

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190315734 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADIVALDO MACHADO DOS SANTOS **Data do acidente:** 23/12/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º METACARPO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P.05).

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190315734 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADIVALDO MACHADO DOS SANTOS **Data do acidente:** 23/12/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º METACARPO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

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: 057.279.485-17 Nome completo da vítima: Adivaldo Machado dos Santos

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

Nome completo: Adivaldo Machado dos Santos CPF: 057.279.485-17

Profissão: Jornalista Endereço: Rua Santa Rosa Número: 514 Complemento: 6000

Bairro: Zona rural Cidade: Paco Rondono Estado: AC CEP: 69.810-000

E-mail: marceloeduardo@gmail.com Tel. (DDD): 79.99189207

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

RENDA MENSAL:
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 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 (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 3303 CONTA: 24376 8
(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.

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 **(assinale 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 5.194/74, 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) ☐ Divorçado ☐ 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 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: St. São Da Guará 05/04/19

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RDO, 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.



INVESTPREV

09 MAI 2019



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO - SE

INVESTPREV

09 MAI 2019

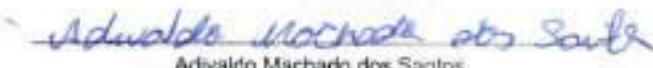
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 018923/2019

NARRA o noticiante que pilotava uma motocicleta quando perdeu o equilíbrio ao transpor um redutor de velocidade "quebra molas"; QUE devido a queda sofreu fraturas na mão esquerda sendo socorrido por populares e conduzido a UPA POÇO REDONDO de onde foi encaminhado posteriormente ao Hospital de cidade de Itabaiana. É o relato.

ASSINATURAS


Wellington do Nascimento Macedo
Responsável pelo Atendimento


Adivaldo Machado dos Santos
(Vítima / Comunicante)

"Declara para os devidos fins de direito que sou (a) a (m) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 342-Comunicação Falsa de Crime ou da Contravenção do Código Penal Brasileiro."



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 18/02/2019 11:44

Data/Hora Fim: 18/02/2019 11:57

Delegado de Polícia: Fabio Santos Santana



DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Poço Redondo

Data/Hora do Fato: 23/12/2018 01:00

Local do Fato

Município: Poço Redondo (SE)

Lugar: Povoado Sítios Novos

Bairro: Povoado Sítios

CEP: 49.810-000

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ADIVALDO MACHADO DOS SANTOS (VITIMA, COMUNICANTE)			
---	--	--	--

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: SE - Aracaju

Sexo: Masculino

Nasc: 20/10/1992

Profissão: Agricultor

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria Alves Machado dos Santos

Nome do Pai: Jose Milton dos Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 057.279.485-17

Endereço

Município: Poço Redondo - SE

Lugar: rua santos dumont

Complemento: povoado santa rosa do eirinho

Nº: 128

CEP: 49.810-000

Telefone: (79) 9918-8767 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário: 347.674.788-00

Placa: OEJ5906

Renavam: 477230148

Ano/Modelo Fabricação: 2011/2011

Cer: VERMELHA

UF Veículo: Sergipe

Município Veículo: Aracaju

Marca/Modelo: KASINSKY/COMET 150 70

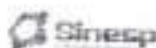
Veículo Adulterado?: Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Adivaldo Machado dos Santos	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO



Delegado de Polícia Civil: Fabio Santos Santana
Impresso por: Wellington do Nascimento Macedo
Data de Impressão: 18/02/2019 11:57
Protocolo nº: Não disponível



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 018923/2019-A02

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 25/04/2019 11:33 Data/Hora Fim: 25/04/2019 11:35
Delegado de Polícia: Fabio Santos Santana

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Poço Redondo

Data/Hora do Fato: 23/12/2018 01:00

Local do Fato

Município: Poço Redondo (SE)

Logradouro: Povoado Sítios Novos

Bairro: Povoado Sítios

CEP: 49.810-000

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1055: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ADIVALDO MACHADO DOS SANTOS (VITIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: SE - Aracaju

Sexo: Masculino

Nasc: 20/10/1992

Profissão: Agricultor

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria Alves Machado dos Santos

Nome do Pai: Jose Milton dos Santos

Documentos(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 057.279.485-17

Endereço

Município: Poço Redondo - SE

Logradouro: rua santos dumont

Complemento: povoado-santa rosa do menino

Nº: 126

CEP: 49.810-000

Telefone: (79) 9918-8757 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário: 347.674.788-00

Renavam: 477230148

Cor: VERMELHA

Município Veículo: Aracaju

Veículo Adulterado?: Não

Situação: Envolvido

Subgrupo: Motocideta/Motocleta

Placa: OEJ5906

Ano/Modelo Fabricação: 2011/2011

UF Veículo: Sergipe

Marca/Modelo: KASINSKY/COMET 150 70

Quantidade: 1 Unidade

Nome Envolvido	Envolvimentos
Adivaldo Machado dos Santos	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO



Delegado de Polícia Civil Fabio Santos Santana
Impressão por: Cláudia Mariana da Silva
Data de Impressão: 25/04/2019 11:36
Protocolo nº: 546 deposit

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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



BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 01892

NARRA o noticiante que pilotava uma motocicleta KASINSKI/CPMET 150 70" placa OEJ5906 pertencente a EDILEIDE MACHADO DOS S. SILVA quando perdeu o equilíbrio ao transpor um redutor de velocidade "quebra molas"; QUE devido a queda sofreu fraturas na mão esquerda sendo socorrido por populares e conduzido a UPA POÇO REDONDO de onde foi encaminhado posteriormente ao Hospital de cidade de Itabaiana. E o relato.

ASSINATURAS


José Roberto de Melo Santos

CARTORIO

Depoimento em Poço Redondo/SE

Adivaldo Machado dos Santos

(Germunidade Vítima)

"Onde se põe o dedo não se põe a mão e não se põe a cabeça" - O noticiante declara sob pena de falsidade o conteúdo do presente boletim de ocorrência e a veracidade dos fatos narrados, sob pena de responder criminalmente pelo crime de falsificação de documento público, previsto no artigo 297 do Código Penal Brasileiro.

INVESTPREV

09 MAI 2019



**PREFEITURA MUNICIPAL
DE POÇO REDONDO**
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ficha de Assistência a Saúde

Nº DE INSC.

INVESTPREV

09 MAI 2019

62594

UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
DONA ZULMIRA SOARES

UNIDADE DE SAÚDE:

NOME: Adivaldo Machado das Santas DATA: 23/12/18
APELIDO: _____ DATA DE NASCIMENTO: 20/10/92 SEXO: M

FILIAÇÃO: PAI: José Milton das Santas
MÃE: Maria Alves Machado das Santas

ENDEREÇO: Rua Santa Rosa REFERÊNCIA: _____

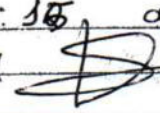
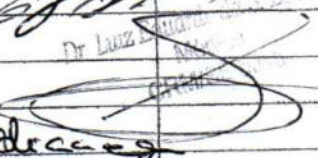
PROFISSÃO: Agricultor RESPONSÁVEL: _____

QUADRO AUXILIAR ANAMNESE

ALERGIA ☐
CARDIOPATIA ☐
DIABETES ☐
EPILEPSIA ☐

HANSENIASE ☐
HEMORRAGIA ☐
HEMOFILIA ☐
HIPERTENSÃO ☐

PSICOPATIA ☐
TUBERCULOSE ☐
TIPO DE SANGUE ☐

DATA	ANAMNESE - EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS	ASSINATURA
	1 - Paciente apresenta dor de cabeça e mal-estar há 12 horas em direção dos olhos e nariz e a cabeça D. Dificuldade em dormir	
	2 - Dor - X de ponto D. Dor E	
	3 - Dor - X de ponto D. Dor E	
	4 - Dor - X de ponto D. Dor E	
23/12/18	Ad. 12:15, ad medicações medicina CPM  Sônia Souza Loc. Entregadora REN-SE 118061	

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

INVESTPREV

09 MAI 2019

Eu, Edileide Machado dos S. Silva
RG nº 2039386-5, data de expedição 04/09/13
Órgão SSP/SE, portador do CPF nº 347.874.788-00
com domicílio na cidade de ARACAJU, no Estado de
SERGIPE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA R BAIRRO SÃO CONRADO, nº 73
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
ADIVALDO MACHADO DOS SANTOS, cujo o condutor era
O MESMO.
Veículo: MOTO Modelo: COMET 150 CC Ano: 2011
Placa: OEY 5906 Chassi: 93FEMACJBBM011823
Data do Acidente: 23/12/18

Local e Data: Aracaju - SE 15.03.2019

Edileide Machado dos Santos Silva

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO
TABELIÃO: DANIEL PIERETE

 **Pierete**

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) de:

Edileide Machado dos Santos Silva *****

Selo TJSE: 201929527054744

Acesse: <http://www.tjse.jus.br/x/2QQZTC>

Aracaju, 13/03/2019 08:24:28 26116

Dayse Francielle de Oliveira Carvalho - Escrevente Aut.

Emol.: R\$7,13 Selo: R\$0,00 FERD: R\$1,43 Total: R\$8,56

**PREFEITURA MUNICIPAL
DE POÇO REDONDO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Ficha de Assistência a Saúde

Nº DE INSC.

62560

UNIDADE DE SAÚDE:**UPA24h**

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
DONA ZULMIRA SOARES

NOME:

INVESTPREV

DATA:

23/12/10

APELIDO:

09 MAI 2019

DATA DE NASCIMENTO:

DOB: 11/01/92 SEXO: M

FILIAÇÃO:

PAI: rose milton dos santos

MÃE: Marie plus Machado to son

ENDERECO: ROV. Satib nas

REFERÊNCIA: V. Reardon

PROFISSÃO

Agriculture

RESPONSÁVEL:

QUADRO AUXILIAR ANAMNESE

ALERGIA
CARDIOPATIA
DIABETES
EPILEPSIA

HANSENIASE
HEMORRAGIA
HEMOFILIA
HIPERTENSÃO

PSICOPATIA
TUBERCULOSE
TIPO DE SANGUE

DATA

ANAMNESE - EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS

ASSINATURA

03/12/18

PA. 120 x 90 cm Hg

te pautam

Pelete fundo do rio e grésio
de L. unguis de galena, rios.
No outro grupo. Rio chape redonda
BE 2 ABC m. O PA, AU, B e P 2700 m, no
rebra v. d. t.

(1) Dipone 07 amp IN
= Release 07 amp IN

02:18

by

ESTEVÃO F. DE CARVALHO
CRM: 5826/SE



**PREFEITURA MUNICIPAL
DE POÇO REDONDO**
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ficha de Assistência à Saúde

Nº DE
INSC.

64216

UNIDADE DE SAÚDE:

UPA24h

UNIDADE DE FRONTO ATENDIMENTO
DONA ZULMIRA SOARES

NOME:

Adivaldo Machado dos Santos

DATA:

09/01/19

APELIDO:

DATA DE NASCIMENTO: 20/10/1992

SEXO:

M

FILIAÇÃO:

PAI: José Milton dos Santos

MÃE: Maria Jéssica Machado dos Santos

ENDEREÇO:

Rua Santos Dumont - Santa Rosa

REFERÊNCIA:

PROFISSÃO:

Agricultor

RESPONSÁVEL:

QUADRO AUXILIAR ANAMNESE

ALERGIA ☒
CARDIOPATIA ☐
DIABETES ☐
EPILEPSIA ☐

HANSENIASE ☐
HEMORRAGIA ☐
HEMOFILIA ☐
HIPERTENSÃO ☐

PSICOPATIA ☐
TUBERCULOSE ☐
TIPO DE SANGUE ☐

DATA

ANAMNESE - EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUZAS

ASSINATURA

04-01-19

PA = 120 x 80 mmHg

Pte refere história de acidente
por queda de moto há cerca de 19 dias.
Queixa-se de dor e edema intenso
em ambas pernas porção dorsal lateral.
Rx fractura em porção medial do 2º me-
tacarpo esquerdo
H.B. Fratura de 2º metacarpo esquerdo

① Imobilização

② A Ultrassom (Hosp de D. João)

Dr. Marcelo Mendes Sousa
CRM 2065



ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: _____

Relatório Médico

Sr. Abivaldo Machado dos Santos foi atendido nesta data referindo história de acidente de moto por queda há cerca de 15 dias. Observou-se, em exame radiológico, fratura instável em porção medial de 2º metacarpo esquerdo. Foi encaminhado ao serviço especializado em Hospital regional.

Dr. Marcelo Guedes Sousa
CRM 2083

Ass. e Carimbo / CRM

09/05/2019

Data

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 611973
CNS:DATA: 09/01/2019 HORA: 16:01 USUARIO: RSNASCIMENTO
SETOR: 04-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ADIVALDO MACHADO DOS SANTOS
IDADE.....: 26 ANOS NASC: 20/10/1992 DOC....: 25562517
ENDERECO.....: POV SANTA ROSA DO ERMILIO SEXO...: MASCULINO
COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: Z RURAL NUMERO: 00
MUNICIPIO.....: POÇO REDONDO UF: SE CEP....: 49810-000
NOME PAI/MAE...: JOSE MILTON DOS SANTOS, /MARIA ALVES MACHADO DOS SANTOS
RESPONSAVEL....: O PROPRIO TEL....: 7999188767
PROCEDENCIA....: POÇO REDONDO - SE
ATENDIMENTO....: FRATURA
CASO POLICIAL..: NAO
ACID. TRABALHO: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS:

Fx 2º MC (E) DATA PRIMEIROS SINTOMAS:
3 semanas (sic) após acidente automobilístico tr

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

Fx 1º mínima lesão
L1 T6 compressão
Luz gerada CID:
CRM-SE 4897 TEST 15345

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

HORA DA SAIDA: :
[] EVASAO [] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

L Adivaldo Machado dos Santos
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Adriana Dantas G
de Faria
Cad - 614

DADOS DO PACIENTE

NOME: Divaldo Machado dos Santos

SEXO ☐ FEM. ☒ MASC. IDADE: 26a ESTADO CIVIL: _____

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

RESPONSÁVEL: _____

DESTINO DO PACIENTE: Hospital comunitário SUS

DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

Fratura instável completa de 2º metacarpo
esquerdo (porção medial)

MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Avaliação e conduta da ortopedia

MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO: _____

OBS: ENCAMINHAR FOTOCÓPIA DOS EXAMES REALIZADOS

UPA Poço Redondo
Unidade Hospitalar

02/03/2019
Local e Data

Dr. Marcelo Soares So
CRM 2000
Ass. II: 1000



HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Receituário

Adriano Machado da Silva

Platao Médico

→ Joints e fratura do 2º metacarpo e
tudo em correção com gesso tipo luva por
6 semanas.

Apresenta déficit de adução da mão esquerda
e está em reabilitação fisioterápica.

C.D.: S62.3

Dr. Ricardo Fonseca
Ortopedia e Traumatologia
CRM 4694 TECOF 19945

13/02/19

Avenida 13 de junho, nº 776 - Centro - Itabaiana-SE - Fone: (79) 3432-9290

Solicitação de Ré - Análise

Eu, Adivaldo Machado Dos Santos, portador do RG : 25562517 CPF : 057.279.485-67 residente na Povoado Santa Rosa Do Ermino S/n Bairro: Area Rural Cidade: Poço Redondo - SE, Cep: 49810-000 venho pelo presente instrumento, solicitar aos senhores que seja marcado uma Pericia medica para o meu processo, pois não foi liberado nada para as lesões que mim encontro, envie relatório medico que comprovam as lesões que foram **FRATURA DO 2º METACARPO ESQUERDO O E EDEMA EM MÃO ESQUERDA** sinto muitas dores não trabalho não consigo movimentar a mão direito fico a merecer dos outros por isso peço encarecidamente que me deem com urgência uma pericia para que o perito verifique e comprove o que aqui descrevo.

Certo de contar com vossa compreensão, agradeço desde já.

NOSSA SENHORA DA GLÓRIA-SE 11/04/2018

Adivaldo machado dos Santos

ADIVALDO MACHADO DOS SANTOS

TESTEMUHAS:

Vanessa Rosa Aragão

Valdeide Oliveira Rosa

**PREFEITURA MUNICIPAL
DE POÇO REDONDO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Ficha de Assistência a Saúde

Nº DE
INSC.

01:50

62560

UNIDADE DE SAÚDE:

UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
DONA ZULMIRA SOARES

NOME:

DATA:

Adriano Machado dos Santos

23, 12, 10

APELIDO: _____ DATA DE NASCIMENTO: 30 / 10 / 92 SEXO: M

FILIAÇÃO:

PAI: rose milton dos santos

MÃE: Maria Elvira Machado de S.O.

ENDEREÇO: ROU. Satib nas

REFERÊNCIA: V. Reardon

PROFISSÃO

Agriculture

RESPONSÁVEL:

QUADRO AUXILIAR ANAMNESE

ALERGIA
CARDIOPATIA
DIABETES
EPILEPSIA

HANSENIASE
HEMORRAGIA
HEMOFILIA
HIPERTENSÃO

PSICOPATIA
TUBERCULOSE
TIPO DE SANGUE

DATA

ANAMNESE - EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS

ASSINATURA

23/12/18	PA - 120 x 90 cm Hg
----------	---------------------

Te puto en

Pelete fundo do rio e graxate
de L. comissio do galho, não.
No outro furo. No choro mediano
BE e AR e no PA, AU, B e P 2700 ou, no
rebra, vadeit

(1) Dipone of amp IN
= Release of amp IN

02:38

Fy

ESTEVÃO F. DE CARVALHO
CRM: 5826/SE



**PREFEITURA MUNICIPAL
DE POÇO REDONDO**
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ficha de Assistência à Saúde

Nº DE
INSC.

64216

UNIDADE DE SAÚDE:

UPA24h

UNIDADE DE FRONTO ATENDIMENTO
DONA ZULMIRA SOARES

NOME:

Adivaldo Machado dos Santos

DATA:

09/01/19

APELIDO:

DATA DE NASCIMENTO: 20/10/1992

SEXO:

M

FILIAÇÃO:

PAI: José Milton dos Santos

MÃE: Maria Jéssica Machado dos Santos

ENDEREÇO:

Rua Santos Dumont - Santa Rosa

REFERÊNCIA:

PROFISSÃO:

Agricultor

RESPONSÁVEL:

QUADRO AUXILIAR ANAMNESE

ALERGIA ☒
CARDIOPATIA ☐
DIABETES ☐
EPILEPSIA ☐

HANSENIASE ☐
HEMORRAGIA ☐
HEMOFILIA ☐
HIPERTENSÃO ☐

PSICOPATIA ☐
TUBERCULOSE ☐
TIPO DE SANGUE ☐

DATA

ANAMNESE - EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS

ASSINATURA

04-01-19

PA = 120 x 80 mmHg

Pte refere história de acidente
por queda de moto há cerca de 19 dias.
Queixa-se de dor e edema intenso
em ambas pernas porção dorsal lateral.
Rx fractura em porção medial do 2º me-
tacarpo esquerdo
H.B. Fratura de 2º metacarpo esquerdo

① Imobilização

② A Ultrassom (Hosp de Dabiana)

Dr. Marcelo Mendes Sousa
CRM 2065



ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: _____

Relatório Médico

Sr. Abivaldo Machado dos Santos foi atendido nesta data referindo história de acidente de moto por queda há cerca de 15 dias. Observou-se, em exame radiológico, fratura instável em porção medial de 2º metacarpo esquerdo. Foi encaminhado ao serviço especializado em Hospital regional.

Dr. Marcelo Guedes Sousa
CRM 2083

Ass. e Carimbo / CRM

09/05/2019

Data

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 611973
CNS:DATA: 09/01/2019 HORA: 16:01
SETOR: 04-ORTOPEDIA

USUARIO: RSNASCIMENTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ADIVALDO MACHADO DOS SANTOS
IDADE.....: 26 ANOS NASC: 20/10/1992
ENDERECO.....: POV SANTA ROSA DO ERMILIO
COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: Z RURAL
MUNICIPIO.....: POÇO REDONDO UF: SE CEP....: 49810-000
NOME PAI/MAE...: JOSE MILTON DOS SANTOS, /MARIA ALVES MACHADO DOS SANTOS
RESPONSAVEL....: O PROPRIO TEL....: 7999188767
PROCEDENCIA....: POÇO REDONDO - SE
ATENDIMENTO....: FRATURA
CASO POLICIAL..: NAO
ACID. TRABALHO: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS:

Fx 2º MC (E)
3 semanas (sic)

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

após acidente automobilístico tr

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

Fx 2º MC mínima lesão
L1 T6 a nível do

CRM-SE 4894 TEST 15345

DIAGNOSTICO:

lesão grave CID:

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MEDICACAO

Rx no 2º APT CBT/Boa

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

HORA DA SAIDA: :
[] EVASAO [] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

L Adivaldo Machado dos Santos
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Adriana Dantas G
de Faria
Cad - 614

DADOS DO PACIENTE

NOME: Divaldo Machado dos Santos

SEXO ☐ FEM. ☒ MASC. IDADE: 26a ESTADO CIVIL: _____

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

RESPONSÁVEL: _____

DESTINO DO PACIENTE: Hospital comunitário SUS

DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

Fratura instável completa de 2º metacarpo
esquerdo (porção medial)

MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Avaliação e conduta da ortopedia

MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO: _____

OBS: ENCAMINHAR FOTOCÓPIA DOS EXAMES REALIZADOS

UPA Poço Redondo
Unidade Hospitalar

02/03/2019
Local e Data

Dr. Marcelo Soares So
CRM 2000
Ass. II: 1000

Município de
Poco Redondo
Cuidando do nosso povo
ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

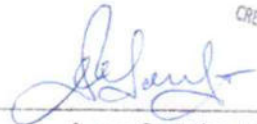
RECEITUÁRIO

Nome:

Adivaldo Machado dos Santos

Paciente apto para realizar
suas funções laborais, porém
ainda há sequelas por trauma
no 2º metacarpo do membro superior
esquerdo. Paciente orientado para
realizar exercícios no dia-a-dia,
recebe alta do setor.

Júlio César Carvalho de Souza
FISIOTERAPEUTA
CREFITO: 147980-F



Ass. e Carimbo / CRM

08/05/19

Data

Solicitação de Ré - Análise

Eu: Adivaldo Machado Dos Santos portador do RG : 25562517 CPF : 057.279.485-67 residente na Povoado Santa Rosa Do Ermirio S/n Bairro: Area Rural Cidade: Poço Redondo -SE, Cep: 49810-000 venho pelo presente instrumento, solicitar aos senhores que seja marcado uma Pericia médica para o meu processo ,pois não foi liberado nada para as lesões que mim encontro ,enviei relatório médico que comprovam as lesões que foram **FRATURA DO 2º METACARPO ESQUERDO O E EDEMA EM MÃO ESQUERDA CID-562.3** sinto muitas dores horribéis não trabalho não consigo movimentar a mão direito fico a merecer dos outros por isso peço encarecidamente que marquem com urgência uma pericia para que o perito verifique e comprove o que aqui descrevo.

Certo de contar com vossa compreensão ,agradeço desde já.

NOSSA SENHORA DA GLÓRIA-SE 11/04/2019

Adivaldo machado dos Santos

ADIVALDO MACHADO DOS SANTOS

TESTEMUHAS:

Vanessa Rosa Aragão

Valdeide Oliveira Rosa

INVESTPREV

09 MAI 2019