



DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES

No. DO BE: 1053725
CNS:

DATA: 10/09/2014 HORA: 11:57
SETOR: 05-ORTOPEDIA

USUARIO: AJPSANTOS

DIGITADO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : DOUGLAS PEREIRA SANTOS
 IDADE : 32 ANOS NASC: 22/03/1982
 ENDereco : RUA F 9
 COMPLEMENTO :
 MUNICIPIO : ARACAJU BAIRO: SOCORRADO
 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

ELETRICIDADE
 EXAME: DOCTADO 87566203
 SEXO: MASCULINO
 Data: 10/09/2014
 NUMERO: 259
 UF: SE
 CPF: [redacted]
 TEL: [redacted]

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

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

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

*Informação given a motorist
Escondido pilon no 223 m-5*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM: *fratura no cotovelo 4 a Puck e
sem alteração sem teste a pct*

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

<i>RX no cotovelo 4 a Puck</i>	<i>PP - Pery</i>
<i>no Puck Pery</i>	<i>PP - Pery - sem</i>
<i>fratura desviada</i>	<i>Alfery</i>
<i>keep no nino D</i>	<i>Murphy Pery</i>

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO
 ENCAMINHADO AO AMBULATORIO [] DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): *A per 24 FEB 2015*

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATC

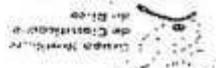
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

RADIOLOGIA

Assinatura do medico



Grupo Brasileiro de Classificação de Risco	
	
Ficha de Classificação de Risco Registro Paciente	
Hora início CR: _____ Data: ____/____/____	Idade: _____ anos
Nome: _____ Sexo: () Feminino () Masculino	Data nascimento: ____/____/____
() Meios próprios () SAMU () Corpo Bombeiros	Classificação de Risco: _____
Classificação de Risco	
() Não Urgente () Pouco Urgente () Muito Urgente () Não Urgente	
() Branco Observação: _____	
Prioridade Clínica: _____ () Emergente () Muito Urgente () Urgente () Pouco Urgente () Não Urgente	Fluxograma: _____ Discriminador: _____
Parâmetros: SaO ₂ : % () A.A.c () O ₂ Temp: °C Dor: PA: mmHg	Escala de Coma de Glasgow: _____ Glicemia: mg/dl Pulso: bpm () regular () irregular
Prioridade () Emergente () Muito Urgente () Urgente () Pouco Urgente () Não Urgente	Observação: _____
Discriminador: _____	Reclamação: _____ Prioridade: _____ 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: Douglas Pereira Santos

PARA REALIZAR CIRURGIA ORTOPÉDICA DE: fratura
peleto D

NO HOSPITAL Cirurgia - AU Desembargador Foyard
 DATA Procurar enfer Luciane, gestão
de leitos.

ORIENTAÇÕES: Entrada UVA.

~~2º - Chegar no Hospital na data mencionada às 23:30 da manhã em 15/11/14
 (o paciente deve permanecer 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.~~

10109119.

Rocío Regina
 SECRETÁRIO DE AGENDAMENTO CIRÚRGICO

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

NOME: Neufan Pereira Sá

RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR

- 1- ADMISSÃO: 15/09/14
- 2- CIRURGIA: 15/09/14
- 3- ORTOPEDISTA: Carson Lima

REVISÃO: 109/14 Hora: _____
 AMBULATÓRIO DE ORTOPEIDICA
 Hospital de Cirurgia

LIGAR: 2106 7324

4- ORTOPEIDISTA Carson Lima

CID10: S520

- Curativo diário no posto de saúde
- Retirar os pontos com 15 dias
- 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 formalidades



ATESTADO

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

Aracaju/SE, 15/09/14

[Signature]





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

UNIDADE **NUCCAR**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

281410061426-0

PARA EMISSÃO DE AIH

Nº DO LAUDO: **843324** 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
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/ORGÃO EMISSOR: **337566203 SSP/SE**
MUNICÍPIO ONDE RESIDE: **ARACAJU / SE**
DATA DO NASCIMENTO: **22/03/1982**
SEXO: **MASCULINO**
CEP: **49040000**

DADOS DA INTERNAÇÃO
DATA: **15.03** HORÁRIO: **04:34** CARÁTER: **URG** TIPO LEITO: **OS** LEITO: **04** ENFERMARIA: **04**
C.P.F. DIRETOR CLÍNICO: **6.949.550.553-4**

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
FRATURA CABEÇA RÁDIO @ CI DE HA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
fratura rádio

PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS
DIAGNÓSTICO INICIAL(Suspeita Diagnóstica): **FRATURA RÁDIO @**
DESCRICAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **procedimento para fratura rádio**
CID 10(do diagnóstico final): **S52.0**
DIAGNÓSTICO FINAL (Responsabilidade do Médico que acompanha o paciente): **FRATURA CABEÇA RÁDIO @**

DATA DE EMISSÃO DO LAUDO: **15/03/14** CPF DO MÉDICO QUE SOLICITA O PROCEDIMENTO: **6098118030** CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **640802091-5**

Médico que Solicita a Internação (Assinatura e Carimbo): **[Assinatura]**
Assumo inteira responsabilidade pela veracidade das informações e dados apostos neste laudo, sob pena das sanções legais.
CLÍNICAS:
 1-CIRÚRGICA
 2-OBSTÉTRICA
 3-CLÍNICA MÉDICA
 4-CUIDADOS PROLONGADOS
SIS/PRÉ-NATAL:
Nº DE CADASTRO DA GESTANTE:
Nº DO CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
 5-PSIQUIÁTRICA
 6-TSIOPNEUMO
 7-PEDIÁTRICA
 8-REABILITAÇÃO

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): **DR. WILSON**
CPF/MÉDICO AUTORIZADOR: _____

Prof. Max Franco de Carvalho
Doutor em Ortopedia
Coluna Vertebral / Ortopedia
Rua... 7805
24 FEV 2015
Nº DE LANÇAMENTO

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.

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 seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim () Não

Existindo seqüela(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 seqüela 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 (Seqüela):

MEMBRO SUPERIOR DIREITO

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

Região Corporal (Seqüela):

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

Região Corporal (Seqüela):

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

Região Corporal (Seqüela):

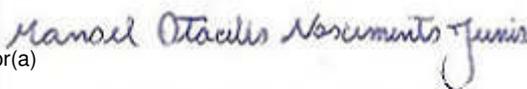
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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

Corporação Líder 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 1 / 1 / 15 E
CPF 3008250408-00 / CNPJ 0000000000-0000-00, 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 Sussep 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);

SABEMI SEGURADORA S/A
22 ABR 2015
PIO DE JANEIRO

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);

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

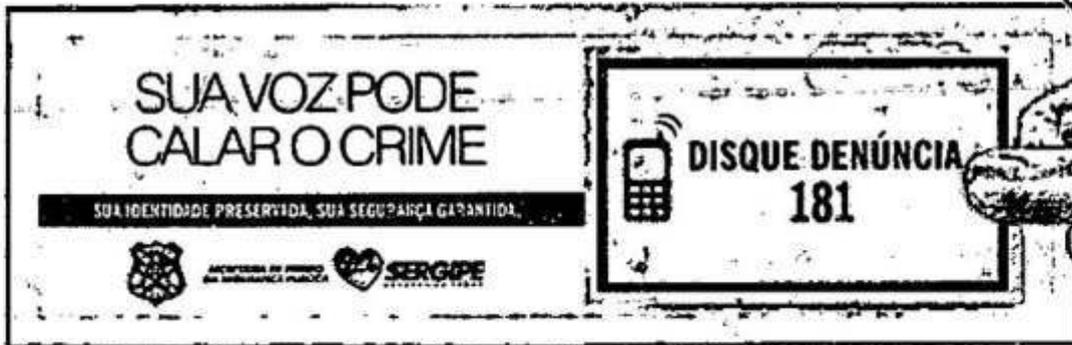
ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Douglas Pereira Santos

⚠ 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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

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

POLÍCIA CIVIL



DOCUMENTO 1 *1%*

DELEGACIA ESP. DE DELITOS DE TRÂNSITO

RUA RUA LARANJEIRAS - ATÉ 1022/1023, CENTRO FONE:(0) (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:(0) (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 Melo 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

MRS Amora
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 3028504102-80 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.

[Handwritten Signature]

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

ARACAJU-SE, 12/02/2015

Local e data





ATASUS HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES PUSO 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 BAIRRO: SOCORRADO
 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

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

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

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

*Infam gien a mudo eich
 Bswid pil m r u r s m - 5*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM: *fratura no cotovelo da Punh e
 se ab alha sem hite e fct*

DIAGNOSTICO: CID:

PRESCRICAO HORARIO DA MEDICACAO

<i>2x 10 cotovels 11 em AP-Peny</i>	
<i>at 10 Punh psquer AP-Peny</i>	<i>sem</i>
<i>fratura desvix m</i>	<i>Alpeny</i>
<i>in keep 10 migo 0</i>	<i>Mexico Pip</i>

DATA DA SAIDA: / /
 ALTA: DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
 ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
 INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): *Ortopedia*

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
 OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IMZ [] ANAT. PATC

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Assinatura do paciente
Assinatura e carimbo do medico

HORA DA SAIDA: :
 24 FEB 2014
 João Ferreira Alves
 Desem e Inamatores
 CRM SE 2.48 1907-1908