



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

MOITA BONITA DA COMARCA DE MOITA BONITA
Av. João Evangelista da Costa, Bairro Centro, Moita Bonita/SE, CEP 49560000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202082100063	Distribuição: 31/01/2020
Número Único: 0000063-44.2020.8.25.0069	Competência: Moita Bonita
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: MATHEUS SERAFIM SANTOS DA PIEDADE
Endereço:
Complemento:
Bairro:
Cidade: MOITA BONITA - Estado: SE - CEP: 49560000
Requerente: Advogado(a): JOSÉ JEOVANY DA SILVA 12367/AL
Requerido: SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT
Endereço: Rua Senador Dantas
Complemento: 5º ANDAR
Bairro: Centro
Cidade: Rio de Janeiro - Estado: - CEP: 20031205
Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

MOITA BONITA DA COMARCA DE MOITA BONITA
Av. João Evangelista da Costa, Bairro Centro, Moita Bonita/SE, CEP 49560000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apensados:

--

Processos Dependentes:

--



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

MOITA BONITA DA COMARCA DE MOITA BONITA
Av. João Evangelista da Costa, Bairro Centro, Moita Bonita/SE, CEP 49560000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202082100063

DATA:

22/09/2020

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200921215606021 às 21:56 em 21/09/2020.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MATHEUS SERAFIM SANTOS DA PIEDADE

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02312-4

CONTA: 000010014069-6

Nr. da Autenticação FCF44B40984FDEC2

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190624591 **Cidade:** Ribeirópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATHEUS SERAFIM SANTOS DA PIEDADE **Data do acidente:** 18/11/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO. p3
TRAUMA CORTO CONTUSO EM REGIÃO FRONTAL. P7
TRAUMA TORÁCICO FECHADO. P9
LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS KIRSCHNER). P26
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190624591 **Cidade:** Ribeirópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATHEUS SERAFIM SANTOS DA PIEDADE **Data do acidente:** 18/11/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO. p3
TRAUMA CORTO CONTUSO EM REGIÃO FRONTAL. P7
TRAUMA TORÁCICO FECHADO. P9
LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS KIRSCHNER). P26
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190624591

Vítima: MATHEUS SERAFIM SANTOS DA PIEDADE

Data do Acidente: 18/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MATHEUS SERAFIM SANTOS DA PIEDADE

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: MATHEUS SERAFIM SANTOS DA PIEDADE

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000002312-4

Conta: 000010014069-6

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,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 085.663.045-43 Nome completo da vítima: Matheus Serafim Santos da Piedade
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Matheus Serafim Santos da Piedade CPF: 085.663.045-43
Profissão: Desempregado Endereço: Av. Joséias Costa Número: 814 Complemento: Casa
Bairro: Área Rural Cidade: União Paulista Estado: SP CEP: 19560-000
E-mail: Moreasdeglorio@gmail.com Tel. (DDD): 19-93918-9207

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2312 4 CONTA: 44069 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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.

Local e Data: União Paulista, 05.11.2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Matheus Serafim Santos da Piedade
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Sen. Marcos de Oliveira Rosa
Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 105101/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/10/2019 12:03 Data/Hora Fim: 07/10/2019 12:17
Delegado de Polícia: Julio Figueiredo de Aquino

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Ribeirópolis
Data/Hora do Fato: 18/11/2018 18:30

Local do Fato

Município: Ribeirópolis (SE)
Logradouro: POVOADO SERRINHA

Bairro: Povoado Serrinha

Tipo do Local: Área Rural

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MATHEUS SERAFIM SANTOS DA PIEDADE (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Itabaiana Sexo: Masculino Nasc: 20/05/1999
Profissão: Estudante
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Edenilza Serafim da Piedade

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 08566304543

Endereço

Município: Moita Bonita - SE
Logradouro: POVOADO CAPUNGA
Telefone: (79) 9846-2494 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 026.274.535-64	Placa IAO0307
Renavam 00181560313	Número do Motor KC16E1A008626
Número do Chassi 9C2KC1610AR008626	Ano/Modelo Fabricação 2010/2009
Cor VERMELHA	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Moita Bonita	Marca/Modelo HONDA/CG150 TITAN MIX KS
Modelo HONDA/CG150 TITAN MIX KS	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 23/01/2017	Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Matheus Serafim Santos da Piedade	Possuidor



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 105101/2019

RELATO/HISTÓRICO

Narra que na data de 18/11/2018, voltava do Povoado Serrinha em Ribeirópolis em sua motocicleta quando derrapou e bateu em um buraco; QUE, após a queda um desconhecido que passava na hora prestou socorro e o levou para o Hospital Regional Dr. Pedro Garcia Moreno em Itabaiana; QUE, devido a queda o mesmo teve sua Clavícula esquerda fraturada, tendo sido submetido a cirurgia após um mês do acidente. Diante o exposto, solicita as devidas providências.

ASSINATURAS

Lucas Andrade Souza

Agente de Polícia

Matrícula 2511

Responsável pelo Atendimento

Lucas Andrade Souza
Agente de Polícia
Mat. 2511

Matheus Serafim Santos da Piedade

Matheus Serafim Santos da Piedade

(Vítima / Comunicante)

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

Delegado de Polícia Civil: Julio Figueiredo de Aquino

Impresso por: Lucas Andrade Souza

Data de Impressão: 07/10/2019 12:18

Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu João Marcos De Oliveira Rosa

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 000.003.625 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Matheus Serafim Santos da Piedade inscrito (a) no CPF sob o Nº 085.663.045 / 43

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Matheus Serafim Santos da Piedade

inscrito (a) no CPF sob o Nº 085.663.045 / 43, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Dos Silos</u>	Número: <u>217</u>	Complemento: <u>Casa - 1</u>
Bairro: <u>Silos</u>	Cidade: <u>Nossa Senhora da Glória</u>	Estado: <u>SE</u>
E-mail: <u>marcosdegloia@gmail.com</u>	CEP: <u>49680-000</u>	Tel.(DDD): <u>79-99918-9207</u>

Local e Data: Nossa Senhora da Glória; 09.11.2019

João Marcos De Oliveira Rosa

Assinatura do Declarante

NOME DO PACIENTE: Nathheus Serafim da Piedade
DATA DA ENTRADA: 18/11/2018
DATA DA SAÍDA: / /

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 (X) ENFERMARIA (X) UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente vítima de acidente motociclístico, trazido pelo SAMU (sem capacete segundo relato), encontrado em Glasgow 8 sendo intubado, apresentando ferimento corto-contuso na região frontal. Deu entrada no HUK sedado e com pupilas mióticas, fixas. A Tomografia do crânio e da coluna cervical foram normais. Detectada contusão pulmonar à esquerda, tratada de forma conservadora. A avaliação ortopédica detectou contusão no ombro esquerdo. Feitas orientações. Evoluiu com melhora e obteve alta em 22/11/18.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Sutura de ferimentos.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Ultrassom abdominal
Radiografias
Tomografias
Exames laboratoriais

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr David Jackson - CRM 5373
Dr Adriano A. da Rocha - 3206
Dra Mariana de Araújo - CRM 5568
Dr Diogo Freitas - CRM 5378
Dr Ademir Nello - CRM 1432

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

ARACAJU, 26 de agosto de 2019

Selma T. da C.S. Montalvão
Médica
CRM 1532

Selma

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

BE = 18 15 5 20

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE



FICHA DE ATENDIMENTO
 ÁREA: () AZUL () VERDE ☒ VERMELHA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Sedente de 112

DATA: 18/11/18; HORÁRIO: 22:05 HS
 NOME: Matheus Serafim Santos da Piedade
 SEXO: ☒ MASCULINO () FEMININO; Data de Nascimento: 20/05/99; IDADE: 19 anos
 Cert. Identidade: 3.621.705-0; Cartão do SUS: _____
 FILIAÇÃO: Jose Santos da Piedade / Edenilza Serafim da Piedade
 COMPANHANTE: 0 irmão / Reinaldo Tel: (79) 996094112

DADOS RESIDENCIAIS

ENDEREÇO: Sem Informação Nº: _____ BARRIO: _____
 CIDADE: Monte Bonito - SE COMPLEMENTO: _____

HISTÓRIA DA D

ÇA / EXAME FÍSICO

EXAME(S) SOLICITADO(S)

DIAGNÓSTICO: _____ CID: _____



GUIA DE TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

TIPO DE AMBULÂNCIA: () Tipo A - () Tipo B () Tipo C () Tipo D

A- remoções simples e de caráter eletivo / B- transporte inter-hospitalar sem risco / C- Veículo de Resgate Pré-Hospitalar de suporte básico / D- Veículo de Resgate Pré-Hospitalar de Suporte Avançado

HOSPITAL DESTINO: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Mathheus Sergiun Santos da Piedade Quantidade: _____
 SEXO Masc ☒ Fem () IDADE: 19 anos Data de Nascimento: ____/____/____
 ESTADO CIVIL: Casado () Solteiro ☒ Outros () Cartão do SUS: _____
 ENDEREÇO: _____
 TEL: _____

QUADRO CLÍNICO

CID-10: S06.8

COD. DE PROCEDIMENTO: _____

FC: 85 bpm FR: 15 ipm PA: 100 x 70 mmHg GLASGOW: 15

RESUMO Paciente vítima de colisão moto x muro, encontrada desacordada, trazida por SAMU em protocolo; agitada. Glasgow 8. TCE grave + FCE em região frontal.

TRATAMENTO INSTITUÍDO ATÉ O MOMENTO

MEDICAÇÃO(ÕES) UTILIZADA(S) Sedação - fentanil + domnamid; realizado IDT.

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS (Resumo dos resultados) _____

INFORMAÇÕES DA TRANSFERÊNCIA

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: () falta de vaga (☒) procedimento especializado () outros

TCE de crânio + Aplicação Neurocirúrgica

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO Loema Amaral

MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ: _____

Loema do Amaral Firmim
 Médica Clínica Geral
 CRM 4975 / SE

ENCAMINHAR FOTOCÓPIAS (XEROX) DOS EXAMES REALIZADOS.

ENCAMINHAR PRESCRIÇÃO ATUALIZADA.

ENFº RESPONSÁVEL PELO SETOR

DATA

MÉDICO SOLICITANTE
 Assinatura / Carimbo

E slab

a 2

IS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 595791
CNS:DATA: 18/11/2018 HORA: 19:40
SETOR: 05-SUTURA

USUARIO: MMANASCIMENTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : MATHEUS SERAFIM SANTOS DA PIEDADE
 IDADE.....: 19 ANOS NASC: 20/05/1999
 ENDereco.....: POV CAPUNGA
 COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO.: Z RURAL
 MUNICIPIO.....: MOITA BONITA UF: SE CEP....: 49560-000
 NOME PAI/MAE...: JOSE SANTOS DA PIEDADE /EDENILZA SERAFIM DA PIEDADE
 RESPONSÁVEL....: O IRMAO TEL....: 079 981822
 PROCEDENCIA....: MOITA BONITA - SE 64
 ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
 CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE.SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [X mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
 [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Paciente vítima de colisão moto x árvore há 3 horas, encontrada desacordada; trazida por SAMU em protocolo - mancha rígida + colar cervical, agitado.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM: A = vias aéreas patentes; B = MV + O₂, 4/L; C = estável hemodinamicamente; D = Glasgow 8; E = FCC em região frontal

DIAGNOSTICO: TCE grave + FCC em região frontal
 PRESCRICAO | HORARIO DA MEDICACAO

1) Fentanil 20ml + SF 0,9% 80ml em BIC - 15ml/h
 2) Domnamid 50 mg + SF 0,9% 80ml em BIC - 15ml/h
 3) Aguardando USA para transferência - HUSE
 Aplicação neurocirúrgica + TC de crânio

DATA DA SAÍDA: / / HORA DA SAÍDA: :
 ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
 INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):



SERGIPE

GUIA DE TRANSFERÊNCIA
HOSPITALAR

TIPO DE AMBULÂNCIA: () Tipo A - () Tipo B () Tipo C () Tipo D

A- remoções simples e de caráter eletivo / B- transporte inter-hospitalar sem risco / C- Veículo de Resgate Pré-Hospitalar de suporte básico / D- Veículo de Resgate Pré-Hospitalar de Suporte Avançado

HOSPITAL DESTINO: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Matheus Sergio Santos da Piedade C. Identidade: _____SEXO Masc ☒ Fem ()IDADE: 19 anos

Data de Nascimento: ____/____/____

ESTADO CIVIL: Casado () Solteiro ☒ Outros ()

Cartão do SUS: _____

ENDEREÇO: _____

TEL: _____

QUADRO CLÍNICO

CID-10: S06.8

COD. DE PROCEDIMENTO: _____

FC: 85 bpmFR: 14 ipmPA: 100 x 70 mmHgGLASGOW: -RESUMO Paciente vítima de colisão moto x árvore, encontrado desacordado, trazido por SAMU em protocolo; agitado, Glasgow 8.TCE grave + FCC em região frontal

TRATAMENTO INSTITUÍDO ATÉ O MOMENTO

MEDICAÇÃO(ÕES) UTILIZADA(S)

Sedação - fentanyl + domnamidLOT; realizado

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS (Resumo dos resultados) _____

INFORMAÇÕES DA TRANSFERÊNCIA

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Te de Oratório+ Avaliação Neurológicaprocedimento especializado

() outros

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO

Luciana AmaralLuciana de Amaral Firmine
Médica Cirurgião Geral
CRM 49751/SE

MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ: _____

ENCAMINHAR FOTOCÓPIAS (XEROX) DOS EXAMES REALIZADOS.

ENCAMINHAR PRESCRIÇÃO ATUALIZADA.

ENF^º RESPONSÁVEL PELO SETOR

DATA

MÉDICO SOLICITANTE

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 613648 DATA: 15/01/2019 HORA: 07:05 USUARIO: PISGMORENO
CNS: SETOR: 05-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

OME : MATHEUS SERAFIM SANTOS DA PIEDADE DOC...: 3621705
DADE...: 19 ANOS NASC: 20/05/1999 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO...: POV CAPUNGA NUMERO: 00000
COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: Z RURAL
MUNICIPIO...: MOITA BONITA UF: SE CEP...: 49560-0
NOME PAI/MAE...: JOSE SANTOS DA PIEDADE /EDENILZA SERAFIM DA PIEDADE
RESPONSAVEL...: O PROPRIO TEL...: 079 981
PROCEDENCIA...: MOITA BONITA - SE 64
ATENDIMENTO...: OUTROS
CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE...: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [X mmHg] PULSO: [] * TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ____/____/____

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: ____/____/____ HORA DA SAIDA: ____:____:____
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): _____

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE): _____

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PAT

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Itabaiana, 10 de Junho de 2019.

CARTA DE CORREÇÃO

Vimos pelo presente, comunicar-lhes que no Prontuário Médico do Sr. Matheus Serafim Santos da Piedade, o ano em que o mesmo compareceu a nossa Unidade Hospitalar foi 2019 e não 2018 como constam no: (Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar, Prescrição Médica e Evolução de Enfermagem).

Michele Souza Oliveira Prata
Gerente Administrativo
Hospital Regional de Itabaiana

Av. 13 de Junho, 776 – Centro – Fone: 79 3432-9200 – Itabaiana – Sergipe
CNPJ.: 10.436.979/0009-56

	SUS 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	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES

Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE <i>WILSON SENA DA SILVA</i>	6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>20/05/99</i>
9 - SEXO MASC. ☒ 1 FEM. ☒ 3	10 - RAÇA / COR
11 - NOME DA MÃE <i>Edemilza Sampaio da Silva</i>	12 - TELEFONE DE CONTATO
13 - NOME DO RESPONSÁVEL <i>Flora Sora da Piedade</i>	14 - TELEFONE DE CONTATO
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº BAIRRO)	16 - DOC
17 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Marituba</i>	18 - COG. REG. MUNICIPAL
19 - UF <i>PA</i>	20 - CEP <i>01500-000</i>

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
21 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>WILSON DE NOME CIDOSO DA SILVA</i>	
22 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>TROT. SANGUE</i>	
23 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>RX. CERVICAL DA AP</i>	
24 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>WILSON DE NOME CIDOSO DA SILVA</i>	25 - CID 10 PRINCIPAL <i>S-431</i>
26 - CID 10 SECUNDÁRIO	27 - CID 10 CAUSAS AS

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>PROCT. CERVICAL C/ RX</i>	29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>04901910</i>
30 - CLÍNICA <i>Unus</i>	31 - CARACTER DA INTERNAÇÃO <i>Unic</i>
32 - DOCUMENTO ☒ CHS ☒ OUTRO	33 - Nº DOCUMENTO (CONSELHO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE)
34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE <i>Antonio E. Lora. R. M. e</i>	35 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>15/01/18</i>
36 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
37 - ☐ AGENTE DE TRÂNSITO	38 - CNPJ DA SEGURADORA	39 - Nº DO BILHETE	40 -
38 - ☐ AGENTE TRABALHO TÍPICO	41 - CNPJ DA EMPRESA	42 - CNES DA EMPRESA	43 -
39 - ☐ AGENTE TRABALHO TRAJETO			
44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ IN			

AUTORIZAÇÃO	
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	48 - COD. ORGÃO EMISSOR
49 - DOCUMENTO ☐ CHS ☐ CPF	50 - Nº DOCUMENTO (CHS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>1 1</i>	52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Maria Ali e Silva</i>
53 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO	



Bio Implantes
Produtos médico-hospitalares

INFORMAÇÕES DO HOSPITAL & PACIENTE

HOSPITAL:	CIRURGIÃO:
Regional	Antonio Lara
PACIENTE:	DATA DE NASCIMENTO:
Matheus Siqueira da Silva	15/05/1999
CPF:	PRONTUÁRIO Nº
NO. DA MÃE:	DATA DA CIRURGIA:
Edenilza Siqueira da Silva	15/05/19

ITEM EDITAL	DESCRIÇÃO DO MATERIAL / LOTE	QUANTIDADE UTILIZADA	OBSERVAÇÃO
	FIO DE CERCLAGEM 0,8 MM		
	FIO DE CERCLAGEM 1,0 MM		
	FIO DE CERCLAGEM 1,2 MM		
	FIO DE CERCLAGEM 1,5 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 1,0 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 1,5 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 2,0 X 300 MM	01	
	FIO DE KIRSCHNER 2,5 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 3,0 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 3,5 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 4,0 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 4,5 X 300 MM		

VISTO E CARIMBO DO CIRURGIÃO

[Assinatura]

Dr. Antonio E. Lara Araoz
Ortopedia - Traumatologia
CRM 2808 - TEOT 6624

OBSERVAÇÕES GERAIS:

Bio Implantes Produtos Médico-Hospitalares LTDA-EPP | CNPJ Nº 17.885.873/0001-94
Av. dos Engenheiros, nº 431, sl 1001 | B. Manacás | Belo Horizonte | Minas Gerais | CEP 30.840-300
TeleFax: (31) 3418-3517 | 3643-7649

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

No. Registro.: 24261
Numero do CNS: 0000000000000000
Nome.....: MATHEUS SERAFIM SANTOS DA PIEDADE
Documento.....: 36217050 Tipo:
Nascimento....: 20/05/1999
Estado Civil.:
Idade.....: 19 - ANOS Cor:
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel...: JOSE SANTOS DA PIEDADE
Nome da Mae...: EDENILZA SERAFIM DA PIEDADE
Endereco.....: POV CAPUNGA,00000 CASA CEP: 49560.000
Telefone.....: 079 98182264
Bairro.....: Z RURAL
Município.....: 2804102 - MOITA BONITA - SE
Nacionalidade: BRASILEIRO
Naturalidade.: SERGIPE
Cadastramento: 15/01/2019

VALIA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 REGISTRO GERAL 3.621.705-0 2.ª VIA
 DATA DE EMISSÃO 02/10/2015
 NOME MATHIUS SERRAFIM SANTOS DA FIEIDADE
 FILIAÇÃO JOSE SANTOS DA FIEIDADE
 KLENILZA SERRAFIM DA FIEIDADE
 NATURALIDADE ITABAIANA-SR
 DATA DE NASCIMENTO 20/05/1999
 CT. NASCIM. NR 6651 LV 409 FL 144
 CART. DIST. MOITA BONITA COM. RIBEIROPOLIS/SE
 085.669.045-43
 DIRETOR DO REGISTRO DE IDENTIFICAÇÃO



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

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Matheus Serafim Santos da Piedade
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Camada, portador da cédula
de identidade RG nº 3.621.705-0, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 095.663.045-43, residente na (endereço
completo) Av. João Carlos Costa S/N, na cidade de
Moita Bonita, (UF) SE, CEP 49560-000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) Jose Marcos De O. Rosa
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Consultor, portador da cédula
de identidade RG nº 21233829, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na (endereço
completo) Rua das Silas nº 217, na cidade de
L. S. da Boa Vista, (UF) SE, CEP 49680-000, a quem confiro
amplos e gerais poderes para, tratar, requerer, assinar papéis e
documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO
SEGURO DPVAT** da vítima (nome da vítima) Matheus Serafim Santos da Piedade
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) Moita Bonita, 02.10.2019

(assinatura) Matheus Serafim Santos da Piedade

(RG) 3.621.705-0-SSP/SE



Cartório do Ofício União de Moita Bonita/SE
Tribunal de Notas
Reconheço por autenticidade a firma indicada de MATHEUS
SERAFIM SANTOS DA PIEDADE, Dou fe.
Moita Bonita, 08 de outubro de 2019.
Em testemunho de verdade.
Juliana Conceição Santos Rocha (Escrivente Substituta)
Selo TJS: 201929820006953. Asses: Valor Total R\$ 8,84
<https://www.tjs.jus.br/x/38X888>
AA080270

(Assinatura do Cartório)
Escrivente Substituta
Cartório do Ofício União
de Moita Bonita/SE

OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0389077/19

Vítima: MATHEUS SERAFIM SANTOS DA PIEDADE

CPF: 085.663.045-43

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/11/2018

Titular do CPF: MATHEUS SERAFIM
SANTOS DA PIEDADE

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA : 020.003.675-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MATHEUS SERAFIM SANTOS DA PIEDADE : 085.663.045-43

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: 06/11/2019
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/11/2019
Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO
CPF: 221.365.090-04

JOSE MARINO GOYA ARAUJO