



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

POÇO VERDE DA COMARCA DE POÇO VERDE
Av. São José, Bairro Centro, Poço Verde/SE, CEP 49490000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202079000643	Distribuição: 20/05/2020
Número Único: 0000634-39.2020.8.25.0061	Competência: Poço Verde
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: MARCIO CHAGAS DA ROSA
Endereço: Rua Antonio Barbosa
Complemento:
Bairro: centro
Cidade: POCO VERDE - Estado: SE - CEP: 49490000
Requerente: Advogado(a): JOSÉ AUGUSTO FARIAS JÚNIOR 9994/SE
Requerido: SEGURADORA LIDER
Endereço: Rua Senador Dantas
Complemento: 15º Andar
Bairro: Centro
Cidade: Rio de Janeiro - Estado: RJ - CEP: 20031205
Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

POÇO VERDE DA COMARCA DE POÇO VERDE
Av. São José, Bairro Centro, Poço Verde/SE, CEP 49490000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apensados:

--

Processos Dependentes:

--



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

POÇO VERDE DA COMARCA DE POÇO VERDE
Av. São José, Bairro Centro, Poço Verde/SE, CEP 49490000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202079000643

DATA:

01/09/2020

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200901123302358 às 12:33 em 01/09/2020.

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: 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 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 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DMS (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 Rubel

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

AGÊNCIA:

CONTA:

(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: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou resíduo (val nascido)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

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
Variações: 15.000,00 - 15.000,00 - 15.000,00 - 15.000,00 - 15.000,00 - 15.000,00 - 15.000,00 - 15.000,00 - 15.000,00 - 15.000,00

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/x/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, fúria febre
e expulsa área, em fase
de cicatrização, sem condições
de 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 - CRI - Poço Verde/SE - CEP: 48400-000 - Tel: (79) 3349-1190 - e-mail: crio@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

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: Itapetinga 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: —

Hora: — Motivo: —

Santo Jesus de Praxedes Santos Médico - CRM

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

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

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

Marcio Chagas da Rosa
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/ subterfúgio e tratamento cirúrgico. Fratura clavícula D, coto, lucho, orientado, verbalizando, oxilil, eufórico, tórax direito, abdômen rígido, extremidades preservadas; eliminação urinária normal. Reg. BM + LGS + obesos, em jejum desde as 22h. Aguardando cirurgia.	Roberta Tais S. Santana COREN-BA 529.746 - ENF
07.10.19	16:20	Paciente encaminhado ao Centro Cirúrgico, coto, lucho, orientado, em colônia de Nódos.	Roberta Tais S. Santana COREN-BA 529.746 - ENF
	16:30	Admissão do paciente 191 em CC para procedimento de Clavícula D, atluo, hepatomegalia eufórico em cto. Em cto D.	Roberta Tais S. Santana COREN-BA 529.746 - ENF
	16:50	Início do anestesico geral. BM relaxado.	
	17:05	Início do curativo.	
		Cirurgião: Dr. Adalto.	
		Instrumentação dos atos.	
		Participante: Tais + He. Guilene.	
	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, lucho, orientado, em BEG. Segue em tratamento de curativo.	Roberta Tais S. Santana COREN-BA 529.746 - ENF
27.10.19	06:30	Paciente acordou e pediu atendimento, segue em tratamento de curativo.	Roberta Tais S. Santana COREN-BA 529.746 - ENF

Atividade
Controle
24: 12.19
TBS

HOSPITAL GERAL SANTA TEREZA

ORGANIZAÇÃO SOCIAL

GESTÃO:

SESAB
SUSFUNDAÇÃO
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 HOUE

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

Justificatoria
Conferido pelo Original
24.10.19
BR

Nome do paciente: Marcos Chagas da Rosa Data: 07/10/19

Tipo de anestesia: Genal Balneada Hora: 16:50 Fim:

Tipo de cirurgia: TC de fratura de clavícula D Hora: 17:05 Fim: 18:25

Cirurgião: D^{ro} Adauto Assistentes: Max + Max + Cam + Jabo

Anestesiologista: D^{ro} Kleber Instrumentador: 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	
	Agulha 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	Agulha 30x7		
2	Agulha 40x12		
3	Compressa 5 und.		
	Compressa 2 und.		
1	Tubo Endotraqueal	8,0	
5	Eletrodo		
	Adaptic <u>delto</u>		
	Escova Degermt.		
1	Cateter Nasal O2		
1	Extensor de O2		
1	Gazes <u>emeta Bisturi</u>		

QTD.	MATERIAIS	Nº	
1	Propofol		
1	Cetamina <u>succinil</u>		
	Midazolam		
	Morfina 0,2 mg		
1	Oxycodone <u>transil</u>		
2	Atracurio		
	Pancurônio		
2	Alfentanil		
	Diazepam		
	Profenid		
1	Besil <u>Endroxolone</u>		
1	Efortil		
	Isoflurano		
1	Sevoflurano		
2	Atropina		
2	Soro Físio 0,9%	500ml	
1	Solução Ringer	500ml	
	Soro Glicosado 5%		
2	Cefalotina Sódica <u>cefazolin</u>	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		
	Agulha 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

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 Pomal/BA – CEP 45.400-000

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

Email: hgst@pomalnet.com.br

DADOS DO PACIENTE

Registro: 8688

Nome do Paciente: <u>Marcio Chagas da Rosa</u>	
Nome da Mãe: <u>Maria Rurega dos Santos Chagas</u>	
Tipo de Documento: <u>RG</u>	Nº do Documento: <u>0983843506</u>
Convênio: <u>SUS</u>	Cartão SUS: <u>808434363243297</u>
Data de Nasc.: <u>14.10.190</u>	
Estado Civil: <u>solteiro</u>	Naturalidade: <u>Brasília DF</u>
Profissão: <u>ferreiro</u>	
Endereço: <u>Via. Rindoroma</u>	
Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino	
CEP: <u>48445000</u>	Cidade: <u>Heliodora</u>
UF: <u>DF</u>	Bairro: <u>Paraisópolis</u>
Telefone: <u>(79) 99862036</u>	

ANAMNESE

25/10/19. Plant of false black D.
Opened on 07/10/19.
Fruit see.
X 20 D: false of flower but
perennial.
Krotopre.

Quvidoria
conferre come
C. L. ST. 12

**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

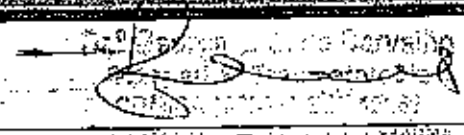
EVOLUÇÃO

DIAGNOSTICOS

1. FRATURA DE CLAVÍCULA COM INFECÇÃO

PLANOS

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


Médico Responsável

HOSPITAL GERAL SANTA TEREZA

ORGANIZAÇÃO SOCIAL

GESTÃO:

SESAB
SUSSECRETARIA
DE SAÚDE
SILVEIRA**BAHIA**
GOVERNO DO ESTADO**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: 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

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

Marcio Chagas da Rosa
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

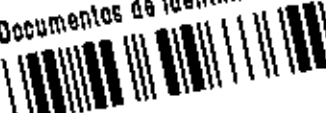
CIDADE DE NASCIMENTO: PARIPIRANGA BA DATA DE NASCIMENTO: 14-07-1990

C.N.A.S. EM PARIPIRANGA BA DS
ADUSTINA EM 03-31-1974 Nº 003187

041-635-895-03

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

Documentos de identificação





120162500952X



120162500952X

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

6 1 011B1431589 2015

0 NOME
8 JANEICLEIA SANTOS SILVA
1 *****
9 *****
4 *****

1 077.653.755-55 PLACA QMF2244

7 0019690/SE 9C2JC6900JR311814

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLETA GASOLINA

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

CAP/MOT/CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
200CV/124CC PARTIO PRETA

I P V A	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
	*****	*****	*****
	FAIXA ÚNICA	PARCELAMENTO/COTAS	*****
	*****	*****	*****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 10% (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEM RESTRIÇÕES 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
COM MOTORES DE ALTA TERRESTRE OU POR SUA CARGA AEREA
TRANSPORTADA OU NA SEGURANÇA 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 2019 27/02/20

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

DATA DE PAGAMENTO	DATA DE OUTUBRO
08/05/2019	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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 30/09/2019

Titular do CPF: MARCIO CHAGAS DA
ROSA

CPF de: Próprio

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 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 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