

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: 27/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDERSON ARISTIDES SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02215

CONTA: 000000029892-8

Nr. da Autenticação 35D69125F88A9CA3

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200048489 **Cidade:** Rosário do Catete **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON ARISTIDES SANTOS **Data do acidente:** 12/04/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 1º QUIRODÁCTILO A ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DA MÃO DIMINUÍDA (+++/+5), PRESENÇA DE TUMORAÇÃO NA FALANGE PROXIMAL DO 1º QUIRODÁCTILO E 1ª ARTICULAÇÃO METACARPO FALANGEANA (CALO ÓSSEO), DOR CREPITAÇÃO E BLOQUEIO NO 1º QUIRODÁCTILO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO E ROTAÇÃO DO 1º QUIRODÁCTILO E DA CAPACIDADE DE PINÇAMENTO DO 1º QUIRODÁCTILO.

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO DEDO POLEGAR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/02/2020

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

ANDERSON ARISTIDES SANTOS
POV RIRUNGA, 102 / BR 121 - JARDIM RURAL
CAROLAI/MS CEP: 4870000 (pau 943)

Ligação: MONOFÁSICA
Sig/Soc: RES MTC 81 / RESIDENCIAL - BARRA VERDE
Referência: 15.380.461 - 5595 Referência: Fev/2019
Medidor: 46029718760 Gênero: 22/02/2019



SANITÁRIA SERGIPE S/A ENERGISA SA
Núcleo Operacional 4893-21 - Pólo de Baurista
Inscrição: 08-15942421-000
CPF: 13.017.403/0001-02 Inscrição: 07-070707-006
Nota Fiscal/Conta de Energia: 010011291142
Cód. para DDD Automático: 0910521238

Atendimento ao Cliente ENERGISA 08000 79 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPE/ CNPJ/ RANI
Fev/2019	22/02/2019	25/03/2019	079.919.919-02

UC (Unidade Consumidora): 3/1053193-8

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 12.438, de 28 de abril de 2012

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura			
24/11/18	1870			27
Demonstrativo				
Código Descrição				
Código Descrição				
0801	Consumo de 330V/100A	9.41	0.00	0.00
0801	Consumo de 330V/100A	9.41	0.00	0.00
0810	Consumo de 330V/100A	16.12	0.00	0.00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807	CONTRIBUIÇÃO FISCAL	9.46	0.00	0.00
0808	Despesa Suplente	17.40	0.00	0.00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 26.02 0.00 0.00 26.02 0.00 1.16
Tarifa de Transmissão Atividade 0.119320 Atividade 0.087140

Média últimos meses (kWh) 27
VENCIMENTO 01/03/2019
TOTAL A PAGAR R\$ 26,69

Histórico de Consumo (kWh)

69	64	62	61	60	59	58	57	56	55	54	53
Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Sep/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19

RESERVADO AO FISCAL
638c.c98c.38a9.dc8a.f2b9.c98e.e7ea.f901.

Indicadores de Qualidade				15/02/2019 - 14/03/2019		
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminações	Valor (R\$)	%
DITENSÃO	11,00	0,00	NORMAL	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00		Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00	0,00	CONTROLE	Serviço de 24h de atendimento	0,00	100,00
DITENSÃO	11,00					



RELATÓRIO MÉDICO

Fundação
Hospitalar
de Saúde

NOME DO PACIENTE: Anderson Aristides Santos
DATA DA ENTRADA: 16/04/19
DATA DA SAÍDA: 16/04/19

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:

Doi na mão esquerda e dorciúla direita após trauma há 4 dias. Foi avaliada pelo ortopedista que solicitou Radiografias de ambas as mãos constatando fratura de falange proximal esquerda do polegar. Foi instituído como conduta tala no polegar esquerda.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

Radiografia mão esquerda AP + Oblíqua
Radiografia da dorciúla direita AP

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Luiz Carlos Lopes (Ortopedista)

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

ARACAJU, 25 de 06 de 2019

Nilson dos Santos Exen

Dr. Nilson Exen
Clínica Médica
CRM 3612

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA

EPIDEMIOLÓGICA

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES DE SOUZA

DATA DE ENVIO: 16/04/2019

No. DO BE: 1893287

DATA: 16/04/2019

HORA: 12:30

USUARIO: FREDOLIVEIR

CNS:

SETOR: 05-ORTOPEDIA

NOME : ANDERSON ARISTIDES SANTOS

IDADE : 33 ANOS NASC: 14/12/1985

ENDERECO : POVOADO PIRUNGA

COMPLEMENTO : 708704131981398

MUNICIPIO : CAPELA BAIRRO: ZONA RURAL

NOME PAI/MAE :

RESPONSAVEL : O PROPRIO

PROCEDENCIA : CAPELA

ATENDIMENTO : TRAUMA

CASO POLICIAL : NAO

ACID. TRABALHO : NAO

PLANO DE SAUDE : NAO

VEIO DE AMBULANCIA : NAO

TRAUMA : NAO

PA : [] X mmHg]

PULSO : []

TEMP. : []

PESO : []

EXAMES COMPLEMENTARES :

[] RAIO X

[] SANGUE

[] URINA

[] TC

[] LIQUOR

[] ECG

[] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS :

DATA PRIMEIROS SINTOMAS : 16/04/2019

ANOTACOES DA ENFERMAGEM :

DIAGNOSTICO :

PRESCRICAO

CID :

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA :

ALTA : [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

[] EVASAO

HORA DA SAIDA :

[] DESISTENCIA

ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR) :

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE) :

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

[] FAMILIA

[] IML

[] ANAT. PATO

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA

TIMBO DO MEDICO

EXAME DE LABORATORIO - ROSE

REALIZADO EM 16/04/19

HORAS

12:38

HUSE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

**FICHA DE ATENDIMENTO**

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - SISTEMA DE MANDHESTER

NOME DO PACIENTE (Sem abreviações):

REGISTRO:

IDADE:

ETNIA:

DATA: ____/____/____

DATA DE NASCIMENTO

NOME DA MÃE:

HORA:

SITUAÇÃO / QUEIXA:

Tela aritmica + polega

Márcio de Farias Alves
 Ortopedia e Traumatologia / Carga de João
 CRM / SE 3407 TEOT 13874

FLUXOGRAMA:

DISCRIMINADOR:

ALERGIAS (MEDICAMENTOS E ALIMENTOS):

	VERDE	AMARELO		
	MUITO URGENTE	URGENTE	POUCO URGENTE	NÃO URGENTE
0 MIN	10 MIN	60 MIN	120 MIN	240 MIN

OBSERVAÇÃO:

DESTINO / ENCAMINHAMENTO:

ENF.:

COREN:

ASSINATURA:

COORDENADOR:

DATA: ____/____/____

HORA: ____ h

RECLASSIFICAÇÃO PARA A PRIORIDADE:

ENF.:

COREN:

DISCRIMINADOR

às ____ h ____ min

CONFIRMADA IDENTIFICAÇÃO COM O PACIENTE / FAE / PULSEIRA? (S/N)

COLOCADA PULSEIRA? (S/N)

EM QUAL MEMBRO? (PULSO E / PULSO D / TORNOZELO E / TORNOZELO D)



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE
PRONTO SOCORRO
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE RETORNO DO HUSE -
TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURAS

PACIENTE: Anderson Aristides Santos IDADE: _____

DIAGNÓSTICO: Fratura de falange polegar

PROCEDIMENTO REALIZADO NA URGÊNCIA: Tala antibráquial
palmar

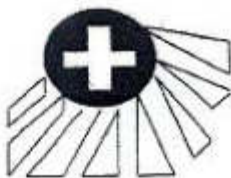
AGENDAR CONSULTA DE RETORNO PARA 15 DIAS.

Marcio de Farias Alves
Ortopedia e Traumatologia / Cargo de Jefe
CRM/SE 3407 TEOT 13974

ARACAJU-SE, 10, 2019

MÉDICO ORTOPEDISTA RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO NO PRONTO SOCORRO

- AGENDAR CONSULTA DE RETORNO NO AMBULATÓRIO DE RETORNO DO HUSE DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA DAS 7 AS 17 HORAS.
- LEVAR TODAS AS RADIOGRAFIAS FEITAS NO DIA DE ATENDIMENTO NO PRONTO SOCORRO PARA A CONSULTA DE RETORNO NO AMBULATÓRIO.
- TELEFONE: 3234-3412



ASSOCIAÇÃO DE CARIDADE DE CAPELA

HOSPITAL "SÃO PEDRO DE ALCÂNTARA"

FUNDADO EM 18.10.1897

Praça Adroaldo Campos, 68 - Centro - CEP: 49.700-000 - Capela-SE
Tel: (79) 3263-1237 / Fax: (79) 3263-1434 - e-mail: assocaridadecapela@ig.com.br

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO E 1º ATENDIMENTO

CARTÃO SUS Nº -

REGISTRO Nº 1054-44/19

DATA DA ADMISSÃO: 13/04/16

HORA: 02:02

Nome:	ANDERSON ANDRÉ TIRES SANTOS		Idade:	33 AN.	
Sexo:	Masculino (☒)	Feminino (☐)	Cor:		
Data de Nasc:	14/12/1985	RG:	31845342	SSP:	SE
Filiação	Pai: MARIANO AUXILIADOR SANTOS TELLES				
Mãe:	MARIA AUXILIADOR SANTOS TELLES				
Endereço:	RUA DA PIAUVA, 111A - PONTA DA PIAUVA				
Cidade:	Capela	Telefone:	3299-2742		
Responsável pelo Paciente:	O MESMO				
Grau de Parentesco:	Telefone do Responsável:				
Endereço do Responsável:					
Médico Responsável:	DR. JOSÉ MOTA				
Diagnóstico:	Clon. Lins. Br. V. 20				

DATA / HORA

ANAMNESE E EVOLUÇÃO MÉDICA

Clon. Lins. Br. V. 20

obs. Clon. Lins. Br. V. 20

DATA / HORA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO DAS MEDICAÇÕES

13/4/16

2:02

Dr. José Mota
CRM-SE 1744 - CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
CPF: 071.001.544.51

Profund. 1/4 02/15

EXAMES SOLICITADOS:	RX (☐)	ULTRASSONOGRAFIA (☐)	LABORATÓRIO (☐)
DESTINO			
INTERNAÇÃO: (☐)	OBSERVAÇÃO: (☐)	TRANSFERÊNCIA: (☐)	
ALTA: 12/4/16	HORA: 02:15	ÓBITO: / /	HORA:

Central de Regulação

AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

Nº Chave: 16092

RG: 3184-534-7



Nome
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE CAPELA

CNES
6234275

Operador
NILSONCAP

Nome
LABCLIN
Logradouro
RUA SIQUEIRA DE MENEZES, nº 402, bairro: CENTRO
Profissional Executante
VANESSA PESSOA NAVARRO

CNES
2612429
Município
CAPELA
Data e Hora do Atendimento
20/09/2019 07:00:00

Telefone
32632010998

Nome do Usuário
ANDERSON ARISTIDE S SANTOS

CNS do Usuário
708,7041,3198,1398

CPF
016.919.915-92
Telefone
99675-8686

Endereço
PRAÇA MANOEL CARDOSO SOUZA 25, S/N - Complemento: CENTRO, CAPELA - SE - CEP: 49700-970

Data de Nascimento	Sexo
14/12/1985	MASCULINO

Idade
33

Foto

Nome da Mãe
MARIA AUXILIADORA SANTOS TELES

Nome do Pai
SEM INFORMAÇÃO

UF de Nascimento	Naturalidade
SE	CAPELA

CNS do médico solicitante

Nome do médico solicitante
AAA SER DEFINIDO NO LOCAL

Diagnóstico inicial

OUTROS EXAMES E INVESTIGAÇÕES ESPECIAIS DE PESSOAS SEM QUEIXA OU DIAGNÓSTICO RELATADO

Procedimientos Solicitados

Código
0302050027

Quantidade
10

**** Sem aviso a exibir ****

Seção 1
Análise de dados
Análise de dados

Assinado Eletronicamente por: AAA SER DEFINIDO NO LOCAL

Ficha impressa pelo operador NILSONCAP em 15/08/2019 14:07:43

[EXPORTAR CSV \(Google Sheets\)](#) [EXPORTAR CSV \(Microsoft Excel\)](#)



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



Fundação
Hospitalar
de Saúde

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE (HUSE)

RECEITUÁRIO

PACIENTE:

Anderson Antides Santos

Flancox 35.00
500 mg

012

uso. oral, 01 comp. de

12/12h

Márcio de Farias Alves
Ortopedia e Traumatologia / Grupo de Joelho
CRM/SE 3407 TEOT 13874

DATA 18/04/19

MÉDICO (Assinatura e Carimbo)



GOVERNO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



Fundação
Hospitalar
de Saúde

AMBULATÓRIO DE RETORNO DO HUSE

RECEITUÁRIO

PACIENTE: _____

Relatório Médico
Exame físico: normal
Exame de urina: normal
Exame de sangue: normal
Exame de fezes: normal

CS

CS 8: 362.5

DATA 13/6/19

Dr. Mário Costa Vieira Filho
Oncologia e Tumorologia
CRM 4257 / CBO 16697

MÉDICO (Assinatura e carimbo)

AMBULATÓRIO DE RETORNO DO HUSE

RECEITUÁRIO

PACIENTE: Anderson Lustosa Sfs

Solicitado:

- F-sintetizada Mefen — Lorazepam
(Máscara 100mg @)

CZ 8: 562.6.

DATA / /

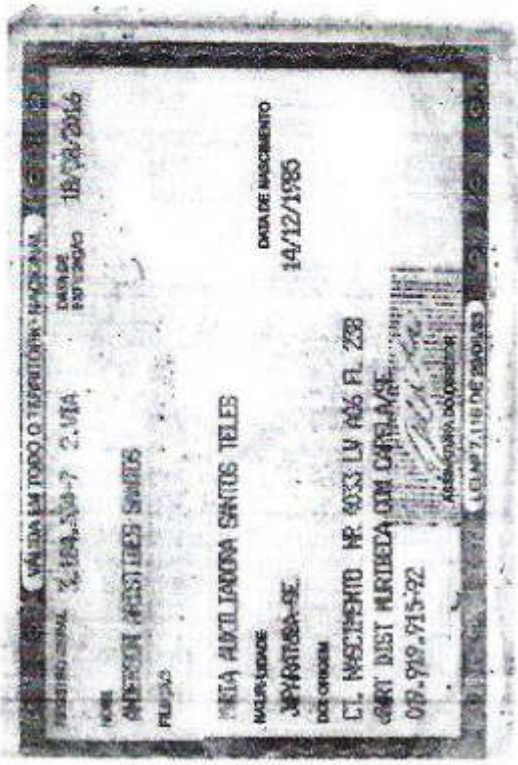

MÉDICO (Assinatura e Carimbo)

Atend.	392885	Codigo	193735
Senha	I3A979HY	Idade :	33 ano(s)
Data	26/09/2019 07:36:41 BRT	Conv.	SUS
Profissão		Escol.	
Nome	ANDERSON ARISTIDES SANTOS	Atend	eliana
Data Nasc.	14/12/1985		

Grupo - Fisioterapia S
Executante - LABORATÓRIO S

Guia	Codigo	Procedimento	Observação	Pend	Entrega
16092	030205002-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS		NÃO	27/09/2019
16092	030205002-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS		NÃO	27/09/2019
16092	030205002-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS		NÃO	27/09/2019
16092	030205002-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS		NÃO	27/09/2019
16092	030205002-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS		NÃO	27/09/2019
16092	030205002-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS		NÃO	27/09/2019
16092	030205002-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS		NÃO	27/09/2019
16092	030205002-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS		NÃO	27/09/2019
16092	030205002-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS		NÃO	27/09/2019
16092	030205002-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS		NÃO	27/09/2019

Total Geral 10.00 itens



SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

Eu, ANDERSON ARISTIDES SANTOS. Venho através desta, solicitar o pedido de perícia médica do meu processo, o qual sofri lesões que me deixaram com sequelas definitivas, como consta na documentação em anexo, sendo assim, **estou a disposição para ser avaliado por uma perícia médica para uma melhor avaliação das minhas sequelas.** Desde já agradeço !

Contatos: 079 99606-3112 / 079 99989-1177

Aracaju/se, 29/01/2020

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0445054/19

Vítima: ANDERSON ARISTIDES SANTOS

CPF: 019.919.915-92

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 12/04/2019

Titular do CPF: ANDERSON ARISTIDES SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANDERSON ARISTIDES SANTOS : 019.919.915-92

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/12/2019
Nome: ANDERSON ARISTIDES SANTOS
CPF: 019.919.915-92

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/12/2019
Nome: WILLIANS SANTOS DE FREITAS
CPF: 044.100.755-43

ANDERSON ARISTIDES SANTOS

WILLIANS SANTOS DE FREITAS

Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200048489

Vítima: ANDERSON ARISTIDES SANTOS

Data do Acidente: 12/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDERSON ARISTIDES SANTOS

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

Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200048489

Vítima: ANDERSON ARISTIDES SANTOS

Data do Acidente: 12/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANDERSON ARISTIDES SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Rio de Janeiro, 05 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200048489

Vítima: ANDERSON ARISTIDES SANTOS

Data do Acidente: 12/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDERSON ARISTIDES SANTOS

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da

mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: ANDERSON ARISTIDES SANTOS

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000002215

Conta: 0000029892-8

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 09.919.915.92 4 - Nome completo da vítima: Anderson Antônio Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2016

5 - Nome completo: Anderson Antônio Santos 6 - CPF: 09.919.915.92
7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2215 CONTA: 29892 AGÊNCIA: CONTA:

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Imprensa digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 25/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200048489
Nome do(a) Examinado(a): Anderson Aristides Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Pov Pirunga, 100 Br 101
Area Rural Capela SE CEP: 49700-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 3184534-7
Data local do acidente: [12/04/2019]
Data local do exame: [14/02/2020] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 1º QUIRODÁCTILO A ESQUERDA.

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA EM FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 1º QUIRODÁCTILO A ESQUERDA

Complicações: BLOQUEIO NO 1º QUIRODÁCTILO, RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS COM PERDA DA CAPACIDADE DE PINÇAMENTO DO 1º QUIRODÁCTILO.

Data da Alta: 12/04/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DA MÃO DIMINUÍDA (+++/+5), PRESENÇA DE TUMORAÇÃO NA FALANGE PROXIMAL DO 1º QUIRODÁCTILO E 1ª ARTICULAÇÃO METACARPO FALANGEANA (CÁLO ÓSSEO), DOR CREPITAÇÃO E BLOQUEIO NO 1º QUIRODÁCTILO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO E ROTAÇÃO DO 1º QUIRODÁCTILO E DA CAPACIDADE DE PINÇAMENTO DO 1º QUIRODÁCTILO.

- IV. Nexa de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DÉFICIT FUNCIONAL GRAVE EM 1º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

DEDO POLEGAR - Lado Esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio ☒ (X) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Manoel Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827