Outro:

REGISTRO: 759
DATA: 03/04/2020
HORARIO: 20:43
Técnico: *Tramanda*

DADOS DO PACIENTE

NOME:

SEXO

☐

FEM.

☐

MASC.

IDADE:

ESTADO CIVIL:

ENDEREÇO:

FONE:

RESPONSÁVEL:

DESTINO DO PACIENTE:

DESCRIMINAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

Paciente admitido do quadro de malária
possuindo febre em ondas de tarde, e
proeminente fraqueza de membros inferiores, flegmose,
FC: 80 SO₂: 98% FR: 16, com respiração
em barril e de ruído

MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Análise de Urina
Análise de Bausa
Análise de eletrólitos
K

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

→ Prefeitura
(transferência)
Diário 24

Dr. Roberto Carlos
CRM 4222

MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ:

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO:

OBS.: ENCAMINHAR FOTOCÓPIA DOS EXAMES REALIZADOS

Unidade Hospitalar

Local e Data

Ass. do Médico



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



PRONTO SOCORRO ADULTO

HUSE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome:

Eudes Martinho de Souza

Idade:

Data:

DATA	HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
03/04/2020		- Dieta Líquida - Dipirona 100mg de 6/6hs - Prufenid 100mg de 12/12hs - Tramadol 100 em 100ml + 0,9% de 8/8hs - Dados Vibeis - Guichardo Guion - SGF 500ml de 8/8hs	SND 18/03/24 18/03/24 18/03/24 18/03/24 18/03/24 18/03/24 18/03/24
04/04/20		- Dieta liquidificada - SF 0,9% 1000ml SF 5% 1000ml } EV para 24hs - fufaldina 1g EV de 6/6hs - Prufenid 100mg EV + 100ml SF 0,9% de 12/12hs - Dipirona 100mg EV + 18ml de AD de 6/6hs - Tramadol 50mg EV + 100ml SF 0,9% de 8/8hs - Omeprazol 40mg EV 1x dia - prabeuna elevada à 30° - Regime bucal 3x dia - ccg-6 + SS VV	SND 18/03/24 18/03/24 18/03/24 18/03/24 18/03/24 18/03/24 18/03/24 18/03/24 18/03/24

Dr. João D. Valle
CRM-SE 5314
Especialista

Dr. Roberto Oliveira
CRM-SE 5314
Especialista

09+

HUSF
 ELETROCARDIOGRAMA
 EXAMES(S) REALIZADOS(S)
 DATA: 06/04/20
 HORÁRIO: 12:25
 MÉDICO: *Siguel*

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE PRONTO SOCORRO

BUCO MAXILO FACIAL

EUDES MARTINS DE SOUZA	anos	05/4/2020
------------------------	------	-----------

DIAGNÓSTICO

FRATURA DE 1/3 MÉDIO E MANDIBULA

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA PASTOSA <i>Líquido</i>	
2	SFO,9% 1000ML IV P/24H	
3	SG 5%1000ML IV P/24H	
4	Cefalotina 1g ev 6/6 h	
5	PROFENID 1000MG +100ML DE SF 0,9% EV 12/12h	
7	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA	
8	DIPIRONA 1G IV DE 06/06H +18 ML DE AD SOS	
9	SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS	
10	CABECEIRA ELEVADA A 30GRAUS	
11	HIGIENE ORAL	
12	<i>Tranquilizante 1mg + 10ml SF 0,9% 12/12h</i>	<i>12:06</i>
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21	<i>06/04/2020</i>	
22	<i>Paciente encaminhado p/ ortofixação</i>	
23	<i>de fratura no Hospital de Imagem</i>	
24	<i>Dr. AD BOSP 17:45h</i>	
25		
26		
27		
28		
329		

Sinais vitais (Favor anotar abaixo)

Horário	PA(mmHg)	FC(bpm)	FR (ipm)	SpO ₂	Diurese	Temp(°C)	Glicemia
6:00h	X						
12:00h	X						
18:00h	X						
00:00h	X						

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE
PRONTO SOCORRO

BUCO MAXILO FACIAL

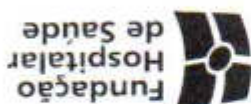
EDIVANIO OLIVEIRA MATOS	anos	05/04/2020
-------------------------	------	------------

DIAGNÓSTICO	FRATURA DE MANDIBULA
--------------------	----------------------

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA PASTOSA	
2	SFO,9% 1000ML IV P/24H	
3	CLINDAMICINA 600MG EV DE 6/6 H	
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H	
5	FENERGAN 01 AMP IM SOS	
6	PARACETAMOL 40GTS VO 6/6H SOS	
7	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA	
8	CABECEIRA ELEVADA A 30GRAUS	
9	HIGIENE ORAL	
10	SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS	
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		

Sinais Vitais (Favor anotar abaixo)

Horário	PA(mmHg)	FC(bpm)	FR (ipm)	SpO ₂	Diurese	Temp(°C)	Glicemia
6:00h	X						
12:00h	X						
18:00h	X						
00:00h	X						



ÁREA VERDE CLÍNICA

HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE SERGIPE

GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE SAÚDE

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: **3200194467**Data da solicitação: **09.06.2020**
DD/MM/AANome do beneficiário: **Eudes Martins De Souza**CPF do beneficiário: **050.046.785-45**Nome do solicitante: **Eudes Martins De Souza**CPF do solicitante: **050.046.785-45****DADOS PARA CONTATO**Tel. Celular: (**79**) **99918-920** Tel. Comercial: ()
DDD DDDTel. Residencial: ()
DDDE-mail: **marcosdegloria@gmail.com****INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO**☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE**MOTIVO DA SOLICITAÇÃO**☐ DISCORDO DA NEGATIVA☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS**ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?**☐ NÃO☒ SIM, Informe qual(is)
documentos estão
sendo entregues:☒ Novos documentos médicos☐ Laudo do IML☐ Boletim de Ocorrência☐ Notas fiscais complementares☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Pede que reavalie o meu processo pois devido ao acidente sofri trauma facial com fratura bilateral de cándilo. fui operado e fiquei com a boca torta tenho dificuldade para falar, então peço sinceramente que reavalie o meu processo.

Agradeço desde já.

Nessa Senhora da Glória; 09.06.2020

Local e Data

x Eudes Martins de Souza

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIAS
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "DR. CARLOS MENEZES"

Eudes Martins de Souza
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL
2556480 -3
DATA DE EXPEDIÇÃO 30/11/2007

NOME
EUEDES MARTINS DE SOUZA

FILIAÇÃO
NÃO DECLARADO
MARINEIS MARTINS DE SOUZA

NATURALIDADE
PAULO AFONSO-BA
DATA DE NASCIMENTO 28/11/1989

CERTIDÃO DE NASCIMENTO NR. 16998 LV. A21 FL. 238V
CART. DIST. DA COM. DE POÇO REDONDO-SE

CPF

050.046.785-45

EXPIRE EM 31/12/2016

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição
050.046.785-45

Nome
EUEDES MARTINS DE SOUZA

Nascimento
28/11/1989

PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

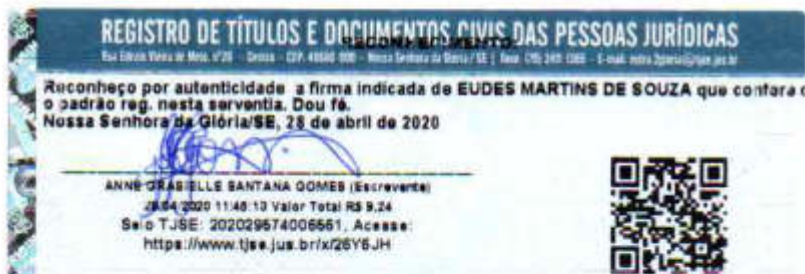
Por este instrumento particular, eu (nome completo) Eudes Martins De Souza
(nacionalidade) Brasileira, (profissão) Rediretor, portador da cédula
de identidade RG nº 2556480-3, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 050.046.785-45, residente na (endereço
completo) Rua Jose Francisco Nascimento - N.º 140 na cidade de
Poço Redondo, (UF) SE, CEP 49810-000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) José Marcos De Azevedo
(nacionalidade) Brasileira, (profissão) Consultor, portador da cédula
de identidade RG nº 21233829, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 020.009.625-00, residente na (endereço
completo) Rua dos Silos N.º 017, na cidade de
Nossa Senhora da Glória (UF) SE, CEP 49680-000, a quem confiro
amplios e gerais poderes para , tratar , requerer, assinar papéis e
documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO
SEGURO DPVAT** da vítima (nome da vítima) Eudes Martins De Souza
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) Nossa Senhora da Glória, 28.04.2020



(assinatura) Eudes Martins de Souza

(RG) 2556480-3



OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)