

# 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: 05/06/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DOUGLAS PEREIRA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02382

CONTA: 000000034468-6

---

Nr. da Autenticação F7693BF7C66985A2



## DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FUSCO

NUCLEO HOSPITALAR DE

No. DG BE: 1053725

DATA: 10/09/2014

HORA: 11:57

USUARIO: AJPSANTOS

CNS:

SETOR: 05-ORTOPEDIA.

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : DOUGLAS PEREIRA SANTOS

IDADE.....: 32 ANOS

NASC: 22/03/1982

ENDERECO.....: RUA F 9

BAIRRO: SOCORRADO

MUNICIPIO.....: ARACAJU

NCME PAI/MAE..: NIVALDO

RESPONSAVEL...: O PROPRIO

PROCEDENCIA...: ARACAJU - CAPITAL

ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)

CASO POLICIAL.: NAO

PLANO DE SAUDE.....: NAO

TRAUMA: NAO

ACID. TRABALHO: NAO

VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

EXAMES COMPLEMENTARES:    ☐ RAIOS X            ☐ SANGUE            ☐ URINA            ☐ TC  
                                 ☐ LIQUOR            ☐ ECG                ☐ ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: ☐ SIM ☐ NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:        /        /

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

## PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAC

DATA DA SAIDA:     /     /

ALTA: ☒ DECISAO MEDICA ☐ A PEDIDO

[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: ☐ ATE 48HS ☐ APÓS 48HS

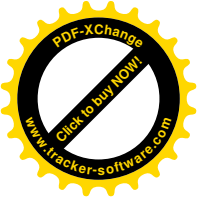
2021

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

RADIOLOGY 75.9.11R

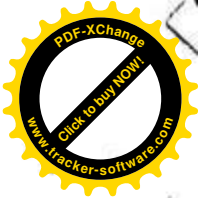
→ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840,



Grupo Brasileiro de Classificação de Risco		Registro Paciente		Data: / /		Idade		anos	
Ficha de Classificação de Risco		Nome:		Sexo:		Data nascimento		Data	
Chegada		( ) Menos próprios		( ) SAMU		( ) Corpo Bombeiros			
Classificação de Risco									
Fluxograma:		Discriminador:							
Glucemia:		mg/dl		Escala de Coma de Glasgow:		Pulso:		bpm ( ) regular ( ) irregular	
Saturação:		SaO <sub>2</sub> % ( ) A.A.c ( ) O <sub>2</sub>		Temp: °C		Dor:		PA: mmHg	
Prioridade Clínica:		( ) Emergente ( ) Muito Urgente ( ) Urgente ( ) Pouco Urgente ( ) Não Urgente		Observação:					
Reclassificação:		Prioridade:		( ) Emergente ( ) Muito Urgente ( ) Urgente ( ) Pouco Urgente ( ) Não Urgente					
Fluxo interno									
Classificador		Hora fim CR							

SABEMI SEGURADORA S/A.  
24 FEV 2015  
RIO DE JANEIRO





# ENCAMINHAMENTO

## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE



### AGENDAMENTO CIRÚRGICO - ORTOPÉDICO

ENCAMINHO O PACIENTE: Dieuglo Pereira Santos

PARA REALIZAR CIRURGIA ORTOPÉDICA DE: fratura  
radio D

NO HOSPITAL Cirurgia - AV. Desembargador Ruyres  
~~XADATA~~ Preceção infª Luciane, gestão  
de leitos.

ORIENTAÇÕES: Entrada UVA.

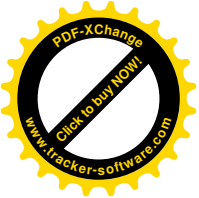
~~2º - Chegar ao Hospital na data mencionada às 16:30 da manhã em 15/11/14  
to para ser atendido em casa, um dia anterior da data cirúrgica a partir  
das 23:00hs);~~

~~3º - Levar os exames pré-operatórios necessários: RX da fratura, ECG, Eco  
(quando acima de 60 anos), Hemograma, Coagulograma, Ureia e Creatinina.~~

10/09/14

Rosária Regier  
SECRETÁRIO DE AGENDAMENTO CIRÚRGICO





FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

NOME: ELUCIAS PEREIRA SANTOS

RELATÓRIO MÉDICO

O PORTUARIADO COM  
MAFUSADO DE FRAUSAS  
CABEÇA DO RABIDO DA RES-  
H. DO MAT. G. W. G. W. W. W. W.  
15/05/14, DNAL -  
M. W. R. R. R. R. R. R. R. R. R.

CID: S-SW

*[Handwritten signature]*

Dr. Antonio E. Lora Arce  
Fisioterapia - Ortopedia  
CREA 2003 - TEOT 6324

Av. Desembargador Maynard, nº 174 - tel.: 2106-7312  
CEP - 49005-210 - Aracaju - SE

MOD-022 HCAL

24 FEV 2015

RIO DE JANEIRO

NOME: \_\_\_\_\_

*Neufan Lima Sá*

**RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR**

1- ADMISSÃO:

*15/09/14*

2- CIRURGIA:

*15/09/14*

3- ORTOPEDISTA:

*Curion Lima*

REVISÃO:

*109/14*

Hora:

**AMBULATÓRIO DE ORTOPEDICA**

**Hospital de Cirurgia**

LIGAR: 2106 7324

4- ORTOPEDISTA

*Curion Lima*

CID10:

*S520*

☒ Curativo diário no posto de saúde

☒ Retirar os pontos com 15dias

☒ Fazer uso dos medicamentos

☒ Não pisar até ordem médica

☒ Não cruzar as pernas até ordem médica

☒ Não tirar tipóia até ordem médica

☒ Se necessário, pegar relatório na 1ª revisão

☒ Retornar a unidade de saúde em caso de

anormalidades



ATESTADO



Atestamos para os devidos fins que o(a) Senhor(a) *Neufan Lima Sá* impossibilitado(a) de exercer suas atividades laborativas por um período de *30 (trinta) dias* por motivo de *S520* a partir desta data.

Aracaju/SE, *15/09/14*

*[Signature]*





PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE NÚCLEO  
DE CONTROLE, AUDITORIA, AVALIAÇÃO E  
REGULAÇÃO

281410061426-0

UNIDADE

NUCCAR

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Nº D

808850

843324

Nº DO LAUDO

Nº DO LAUDO SUPLEMENTAR:

Nº DO CARTÃO SUS OU CPF:  
700404944590343/30885040880

DADOS DO ATENDIMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE

UNIDADE DE ORIGEM

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

CÓDIGO DA UNIDADE

CNPJ

13.016.332.0001-06

UNIDADE DE DESTINO

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

CÓDIGO DA UNIDADE

CNPJ

13.016.332.0001-06

DADOS DO PACIENTE

NOME DO(A) PACIENTE

DOUGLAS PEREIRA SANTOS

NOME DA MÃE

IREDA PEREIRA SANTOS

NATURALIDADE(CIDADE/UF)

ARACAJU

ENDEREÇO(RUA,Nº,BAIRRO)

CAB. VALBERTE DIAS SOARES BLOCO 11 AP 204, São

Conrado

DOC. DE IDENTIDADE/ÓRGÃO EMISSOR  
337566203 SSP/SE

MUNICÍPIO ONDE RESIDE

ARACAJU / SE

DATA DO

NASCIMENTO

22/03/1982

SEXO

MASCULINO

CEP

49040000

DADOS DA INTERNAÇÃO

DATA

HORÁRIO

CARÁTER

TIPO LEITO

LEITO

ENFERMARIA

C.P.F. DIRETOR CLÍNICO  
6.949.550.553-4

15.03

04:34

URG

OS

04

04

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRAQUEZA CABEÇA DOIDA CI DEHA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

112 + quadro clínico

PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO INICIAL(Suspeita Diagnóstica)

FRAQUEZA CABEÇA DOIDA

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Procedimento para coleta de líquido

CID 10(do diagnóstico final)

S52.0

DIAGNÓSTICO FINAL (Responsabilidade do Médico que acompanha o paciente)

FRAQUEZA CABEÇA DOIDA

DATA DA EMISSÃO DO LAUDO

15/03/14

CPF DO MÉDICO QUE SOLICITA O PROCEDIMENTO

60981010.30

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

640802041-5

Médico que Solicita a  
Internação(Assinatura e Carimbo)

CLÍNICAS

☒ 1-CIRÚRGICA

☐ 2-OBSTÉTRICA

☐ 3-CLÍNICA MÉDICA

☐ 4-CUIDADOS PROLONGADOS

☐ 5-PSIQUIÁTRICA

☐ 6-TSOPNEUMO

☐ 7-PEDIÁTRICA

☐ 8-REABILITAÇÃO

SIS/PRÉ-NATAL

Nº DE CADASTRO DA  
GESTANTE

Nº DO CÓDIGO DO  
PROCEDIMENTO

Assumo inteira responsabilidade pela  
veracidade das informações e dados apostos  
neste laudo, sob pena das sanções legais

RESPONSABILIDADE DO NUCCAR

PROBLEMA

☐ SIM

☒ NÃO

TIPO

SITUAÇÃO DO LAUDO

☐ APROVADO

☐ REJEITADO

☐ MUDAR O CÓDIGO DE  
PROCEDIMENTO PARA:

MÉDICO SUPERVISOR(ASSINATURA E CARIMBO)

MÉDICO AUTORIZADOR(ASSINATURA E CARIMBO)

CPF/MÉDICO AUTORIZADOR

Prof. Max Franco de Carvalho  
Doutor em Ortopedia  
Coluna Vertebral / Ortopedia  
CRM-SE 1078

24 FEV 2015

DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2015

Carta nº: 7139283

A/C: DOUGLAS PEREIRA SANTOS

Sinistro: 3150353532  
Vítima: DOUGLAS PEREIRA SANTOS  
Data Acidente: 10/09/2014  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: DOUGLAS PEREIRA SANTOS

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000002382

Conta: 0000034468-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =

R\$ 4.725,00

Multa:

R\$ 0,00

Juros:

R\$ 0,00

Total creditado:

R\$ 4.725,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): Douglas Pereira Santos  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua B, 150 Cond Pedro Barreto, Bl 11 Ap 2  
Sao Conrado Aracaju SE CEP: 49042-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / SE ] 337566203  
Data local do exame: [ 28/05/2015 ] Aracaju [ SE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**FRATURA DE COTOVELO (CABEÇA DE RÁDIO) À DIREITA.  
AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE PÓSTERO LATERAL DO ANTEBRAÇO E COTOVELO, FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA (+/-4), PRESENÇA DE DOR, EDEMA, CREPITAÇÃO E SEMI FLEXÃO CONTÍNUA NA ARTICULAÇÃO DO COTOVELO, RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS DA ARTICULAÇÃO DO COTOVELO.**

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim ( ) Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim ( ) Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**O PERICIANDO FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 10/09/2014 E RECEBEU ALTA NO MESMO DIA. FOI REINTERNADO E SUBMETIDO A REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA COM PLACA E PARAFUSOS, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.**

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

(X) Sim ( ) Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. 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

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "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):

**MEMBRO SUPERIOR DIREITO**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

(X) 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

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

( ) Total = "100% da IS"

- V. (\*) 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

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150353532

**Cidade:** Aracaju

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** DOUGLAS PEREIRA SANTOS

**Data do acidente:** 10/09/2014

**Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE COTOVELO (CABEÇA DE RÁDIO) À DIREITA

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE PÓSTERO LATERAL DO ANTEBRAÇO E COTOVELO, FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA (+/+4), PRESENÇA DE DOR, EDEMA, CREPITAÇÃO E SEMI FLEXÃO CONTÍNUA NA ARTICULAÇÃO DO COTOVELO, RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS DA ARTICULAÇÃO DO COTOVELO

**Resultados terapêuticos:** OI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 10/09/2014 E RECEBEU ALTA NO MESMO DIA. FOI REINTERNADO E SUBMETIDO A REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA COM PLACA E PARAFUSOS, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO PELA FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA (+/+4), CREPITAÇÃO E SEMI FLEXÃO CONTÍNUA NA ARTICULAÇÃO DO COTOVELO, RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS DA ARTICULAÇÃO DO COTOVELO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 28/05/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Manoel O Nascimento Jr

**CRM do médico:** 1827

**UF do CRM do médico:** SE

## 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 superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

## PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

**Médico revisor:** LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

**CRM do médico:** 17761

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**





# AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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, DOUGLAS PEREIRA SANTOS

PORTADOR(A) DO RG Nº 337566203 EXPEDIDO POR \_\_\_\_\_ EM \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ E

CPF 3001250402-00 /CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO \_\_\_\_\_

E RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA \_\_\_\_\_, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br));

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)  
BANCO \_\_\_\_\_ AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE \_\_\_\_\_

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO  
BANCO 237 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL  
BANCO 001 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ  
BANCO 341 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (OP. 013)  
BANCO 104 • AGÊNCIA 2322 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 34462-6

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL ARACAJU-SE DATA 12/02/15

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Douglas Pereira Santos

! ATENÇÃO

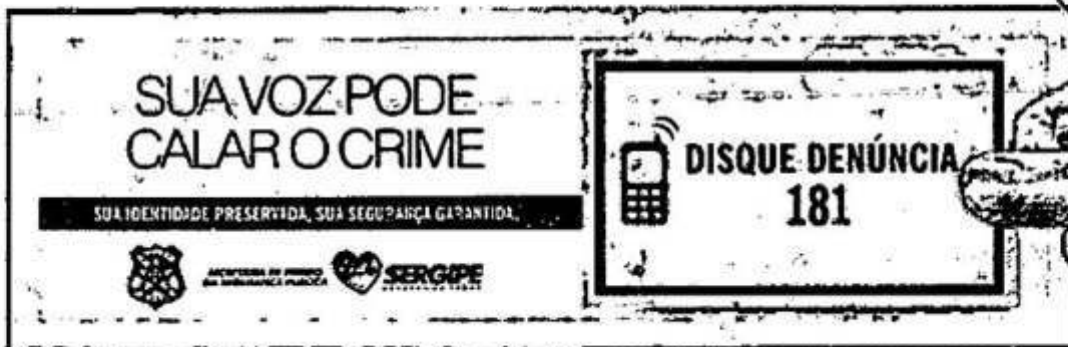
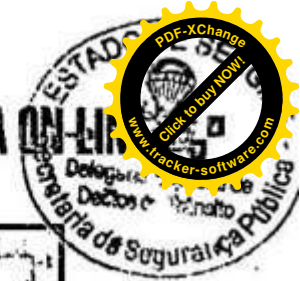
- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



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

POLÍCIA

DOCUMENTO 1  
\*114\*

## DELEGACIA ESP. DE DELITOS DE TRÂNSITO

RUA RUA LARANJEIRAS - ATÉ 1022/1023, CENTRO FONE: (79) 3198-1120

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2015/06515.0-000250

## DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA ESP. DE DELITOS DE TRÂNSITO

Endereço: RUA RUA LARANJEIRAS - ATÉ 1022/1023, CENTRO FONE: (79) 3198-1120

## FATO

Data e Hora do Fato: 10/09/2014 - 11:30 até 10/09/2014 - 11:30

Endereço: AV. HERMES FONTES, PERTO DO POSTO SINHAZINHA Número: Complemento: CEP: 49000-000

Bairro: Salgado Filho Cidade: ARACAJU - SE Circunscrição: DELEGACIA ESP. DE DELITOS DE TRÂNSITO

Tipo de local: VIA PUBLICA Meio Empregado: OUTRO

## VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: DOUGLAS PEREIRA SANTOS

Nome do pai: NIVALDO CARMO SANTOS Nome da mãe: IREDA PEREIRA SANTOS

Pessoa: Física CPF/CGC: 308.850.408-80 RG: 337566203 UF: SP Órgão expedidor: SSP-SP

Naturalidade: SAO BERNARDO DO CAMPO Data de nascimento: 22/03/1982 Sexo: Masculino Cor da cútis: Parda

Profissão: MOTOBOY Estado civil: Solteiro Grau de instrução: 2º Grau Completo

Endereço: RUA B, CONDOMINIO. PEDRO BARRETO BL. 11 APT. 204 CJ. ORLANDO DANTAS Número: 150  
Complemento:

CEP: 49.000-000 Bairro: SÃO CONRADO Cidade: ARACAJU UF: SE

Proximidades: ACADEMIA JURANDI MOURA Telefone: 79 9935-6569

## PERÍCIAS E ATENDIMENTO HOSPITALAR

Perícia: IML Guia de Exame

Descrição: 1 corporal-enviar laudo del. transito - DOUGLAS PEREIRA SANTOS

## HISTÓRICO

A vítima noticiante disse que no dia hora e local acima citados, pilotava a motocicleta PLACA IAE-2142, EM NOME DE WALDISSON JOSÉ DOS SANTOS, HONDA/CG 150, ANO 2008, COR PRETA, CHASSI 9C2KC0850BR039049, quando um carro não identificado tentou mudar de faixa, invadindo a preferencial da moto, ocasionando uma colisão, com o impacto a vítima perdeu o controle e caiu na via, sofrendo fratura no braço direito, a vítima deu entrada em veículo particular para o hospital de Urgência de Sergipe, realizou exames após foi submetido a intervenção cirúrgica no Hospital Cirurgia. Pelo exposto, solicita as providências.

Data e hora da comunicação: 30/01/2015 às 14:11

Última Alteração: 30/01/2015 às 14:18.

*Douglas Pereira Santos*  
DOUGLAS PEREIRA SANTOS  
Responsável pela comunicação

*Marta Regina Sobral de Andrade*  
Marta Regina Sobral de Andrade  
Responsável pelo preenchimento



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, DOUGLAS PEREIRA SANTOS, portador, da carteira de identidade nº 337566203 e inscrito no CPF/MF sob o nº 3088504108-80 residente e domiciliado na RUA B, 150, COND. PEDRO BARRETO, BL. II, APTº 204 Cidade ARACAJU Estado SERGIPE declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

ARACAJU-SE, 12/02/2015

Local e data







DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES

NUCLEO HOSPITALAR

No. DO BE: 1053725 DATA: 10/09/2014 HORA: 11:57 USUARIO: AJP SANTOS  
CN3: SETOR: 05-ORTOPEDIA.

**DIGITADO**

IDENTIFICACAO DO PACIENTE  
NOME : DOUGLAS PEREIRA SANTOS  
IDADE.....: 32 ANOS NASC: 22/03/1982  
ENDERECO.....: RUA F 9  
COMPLEMENTO....  
MUNICIPIO.....: ARACAJU  
NOME PAI/MAE...: NIVALDO  
RESPONSAVEL....: O PROPRIO  
PROCEDENCIA....: ARACAJU - CAPITAL  
ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)  
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO  
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

BAIRRO: SOCORRADO  
DATA: 10/09/2014  
HOR: 11:57  
SEX: MASCULINO  
NUMERO: 259  
CPF: [ ]  
TEL....: [ ]  
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: [ ]  
*Informação given a motor vehicle*  
*Accident on the road*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM: *fratura no cotovelo da perna e*  
*sem alteração da pele e*  
*sem ferida e fer*

DIAGNOSTICO: CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*2x 10 cotovelo com PP-Perg*  
*at 10 Perna esquerda PP-Perg - sem*  
*fratura desviada*  
*inibido no membro*

DATA DA SAIDA: / /  
ALTA: [X] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO  
[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
INTERNAÇÃO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):  
OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APÓS 48HS [ ] FAMILIA [X] IME [ ] ANAT. PATC

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

*10/09/2014*

*11/09/2014*

24 FEB 2015

João Ferreira Alves  
Desenvolvido e mantido  
em 24/08/2007