

# 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: 00000005810-8

---

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

**Valorização 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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
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
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

# 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 Eudes Martins De Souza

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

Eudes Martins De Souza

6 - CPF:

050.046.785-45

7 - Profissão:

Pedreiro Rua Jose Francisco Balcimento

8 - Endereço:

9 - Número:

140 casa

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Poco Redondo

13 - Estado:

SC

14 - CEP:

99810-000

15 - E-mail:

Marcosdegloria@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  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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 atende 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

Sim

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Sim

Não

teve filhos?

Não

Vivos:

Falecidos:

Vivos:

Falecidos:

28 - Vítima

Sim

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima

Sim

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

Vivos:

Falecidos:

32 - Se tinha irmãos, informar

Sim

Não

teve filhos?

Sim

Não

Vivos:

Falecidos:

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

Sim

Não

pais/avós vivos?

Sim

Não

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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Nossa Senhora da Glória - 13/05/2020

Eudes Martins de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

### 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 Pública

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 N°: 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



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

Envolvidos

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 aberto 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

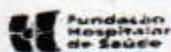
Jose Roberto de Melo Santos  
Wellington de Nascimento Macedo  
Matrícula 30674647  
Matrícula 2407

Responsável pelo Atendimento

Marineis Martins de Souza  
(Comunicante)

"Declaro que os depoimentos que no meu escrivão respectivamente constam neles, são verdadeiros e que posso depor sobre o que consta neles, conforme preceito nos Artigos 329 (Denúncia), 340 (Comunicação), 341 (Omissão de Comunicação) e 345 (Punição das Crimes Falsos Testemunhos)."

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b> 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE H. R. S					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE H. R. S					
<b>Identificação do Paciente</b> 5 - NOME DO PACIENTE Euler Martins de Souza					
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <input type="checkbox"/> 8 - DATA DE NASCIMENTO 28/11/1988 <input type="checkbox"/> 9 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3					
11 - NOME DA MÃE Marlene Martins de Souza					
13 - NOME DO RESPONSÁVEL Euler Elias Barbosa					
15 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO) Rua Elias Barbosa Poco Redondo - SE					
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA 17 - COD. IE/GE MUNICÍPIO 18 - UF 19 - CEP					
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Perda de apetite cansaço ao realizar atividades					
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO teste sangue					
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Exame Clínico maternidade					
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL Perda de apetite		24 - CID 10 PRINCIPAL S02.6		25 - CID 10 SECUNDÁRIO 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b> Intervenção hospitalar					
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Intervenção hospitalar		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 040402060A			
29 - CLÍNICA Clínica Vila		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO Internação		31 - DOCUMENTO ( ) CNS <input type="checkbox"/> ( ) CPF	
32 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 1304515		33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Dr. Elias V. P. Almeida		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 13/04/2012	
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)</b>					
35 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		36 - CNPJ DA SEGURADORA 40 - N.º DO BILHETE 41 - SÉRIE			
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO <input type="checkbox"/> ( ) EMPREGADOR <input type="checkbox"/> ( ) AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> ( ) DESEMPREGADO		39 - CNPJ DA EMPRESA 42 - CNPJ EMPRESA		43 - CNAE DA EMPRESA 44 - CBOR	
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR / / /		47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR / / /		48 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR / / /	
48 - DOCUMENTO ( ) CNS <input type="checkbox"/> ( ) CPF		49 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR / / /		50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / / /	
51 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)					



**Ficha de Ato  
Cirúrgico**

## HOSPITAL D.R. PEDRO GARCIA MORENO FILHO

**Nome do Paciente:**

do Paciente: Enzo Matheus Souza

### Diagnóstico Pré-operatório:

Diagnóstico Pré-operatório:

#### **Clusonia realizata**

Reseña - Reptiles del mundo

## Cirurgiões

Mr. Brown

#### **Auxiliaries**

### Anesthesiologists:

### Anesthesia

### Diag. Pós-operatório

## DESCRICAÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

- (1) Amesepa
  - (2) Estuari da Barra
  - (3) Redes pastiz
  - (4) Bilharzia rivularis moniliformis

1038

13,051.30

Assinatura do cirurgião (M.º 1011 de Faria Almeida  
José Bento Mendes Faria)

NOME DO PACIENTE: Endres Martins de SouzaDATA DA ENTRADA: 03/04/2020DATA DA SAÍDA: 26/04/2020

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 acidente de moto trazido pelo SAMU. Apresentava trauma facial com fratura bilateral de condilo, fêmur reto contuso em mento (roturado). Ficou internado no tratamento imediato e em 06/04/2020 foi encaminhado ao Hospital de Tabajara.

## HISTÓRICO CIRÚRGICO:

## EXAMES COMPLEMENTARES:

radiografias

## MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Paulo Nard CRO 4073

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

ARACAJU, 30 de Abrial de 2020 Dr. Wanderlania Diniz  
Intensivista / Clínica Médica  
CRM/SE 3906

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

Nº. DO BE: 143038  
CNS:DATA: 03/04/2020 HORA: 00:20 USUARIO: ELMENEZES  
SETOR: 06-SUTURA

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : EUDES MARTINS DE SOUZA  
 IDADE: 30 ANOS NASC: 28/11/1989  
 ENDERECO: RUA ELIAS BARBOSA  
 COMPLEMENTO: BAIRRO: CENTRO  
 MUNICIPIO: POCO REDONDO  
 NOME PAI/MAE: NAO CONSTA  
 RESPONSAVEL: WILHENNA-CUNHADA/SAMU  
 PROCEDENCIA: POCO REDONDO  
 ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)  
 CASO POLICIAL: NAO  
 ACID. TRABALHO: NAO  
 PLANO DE SAUDE: NAO  
 VEIO DE AMBULANCIA: SIM

DOC...: 2556480-3  
 SEXO.: FEMININO  
 NUMERO: 26  
 UF: SE CEP...: 49810-000  
 /MARINEIS MARTINS DE SOUZA  
 TEL...: 79-99685-2424  
 TRAUMA: 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:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:  
Queda de moto, queimadura de face, risco de conforto em  
rigidez muscular, orientação confusa.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Silvia Coia  
 MATERIAIS: ECG, Rádio  
 pelo CEC SAMU e USP  
 GPO 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 [ ] APÓS 48HS

EXAME DE RADIOTIPIA: HUSEP

REALIZADO EM 03/04/2020

FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. [ ]

00:53

TÉCNICO EM RADIOLÓGIA

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Silvia Coia  
 MATERIAIS: ECG, Rádio  
 pelo CEC SAMU e USP  
 GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

GPO 1184

Silvia Coia

MATERIAIS: ECG, Rádio

pelo CEC SAMU e USP

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  
Municipio.....: 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 Saidas:  
Especialidade:  
Tipo de Saidas:  
CID Principal:  
CID Secundario:  
Principal:  
Secundario:  
Outro:

REGISTRO: 759  
DATA: 03/04/2020  
HORARIO: 20:43  
Tecnico: Francisco

## DADOS DO PACIENTE

**NAME:** Oliver Makinson

SEXO  FEM.  MASC. IDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

**ENDERECO:** \_\_\_\_\_ **FONE:** \_\_\_\_\_

**RESPONSÁVEL:** \_\_\_\_\_

**DESTINO DO PACIENTE:** \_\_\_\_\_

## DESCRIMINACÃO DO QUADRO CLÍNICO:

**DESCRIMINAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:**  
Pain é motivo do quadro de mal de al-  
portugues, que em reação ao fone, el-  
evou nível de humor de 60% para 15%.  
FC: 80 S<sub>O<sub>2</sub></sub>: 98% FR: 16' Secul respira-  
ção lenta e de rotação

**MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:**

EXAMES COMPLEMENTARES:

- Análisis do líquido
- Análisis do humor acuoso
- Análisis de urinolitígio

#### MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

2. Preferred by  
Macelroy (a)  
Sines 20

Dr. Robert Gorden  
CRM 4223

#### **MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ:**

**MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO:**

OBS : ENCAMINHAR FOTOCÓPIA DOS EXAMES REALIZADOS

PRONTO SOCORRO ADULTO

HUSE

PREScrição MÉDICA

Nome:

Eduardo Martinho da Silveira

Idade:

Data:

DATA	HORA	PREScrição	HORÁRIO
03/04/2020	01	Diaxida líquida	5/5/2020
	02	Dipirona 1000 mg de 6/6hs	08/04/2020
	03	Profenid 100mg de 12/12hs	18/04/2020
	04	Tramal 50mg em 100ml EV/100ml	18/04/2020
	05	Doxida 1000	
	06	Ciclosporina	
	07	Sifex 500ml de 6/6hs	500 500 500
			Enteralmente
			1000
			09/04/2020
04/04/2020	01	Diaxida líquida	5/5/2020
	02	SF 0,9% 1000ml } EV para 24hs	500 500
		SG 5% 1000ml } 24/04/2020	500 500
	03	Profenid 100mg EV de 6/6hs	08/04/2020
	04	Profenid 100mg EV + 100ml SF 0,9% de 12/12hs	08/04/2020
	05	Profenid 100mg EV + 100ml SF 0,9% de 6/6hs	08/04/2020
	06	Tramal 50mg EV + 100ml SF 0,9% de 8/8hs	08/04/2020
	07	Omeprazol 40mg EV 1x dia	06/04/2020
	08	Fráberina elevada à 30°	
	09	Frágene bucal 3x dia	
	10	CCG-6 + SS VV	

Brasília - DF  
03/04/2020

HU/SE  
ELETROCARDIOGRAMA  
EXAMES(S) REALIZADO(S)  
DATA 06/04/20  
HORÁRIO 10:15  
SERVIÇO *Urgência*

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>liquida</i>	<i>06/04/2020</i>
2	SF0,9% 1000ML IV P/24H	<i>06/04/2020</i>
3	SG 5%1000ML IV P/24H	<i>06/04/2020</i>
4	Cefalotina 1g ev 6/6 h	<i>06/04/2020</i>
5	PROFENID 1000MG +100ML DE SF 0,9% EV 12/12h	<i>06/04/2020</i>
7	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA	<i>06/04/2020</i>
8	DIPIRONA 1G IV DE 06/06H +18 ML DE AD SOS	<i>06/04/2020</i>
9	SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS	
10	CABECEIRA ELEVADA A 30GRAUS	
11	HIGIENE ORAL	
12	<i>Transtornos mentais f/mais SE a 9x 1/12h 1/2h 02 24</i>	
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21	<i>06/04/2020</i>	
22	<i>Paciente encaminhado p/ reabilitação</i>	
23	<i>de enjôos no topo da mandíbula</i>	
24		
25		
26	<i>ANOTA SUSP/ TDL/PM</i>	
27		
28		
329		

**Sinais Vitais ( Favor anotar abaixo)**

Horário	PA(mmHg)	FC(bpm)	PR (ipm)	SpO <sub>2</sub>	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		sono		05/04/2020
--	-------------------------	--	------	--	------------

**DIAGNÓSTICO**

FRATURA DE MANDÍBULA

ITEM	PRESCRIÇÃO	CRM 1763 SE	HORÁRIO
1	TERESA SUELY RODRIGUES DE MENEZES		
2	DIETA PASTOSA		
3	SFO,9% 1000ML IV P/24H		
4	CLINDAMICINA 600MG EV DE 6/6 H		
5	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H		
6	FENERGAN 01 AMP IM SOS		
7	PARACETAMOL 40GTS VO 6/6H SOS		
8	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA		
9	CABECEIRA ELEVADA A 30GRAUS		
10	HIGIENE ORAL		
11	SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS		
12			ATENÇÃO
13			RESPIRAÇÃO E INFECCIOSA.
14			SOLICITO VAGA DE UTI. PARA MELHOR VIGILÂNCIA NEUROLOGICA.
15			QUE ACOMPANHA AGORA.
16			DOLOROSO, DISTENDIDO (SEM DIFERIR HA 4DIAS), SEGUNDO ESPORSA
17			20X60MMHG, ACV- RCB BNE, AR- MV +AHT, FC- 89BPM, ABDOME
18			ESPONTÂNEAMENTE
19			EUPNÉICO. AFEBRIL. ACORDADO. P- 78
20			DE GONSALVINA
21			ESTA AFASICO. MOVE OS MEMBROS
22			COAGULAGAO. EVOLUINDO TAMBEM COM REBAIXAMENTO DE NIVEL
23			TRONBOSE DE EXTREMIDADES, (DEOS DOS PES)+ DISTURBIO DE
24			PREVIAMENTE. VEM EVOLUINDO COM PIORA DA FUNÇÃO RENAL
25			FAZER POR MEDO DE PIORAR FUNÇÃO RENAL JA ALTERADA
26			PASSADO DE IAM, NAO FEZ CATE PORQUE O PACIENTE NAO ACHOU
27			CRONICA AINDA NAO DIALITICO +HAS+DM+DCC CRONICA COM
28			HOSPITAL , HUSE, DESDE DIA 26/03/2020, COM INSUFICIENCIA RENAL
29			O PACIENTE GLENO BAPTISTA DANTAS, INTERNAIDO NESTE

**Sinais Vitais ( Favor anotar abaixo )**

Horário	RELATÓRIO MÉDICO	SpO <sub>2</sub>	(mmHg) PA	(wpm) FC	(wpm) FR	Diurese	Temp (°C)	Glicemia
6:00h		X						
12:00h		X						
18:00h		X						
00:00h		X						

SERGIPANO DE ESTADO DA SAÚDE  
SERVICO DE SAÚDE



Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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/AA

Nome 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: ( 000 )

Tel. Residencial: ( 000 )

E-mail: [marcosdeglobo@gmail.com](mailto:marcosdeglobo@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:

(DESCRIVER)

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

Peço que reavalie o meu processo, pois devido ao acidente sofrer trauma facial com fratura bilateral de cíngulo. fui operado e fiquei com a boca torta tenho dificuldade para falar, então peço encarecidamente que reavalie o meu processo.

Agradeço desde já.

Nossa Senhora da Glória: 09.06.2020

Local e Data

× Eudes Martins de Souza

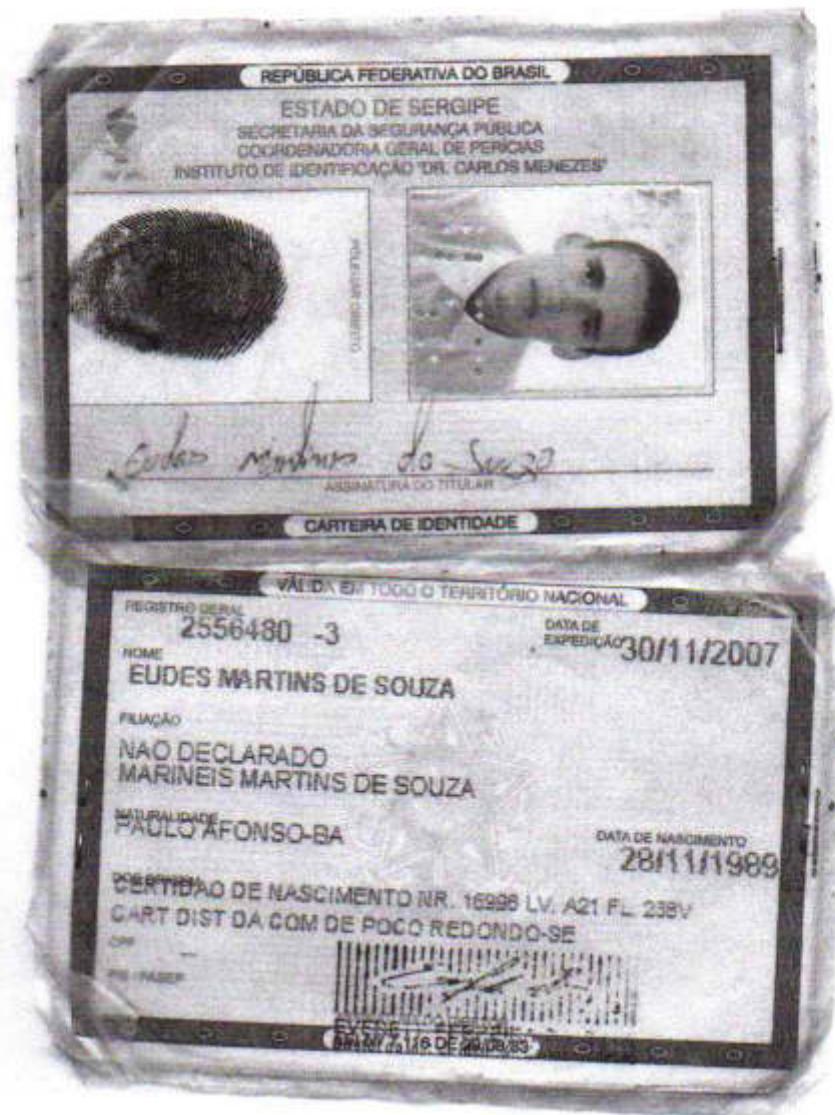
Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

## 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).



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

Por este instrumento particular, eu ( nome completo ) Eudes Martins De Souza ( nacionalidade ) Brasileiro, ( profissão ) Redator, 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 José Francisco Vargemonte 1-140 na cidade de Poco Redondo, ( UF ) SE, CEP 49810-000, nomeio e constituo meu procurador, ( nome do representante ) José Lúcio de Oliveira ( nacionalidade ) Brasileiro, ( profissão ) Consultor, portador da cédula de identidade RG nº 21233829, emitido pela SSP / (UF) SE, inscrito sob o CPF nº 030.209.625-00, residente na ( endereço completo ) Rua das Silvas 14017, na cidade de Nossa Sra da Glória, ( UF ) SE, CEP 49680-000, a quem confiro amplos e gerais poderes para, tratar, requerer, assinar papéis e documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO SEGURO DPVAT** da vítima ( nome da vítima ) 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 ) 2556 480-3

### REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS CIVIS DAS PESSOAS JURÍDICAS

Eduardo Viana de Melo, nº 28 - Centro - CEP: 49680-000 - Nossa Senhora da Glória/SE | Fone: (051) 289-1365 - E-mail: [nossa.senhora@tjse.jus.br](mailto:nossa.senhora@tjse.jus.br)

Reconheço por autenticidade a firma indicada de EUDES MARTINS DE SOUZA que confira o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.  
Nossa Senhora da Glória/SE, 28 de abril de 2020

ANNE GRASIELLE SANTANA GOMES (Escrivana)  
28/04/2020 11:48:13 Valor Total R\$ 9,24  
Sel. TJSE: 202029574006661. Acesse:  
<https://www.tjse.jus.br/x/26Y6JH>



OBS: ( a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE )