

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: 08/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ERIVALDO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04874

CONTA: 000000005075-5

Nr. da Autenticação A41772F4DF48E9BF

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180360537 **Cidade:** Umbaúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERIVALDO DA SILVA **Data do acidente:** 26/06/2017 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NA DIÁFISE DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos

complementares:

Observações:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

Seguradora Líder · DPVAT

No. DO SINISTRO

**www.dpvatsegurodotransito.com.br ou
lique SAC DPVAT 0800 022 12 04**

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, ERIVALDO DA SILVA

PORTADOR/A DO RG No.: 3.141.403-6 EXPEDIDO POR SSP EM 05/05/2013 E

CPF 041675085-08 / CNPJ - - , PROFISSÃO _____

AGRICULTOR E RENDA MENSAL DE R\$ 954,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO/A DO VALOR

REFERENTE À INDENIZAÇÃO/REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ERIVILDO DA SILVA

AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT

A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

☐ **CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)**

No. BANCO	No. AGÊNCIA	(INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR.)
0000	0000	

No. DE CONTA CORRENTE

Autorizacao de pagamento

☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**

No. BANCO 237 No. AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA)

No. CONTA-POUPANÇA

☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

No. BANCO 001 No. AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

No. CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

No. BANCO 341 No. AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

No. CONTA-POUPANÇA _____

☒ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

No. BANCO 104 No. AGÊNCIA 4874 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

No. CONTA-POUPANÇA 5075 - 5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

ATENÇÃO

- Não será possível efetuar o pagamento em Conta Salário (INSS), Conta Fácil da Caixa Econômica (Operação 023) ou Conta Conjunta quando o beneficiário não for o titular da conta;
- Não se esqueça de informar os dígitos da agência, caso o dígito exista, principalmente do Banco BRADESCO;
- Certifique-se de que a conta informada esteja ATIVA;
- Indique corretamente se a conta informada é POUPANÇA ou CONTA CORRENTE;
- Tenha SEMPRE um documento bancário para conferência de sua agência e conta. Um único dígito errado impedirá que o banco efetue o pagamento.

LOCAL UMBAU'BA/SE

DATA 1 1

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO/A Erinaldo da Silva



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL 3180360537	CPF da Vítima 041.675.085-08	Nome completo da vítima ERIVALDO DA SILVA
--	--	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ERIVALDO DA SILVA	CPF titular da conta 041.675.085-08	Profissão AGRICULTOR
Endereço R. III POVEDO PRU AMARELO	Número 171	Complemento CASA
Bairro ZONA RURAL	Cidade VARZEA	CEP 49260-000
Email	Estado SE	Telefone (DDD) 79/99648-4793

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

- ☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 4874	DIV 013	CONTA NRO. 5075	DIV 5
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO
AGÊNCIA NRO.	DIV
CONTA NRO.	DIV
(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

VARZEA, 04 de **DEZEMBRO** de 2018
Local e Data

Erivaldo da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário



Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL

POLÍCIA ON-LINE

**DELEGACIA DE POLÍCIA DE UMBAÚBA**

RODOVIA BR 101 CEP 49260000, CENTRO FONE:(0) 3546-1393

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2018/06600.0-000483

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLICIA DE UMBAÚBA

Endereço: RODOVIA BR 101 CEP 49260000, CENTRO FONE:(0) 3546-1393

Boletim de ocorrência



FATQ

Data e Hora do Fato: 26/06/2017 - 01:00 até 26/06/2017 - 01:00

Endereço: Número: Complemento: Próximo as lojas de veda de banco de cam CEP: 49260-000

Bairro: BR-101 Cidade: UMBAÚBA - SE Circunscrição: DELEGACIA DE POLÍCIA DE UMBAÚBA

Tipo de local: VIA PUBLICA **Meio Empregado:** NENHUM

ÚLTIMA NOTICIA

Nome: ERIVALDO DA SILVA

Nome do pai: RAIMUNDO LINO DA SILVA Nome da mãe: MARIA AUGUSTA DO CARMO

Pessoa: Física CPF/CGC: 041.675.085-08 RG: 31414036 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: CARIRA **Data de nascimento:** 05/07/1984 **Sexo:** Masculino **Cor da cútis:** Negra

Profissão: LAVRADOR Estado civil: Solteiro Grau de Instrução: 1º Grau Incompleto

Endereço: POVOADO DE PAU AMARELO Número: 131 Complemento:

CEP: 49.260-000 Bairro: Cidade: UMBAUBA UF: SE

Proximidades: MERCÉARIA SANIZA **Telefone:** (79) 99823-3384

HISTÓRICO

O noticiante informa que no dia 26 de junho de 2017, aproximadamente 01h transitava como passageiro da moto Honda Pop 110i de Placa QKY9899, cor vermelha, conduzida pelo proprietário Jose Domingos de Jesus Santos, RG 1278409 SSP SE; Que, por sofrer de Parada Cardíaca, passou mal e pediu para que o condutor parasse a moto; Que quando o condutor estava indo para o acostamento parar a moto ele caiu da moto e não lembra de mais nada; Que quando acordou já estava no hospital; Que, pelo que contaram, José Domingos e outro rapaz, que ele não conhecia, pegou ele, colocou no carro do rapaz e levaram para o hospital público de Aracaju, João Alves; Que nos dias que o noticiante ficou o hospital não houve despesa extra. Que depois que saiu de lá gastou com remédios, laudos e radiografias em torno de R\$ 5000,00, e mais R\$ 5000,00 com a cirurgia realizada no dia 05 de julho de 2017, pelo médico Jose Renato Teixeira de Castro no Hospital São José; Que o referido médico se recusou a dar o recibo ao paciente, alegando que, caso fornecesse o recibo, pagaria R\$ 2300,00 de imposto. O noticiante solicita o B.O. com a finalidade de acionar o seguro DPVAT.

Data e hora da comunicação: 20/06/2018 às 09:13

Última Alteração: 20/06/2018 às 09:13.

OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro: Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência da crime ou da contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

Erivaldo da Silva
ERIVALDO DA SILVA
Responsável pela comunicação

Thays Borges Freitas
Thays Borges Freitas
Responsável pelo preenchimento

[illegible]

24-Jul-2018 18:58 494338 M1



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL



DELEGACIA DE POLÍCIA DE UMBAÚBA

RODOVIA BR 101 CEP 49260000, CENTRO FONE: (0) 3546-1393

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2018/06600.0-000483

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE UMBAÚBA

Endereço: RODOVIA BR 101 CEP 49260000, CENTRO FONE: (0) 3546-1393

FATO

Data e Hora do Fato: 26/06/2017 - 01:00 até 26/06/2017 - 01:00

Endereço: Número: Complemento: Próximo as lojas de venda de banco de carro CEP: 49260-000

Bairro: BR-101 Cidade: UMBAÚBA - SE Circunscrição: DELEGACIA DE POLÍCIA DE UMBAÚBA

Tipo de local: VIA PUBLICA Meio Empregado: NENHUM

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: ERIVALDO DA SILVA

Nome do pai: RAIMUNDO LIND DA SILVA Nome da mãe: MARIA AUGUSTA DO CARMO

Pessoa: Física CPF/CGC: 041.675.085-08 RG: 31414036 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: CARIRA Data de nascimento: 05/07/1984 Sexo: Masculino Cor da pele: Negra

Profissão: LAVRADOR Estado civil: Solteiro Grau de instrução: 1º Grau Incompleto

Endereço: POVOADO DE PAU AMARELO Número: 131 Complemento:

CEP: 49.260-000 Bairro: Cidade: UMBAÚBA UF: SE

Proximidades: MERCEARIA SANIZA Telefone: (79) 99823-3384

HISTÓRICO

O notificante informa que no dia 26 de junho de 2017, aproximadamente 01h transitava como passageiro da moto Honda Pop 110i da Placa OKY0989, cor vermelha, conduzida pelo proprietário José Domingos de Jesus Santos, RG 1276409 SSP SE; Que, por sair da Parada Cardíaca, passou mal e pediu para que o condutor parasse a moto; Que quando o condutor estava indo para o acostamento parar a moto ele caiu da moto e não lembra de mais nada; Que quando acordou já estava no hospital; Que, pelo que contaram, José Domingos e outro rapaz, que ele não conhecia, pagou ele, colocou no carro do rapaz e levaram para o hospital público de Aracaju, João Alves; Que nos dias que o notificante ficou o hospital não houve despesa extra. Que depois que saiu de lá gastou com remédios, laudos e radiografias em torno de R\$ 5000,00, e mais R\$ 5000,00 com a cirurgia realizada no dia 05 de julho de 2017, pelo médico José Renato Teixeira de Castro no Hospital São José; Que o referido médico se recusou a dar o recibo ao paciente, alegando que, caso fornecesse o recibo, pagaria R\$ 2300,00 de imposto. O notificante solicita o B.O. com a finalidade de acionar o seguro DPVAT.

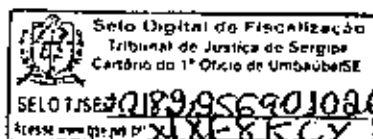
Data e hora da comunicação: 20/06/2018 às 09:13

Última Alteração: 20/06/2018 às 09:13

OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro: Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção, de um (1) mês a seis (6) meses, ou multa.

Erivaldo da Silva
ERIVALDO DA SILVA
Responsável pela comunicação

Thays Borges Freitas
Thays Borges Freitas
Responsável pelo preenchimento



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO	
Fernanda Mª Souza Serravallo Tabeliã	Certifico e dou fé que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido.
Albirlene Rodrigues Mendes Tabeliã Substituta	
COMARCA DE UMBAÚBA SERGIPE	
Umbaúba 23/06/18	
VALIDO MOMENTE COM OFÍCIO DE AUTENTICAÇÃO	

Erivaldo da Silva

ORTOPEDIA

LAUDO ENVIAL
PS - Aguardando
2

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1554084

DATA: 26/06/2017

HORA: 01:22

USUARIO: W6

CNS:

SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ~~ERIVALDO~~ DA SILVA **ERIVALDO DA SILVA** DOC....: 3140403-6
IDADE.....: 32 ANOS NASC: 05/07/1984 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: POV. PAU AMARELO NUMERO: 157
COMPLEMENTO....: 706002352880940 BAIRRO: ZOAN RURAL
MUNICIPIO.....: UMBAUBA UF: SE CEP...: -
NOME PAI/MAE...: RAIMUNDO LINO DA SILVA /MARIA AUGUSTA DO CARMO
RESPONSAVEL...: LUZIENE RIBEIRO DE ARAUJO-ESPOSA/SAMU TEL....: 79-99823.3
PROCEDENCIA....: UMBAUBA 384
ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

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

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

DADOS CLINICOS: Queda de moto lis + choque. Trauma pelo estrutura em
motocicla. Exame físico: A - vias aéreas permeáveis, B - ventilando bem
fe. B. Boa expansão bilateral torácica. C - pulso cheio, frígido, normocore-
do. D - ECG = 15 pontos E - dor + edema em perna D + antebraço D
ANOTACOES DA ENFERMAGEM: Nega alergia a medicamentos. R. B. B.
Comprovacao de ato declaratorio

DIAGNOSTICO: Poliframetismo

CID: 07

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1 Colar cervical
2 RL - rocuronium 42/100
3 SH 5000 UE - 01c - 1.45
4 Helel 1800 mg
5 Propofol venoso 100 mg + sal 1.15
6 Diprivena 20 mg + sal 1.15
7 Solução analgésica de pib-polia

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

HORA DA SAIDA:

[] EVASAO

[] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

EXAME DE RADIOLOGIA - HUSE
RECEBDO EM 26/6/17
AS
HORAS



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Clínica 24H Dr. José Nailson Moura

12
4

Urgência / Emergência

Data: 25/06/84
Hora: 21h29

Cartão do SUS: _____ RG: 3.948.403-6 Outros: _____
Paciente: Erivaldo da Silva
Data de Nascimento: 05/09/84 Idade: 30 (A) _____ (M) _____ Sexo: (M) ☒ (F) ☐
Endereço: Rua São Amador Nº 514
Cidade: Umbaúba Estado: SE
Filiação: Maria R. do Carmo Responsável: (Amiga)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM E EXAME FÍSICO:

Paciente refere que sofreu queda de moto. Apresenta
hematomas e sinais de fratura de tíbia (D).

Exame físico: LOTE, supinação, normalidade

Ligeira T.P.S. D.R.

Fernando Aguiar S. Junior
Enfermeiro
CREN-SE-189388

DIAGNÓSTICO: Lesão do antebraço de moto operatório fechado
com fratura exposta e repouso do antebraço
operatório fechado e repouso do antebraço
tubo com curativo interno

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO:

- A. Pielite
- B. assint. mto. dist. da
- C. av. ant. de. que

resposta: lesão com SF 9.9. (Abudato)

curativo + antiespasmódico

resposta: ponto simples

de contenção tendo o curativo interno.

ao exame: fratura exposta.

curativo com resb. de

curativo interno

Dr. Athos Vinicius
MÉDICO
CRM/SE 5445
1g + 9ml SFO/9.

DESTINO: FEITO. T.O.S.

Alta

Interno

Transferido

Óbito

Hora de Atendimento: _____

Data: _____/_____/_____

Erivaldo da Silva

Assinatura do Paciente

Assinatura do Profissional

DECCA: HOSPITAL SAO JOSE Data: 05/07/2017
ADMINISTRACAO DOS PACIENTES Hora: 07:56
Pagina: 01

PACIENTE

PRONT....: 132970 ATEND....: 1044576
DATA.....: 05/07/2017 HORA.....: 07:52
PACIENTE: ERIVALDO DA SILVA
RSP.INT.: GICELDA SANTOS DE FRANCA MATOS
RG.....: 31414036 SSP/SE CPF.....: 04167508508
SEXO.....: Masculino E.CIVIL.: SOLTEIRO
N.CAD.....: 1403237 IDADE....: 33
NASC.....: 05/07/1984
FILIACAO: RAIMUNDO LINO DA SILVA
MARIA AUGUSTA DO CARMO
NATURAL: CARIRA-SE NACIONAL: Brasileiro(a)
PROF.....: LAVRADOR
ENDERECO: POV CAMPINHOS
BAIRRO: Centro
CIDADE: Umbaúba UF: Sergipe
FONE.....: 79998009499

INTERNACAO

CONVENIO: TABELA I
Matricula: 000
GUIA(S/N):
CLINICA: Cirurgica
MEDICO.: JOSE RENATO TEIXEIRA DE CASTRO
LEITO...: APTO TIPO A- 110A
CID.: S822-Fratura da diáfise da tibia

RESPONSAVEL

NOME.....: NIVALDA DO CARMO
PARENTESCO.: IRMA
EST.CIV.: SOLTEIRO
NATURAL.: CARIRA-SE
NACIONAL.: Brasileiro(a)
CPF.....: RG.....: 36952982 SSP/SE
PROF.....:
FONE.....: (79) 9800-9499

Documentacao medico- hospitalar



El Tempo com de

Av. Joao Ribeiro, 846 Santo Antonio Aracaju -SE
tel. :2105-1000

□
UC:00

Data: 05/07/12 Hora:

Hora	Registro de Enfermagem
	Sotage 98% + placa de Sertum elétrica gel pimentado na veia periferica em MSR e Jelen: 184300m de espessura comum + exames de macrogata + exames de dois rios + S.R.L. de 500ml + placa de Sertum elétrica gel pimentado - em um halo mais fluído ao lado do eletrodo 36. Jelen 36.
15:30	Início da anamnese
15:40	Início da enfermagem
15:50	Admissão hospitalar + monitorização + delação p/ anestesista Dr. Cláudio F. Pinto
16:00	Paciente em monitorização monitorizada + oximetro de pulso em 120x80mmHg P-90 Sotage 99% + em uso de paracetamol + placa de Sertum elétrica s/intercorrência
16:20	Exame de ECG
16:30	Paciente bem acordado, calma, com enchimento adequado p/ SARA com a seguinte anestesia em uso de paracetamol + meios locais + nebulização + oxigenoterapia + exames de sangue + intercorrências
16:35	Paciente admitido na SARA calma, em uso de paracetamol, distal de oximetro, segue em observação de enfermagem
17:40	Paciente retirado do cubículo, orientado e colocado em uso de paracetamol
17:45	Paciente retornou do E.C. acordado, calma, com a seguinte resposta as solicitações verbais, em uso de oxigenoterapia em uso de paracetamol por S.V.P. segue com os MMII elevados mantendo bem quieto no momento.
18:00	Administrado medicação IV Keflin, Dipirona conforme prescrição segue em uso de oxigenoterapia por S.V.P. em acompanhamento de parâmetros vitais. Orientou o paciente. Sotage 98% PA 12x8mmHg, pulso 80, temp. 36.2
19:00	Paciente acordado em todo o tempo, com orientação verbalizando eufórico, alocado, com MMII elevados, uso de oxigenoterapia, mantendo bem quieto em companhia da família.
20:00	Administrado medicação claxone 400mg SC, conforme prescrição médica.

Edenise Braga Santos
Téc. de Enfermagem
COREN/SE 2400355

Márcia Cruz Santos
Aux. de Enfermagem
COREN/SE 647.299

Márcia Cruz Santos
Aux. de Enfermagem
COREN/SE 647.299

Edenise
671263

Edenise
671263

Serviço de Enfermagem - Registro Diário de Enfermagem - Internamento

Nome: <u>Emiliano de Silva</u>	Atend: _____	Leito: _____	Data: <u>26/07/17</u>
--------------------------------	--------------	--------------	-----------------------

[illegible]

Registro de Sinais Vitais

Hora	T (°C)	R (Mov. / Min.)	P (Mov. / Min.)	PA (mm / HG)	Assinatura
12:00	38.2			130 x 90	Carvalho
:					
:					
:					

Registro de Enfermagem

Hora	Registro de Enfermagem
07:00	Paciente em leito calmo, orientado coerente, hidratado, em uso de sonda nasogástrica em jejum, aspirado negativo. Em companhia do familiar. Com 05 mm 37 e leve maturação. Sem sinais de infecção.
07:30	Paciente aceita o banho de toalhas.
08:30	Paciente recebeu o banho e está o melhor orientado, coerente.
09:30	Realizado troca de sonda nasogástrica em jejum com bom funcionamento de dia 05-07.
10:30	Assinou o termo de responsabilidade.
11:35	Realizado exame de RX de tórax.
12:00	Administração de medicamentos de rotina com bom funcionamento de dia 05-07.
12:20	Paciente aceita a dieta.
12:40	Paciente em leito calmo, orientado.



ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL
COORDENADORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR



DELEGACIA MUNICIPAL DE POLÍCIA CIVIL DE PORTO DA FOLHA/SE

Ofício nº. 173/2018
REF: **Prontuário Médico**

Umbaúba/SE, 04 de junho de 2018.

Ao Ilmo. Sr. Diretor do
HOSPITAL MUNICIPAL DE UMBÁUBA

Ilmo. Sr. Diretor,

Cumprimentando-o cordialmente, colho do presente expediente para, com o escopo de fundamentar procedimento judicial em andamento, requerer o Prontuário de Atendimento do paciente **ERIVALDO DA SILVA**, RG 3.141.403-6 SSP/SE ora atendido nesta Unidade de Saúde.

Sem mais para o momento, reitero os protestos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,

Cleberton Freitas Barreto
Escrivão de Polícia Civil



ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE UMBAÚBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FORMULÁRIO PARA REFERÊNCIA HOSPITALAR

UNIDADE DE ORIGEM: <u>UPE Umbaúba</u>	FUNÇÃO: <u>LICENCIADO</u>
RESPONSÁVEL PELO CONTATO: <u>Dr. H. H. O.</u>	
HOSPITAL DE DESTINO: <u>RUSE</u>	FUNÇÃO: <u>11/11/11</u>
PROFISSIONAL CONTACTADO: <u>Dr. RUIZ P. S. S.</u>	
DATA: <u>11/11/11</u>	HORÁRIO: <u>22:10</u>

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: <u>Carvalho da Silva</u>	ESTADO CIVIL: <u>casado</u>
DATA NASC: <u>05/02/1971</u>	SEXO: () MASC () FEM
PROFISSÃO: <u>Trabalhador Rural</u>	
ENDEREÇO: <u>Umbaúba</u>	
RESPONSÁVEL: <u>Adriana Ribeiro de Souza</u>	

DADOS CLÍNICOS / HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

Paciente vítima de queda de altura há alguns dias, apresentando sintomas em MM II (D) com dor, inchaço e dificuldade de movimentação. Após alguns dias de medicação.

EXAMES REALIZADOS (informar resultados ou anexar cópias)

Exames de urina, sangue, fezes e líquido cefalorraquidiano e radiografia de MM II (D) anexados.

TRATAMENTOS REALIZADOS (descrição, drogas e doses e/ou anexar cópia de evolução/prescrição)

Tratamento Abundante com SF 0,9% (3litros) + analgesia e anti-inflamatório local. Realizado sutura de 1 ponto simples no tornozelo devido a sangramento ativo. Prescrição: TELA compressa e MM II (D).
Prescrição: morfina 10mg (1ml) e CEFALOTINA 1g/10ml + 90ml de SF 0,9%.

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: Atendimento ortopédico

CONDIÇÃO DO TRANSLADO () AMBULÂNCIA COM ENFERMAGEM () AMBULÂNCIA COM MÉDICO

SOLICITANTE

Dr. Athos Vinicius
MÉDICO
CRM/SE 5445

OBSERVAÇÕES

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Erivaldo da Silva
DATA DA ENTRADA: 26/06/2017
DATA DA SAÍDA: 28/06/2017

INTERNAMENTO: PS (☒) ENFERMARIA (☒) UTI (☐)

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente vítima de acidente motociclístico, deu
entrada no HUSF, leito de emergência, hemodinam-
icamente estável, apresentando fratura
da tíbia distal. Foi suturado no Hospital de
origem.

Realizou radiografias, foi medicado e internado
sendo avaliado pelo cirurgião geral e
ortopedista.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

Radiografias

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Valfredo Tavares - CRM 5254
Dr. Marcos Kroeger - CRM 1993
Dr. Agenor Vilar Neto - CRM 3352

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

ARACAJU, 13 de Novembro de 2017

Yelma

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO/SAME/HUSF

Dra. Selma T. da C. Mendonça
Paciente
CRM 1532



HOSPITAL SÃO JOSÉ ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, o pedido, que o (a) Sr (a) _____

ERISVALDO DA SILVA

(Ident. ou registro)

foi atendido(a) _____

HOSPITAL SÃO JOSÉ

(clínica ou serviço)

do _____

no dia *06, 07, 2017*, às _____ horas, necessitando de *180* *Contínuo*

(por extenso)

dias de repouso, por motivo de doença.

CID _____

*Paciente em repouso de Fratura Fechada
Cominada da Tibia e Fíbula com fratura
distal CID S82.2.*

Assinatura do paciente ou responsável

Renato Teixeira CRM 144.444 - 06.07.2017

Ortopeda - Traumatologia

Local e data

Assinatura do Médico/Odontólogo

(carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)

NOTA - Este atestado é válido para finalidade previstas no artigo 27 da CLPS, aprovado pelo decreto nº 89.312 de 23/01/84, e resolução CFM-1190/84 e será expedida para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.



Data: 20/07/2017

Hora: 15:52

Atendimento 1047494
Nome ERIVALDO DA SILVA
Tp. Atend Externo
Endereço POV CAMPINHOS UMBAUBA -SE

Data 20/07/2017 10:27:00
Convênio Tabela I
Med. Sol:
Dt. Nasc: 05/07/1984

PERNA**Resultado:**

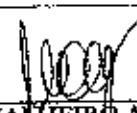
Direita

Tala gessada

Placa e parafusos (4) para tratamento de fratura oblíqua no terço distal diafisário tibial. Eixo ósseo regular.

Segmento proximal tibial e fibular não visibilizado totalmente na incidência obtida.

Fratura irregular/em espiral na porção proximal diafisária fibular.



Dr. MARCIA CAVALHEIRO ALVES
CRM-2880



50 ANOS

Evoluindo com saúde!

HOSPITAL SÃO JOSÉ

RECEITUÁRIO

Paciente: Fernando da Silva

4 Amoxicilina — 200mg

450.000 — 10/10/2013

9 Amoxicilina — 200mg

450.000 — 10/10/2013

7 Amoxicilina — 600mg

1x4x

Renato Teixeira CRM 1450
Ortopedia e Traumatologia

Data: 06/07/2013 Médico - CRM

Av. João Ribeiro, 846 — Santo Antônio — Telefax: (79) 2105-1000
Aracaju - Sergipe

→ No F5M2

→ Músculo do 1º Clavícula

→ 8 Fibras de 45mm

99813.5733.

4. Rótulos do Coração

2-9-5-84.12.1.

→ Exatidão da Coração

→ No 1º do Coração

→ Atenção

→ 84.12.1. 84.12.1.

→ 84.12.1. 84.12.1.

→ 84.12.1. 84.12.1.

Rótulos do 17/08/2013

2.4.12

10000

Renato Teixeira CRM 1450
Ortopedia e Traumatologia



ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL
COORDENADORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR



DELEGACIA MUNICIPAL DE POLÍCIA CIVIL DE PORTO DA FOLHA/SE

Ofício nº. 173/2018
REF: **Prontuário Médico**

Umbaúba/SE, 04 de junho de 2018.

Ao Ilmo. Sr. Diretor do
HOSPITAL MUNICIPAL DE UMBÁÚBA

Ilmo. Sr. Diretor,

Cumprimentando-o cordialmente, colho do presente expediente para, com o escopo de fundamentar procedimento judicial em andamento, requerer o Prontuário de Atendimento do paciente **ERIVALDO DA SILVA**, RG 3.141.403-6 SSP/SE ora atendido nesta Unidade de Saúde.

Sem mais para o momento, reitero os protestos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,

Cleberton Freitas Barreto
Escrivão de Polícia Civil

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RECEIVED GENERAL INVESTIGATIVE DIVISION
JUN 14 1964

2.4.4

0679

29/05/2013

NOTE

65715 W 30TH AVE

Placido

[illegible]

WILLIAMS & SON

WATSON

35-61150

REVISED 2000

CT. 12319 LV 1314 FL 311

COAST, DIST. CT. OFFICE,

041.675-135-03

SECRET

LEI Nº 7170 DE 2013

Documentos de Identificacao



Ernesto da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

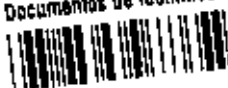
CARTÃO DE IDENTIDADE

Erivaldo da Silva




REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
SECRETARIA DE SEGURANÇA
COORDENADORIA GERAL DE IDENTIFICAÇÃO
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - I.D. (CARTÃO DE IDENTIDADE)

Documentos de identificação



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	3.141.403-6	2. VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	20/05/2013
NOME				
ERIVALDO DA SILVA				
FILIAÇÃO				
RAIMUNDO LINO DA SILVA				
MARIA AUGUSTA DO CARMO				
NATURALIDADE			DATA DE NASCIMENTO	
CARIRÁ-SE			05/07/1984	
DOC ORIGEM				
CT. NASCIM. NR. 12319 LV 0014 FL 310				
CPART. DIST. COM. CARIRÁ/SE				
041.675.085-08				
 ASSINATURA DO TITULAR				
LEI Nº 7.116 DE 20/08/83				

De: Jose Carlos

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, **em medida extrema exceção**, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa **medida de exceção é válida** somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail : jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Lider, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential, its contents do not constitute a commitment by Seguradora Lider except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Lider. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Frões
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP: 20011-904