



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**CARIRA DA COMARCA DE CARIRA**  
**Av. Aroaldo Chagas, Bairro Centro, Carira/SE, CEP 49550000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Dados do Processo**

Processo: 202065000491

Número Único: 0000483-23.2020.8.25.0013

Classe: Procedimento Comum

Situação: Andamento

Processo Origem: \*\*\*\*\*

Distribuição: 19/02/2020

Competência: Carira

Fase: POSTULACAO

Processo Principal: \*\*\*\*\*

**Assuntos**

- DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO - Partes e Procuradores - Assistência Judiciária Gratuita
- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

**Dados das Partes**

Requerente: VALDEMIR FRANCISCO DOS SANTOS

Endereço: RUA JOSÉ PEDRO MARTINS

Complemento:

Bairro: CENTRO

Cidade: CARIRA - Estado: SE - CEP: 49550000

Requerente: Advogado(a): JOSÉ JEOVANY DA SILVA 12367/AL

Requerido: SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Endereço: Rua Senador Dantas

Complemento: 5º ANDAR

Bairro: Centro

Cidade: Rio de Janeiro - Estado: - CEP: 20031205

Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**CARIRA DA COMARCA DE CARIRA**

**Av. Aroaldo Chagas, Bairro Centro, Carira/SE, CEP 49550000**

**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Processos Apenasdos:**

--

**Processos Dependentes:**

--



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**CARIRA DA COMARCA DE CARIRA**  
**Av. Aroaldo Chagas, Bairro Centro, Carira/SE, CEP 49550000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**PROCESSO:**

202065000491

**DATA:**

13/11/2020

**MOVIMENTO:**

Juntada

**DESCRIÇÃO:**

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20201113163003770 às 16:30 em 13/11/2020.

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Não

# 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: 04/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: VALDEMIR FRANCISCO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04469

CONTA: 00000008189-6

---

Nr. da Autenticação 8A83F5A6E282DC97

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190598867      **Cidade:** Carira      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VALDEMIR FRANCISCO DOS SANTOS      **Data do acidente:** 30/04/2019      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 28/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P.12 ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Marcio Lins Dos Santos

RG nº 38 2293 29, data de expedição 1/1/

Órgão \_\_\_\_\_, portador do CPF nº 335.679.698-46

com domicílio na cidade de Carira, no Estado de

Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Praca Jerita Maria De Aguiar, nº 11,

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mençãoado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Valdemir Francisco Dos Santos, cujo o condutor era

Valdemir Francisco Dos Santos.

Veículo: PASINOTOCICLETA Modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS Ano: 2008

Placa: IAE 7037 Chassi: 9C3KC03108R285115

Data do Acidente: 30/04/2019



Local e Data: Carira

**INVESTPREV**

**07 AGO 2019**

Marcio Lins dos Santos

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima realmente do sinistro)

Reconheço por AUTENTICIDADE  
a(s) firma(s) em nome de  
**MARCIO LINS DOS SANTOS**,  
assinalada(s) por esta →  
com o meu sinal público.

Carira(SE), 12 de junho de 2019.

"Em Teste: \_\_\_\_\_ da verdade"

O Tabelílio Interino do 1º Ofício  
Comarca de Carira(SE)



Selo TJSE:  
**201929548008582**  
Acesse:  
[www.tjse.jus.br/x/HHAZ2A](http://www.tjse.jus.br/x/HHAZ2A)

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO

Felipe Barreto Amorim  
Tabelílio Interino  
Márcio Douglas Santos Andrade  
Escrevente



# HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

## Receituário

Rebatino Medeiros

70 anos pes. 65

Centro férias devo o  
Sr. Valdecius Francisco dos  
Estos pertubos (53) 3432-5  
Sintomas a tento cipu  
envolvendo estofamento  
ver resultados des  
perturbação

Luciano Passos de Melo  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-SE 826

21-10-2019

Avenida 13 de junho, nº 776 - Centro - Itabuna-SE - Fone: (79) 3432-9200

No. DO BE: 654511 DATA: 30/04/2019 HORA: 20:46 USUARIO: MLSILVA  
 CNS: SETOR: 04-ORTOPEDIA

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : VALDEMIR FRANCISCO DOS SANTOS DOC...: 1247334  
 IDADE.....: 45 ANOS NASC: 24/04/1974 SEXO...: MASCULINO  
 ENDERECO....: POV. SAO CARLOS NUMERO: 000  
 COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: ZR  
 MUNICIPIO....: CARIRA UF: SE CEP...: 49550-000  
 NOME PAI/MAE...: ALMIRO FRANCISCO DOS SANTOS /LEUDICE MARIA DE JESUS  
 RESPONSAVEL...: ESPOSA(MARIA JOSE) TEL...: 799994241  
 PROCEDENCIA...: CARIRA - SE 8  
 ATENDIMENTO...: QUEDA  
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO  
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

EXAMES COMPLEMENTARES:  RAIO X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC  
~~11/04/17~~ [ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

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

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

maria Jose das carta da carta  
 ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

RECEITUÁRIO

✓ Valdemir P. dos Santos

Dr. ortopeda  
HRI

Durma no moto com  
deformidade em punhos  
dinamita para anestesia  
+ imobilizante

Dr. Nelson Alves  
Medico  
CRM 5143

30.06.19

O.E.: M280290001

ESFERA: PRIVADO

APRESENTAÇÃO: 07 / 2019

Data Autorização: 13 / 05 / 2019

Num AIH : 281910153528-3 Situação : SEM ERRO Tipo : 01-INICIAL Apresentação : 07/2019 Data Autorização: 13 / 05 / 2019

Especialidade : 01 - CIRURGICO Orgão Emissor : M280290001 CRC: Doc autorizador : 708005893323025 Doc med resp : 980016294313703 Doc diretor clínico : 980016278353224 Doc médico solic : 980016000138321 CNES : 2477861 - HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO CNS : 70000915137550-2 Paciente : VALDEMIR FRANCISCO DOS SANTOS Prontuário : 5201925921 Data Nasc. : 24 / 04 / 1974 Sexo : MASCULINO Nacionalidade : 010 - BRASIL Tipo Doc.: Identidade Nome da Mãe : LEUDICE MARIA DE JESUS Responsável pac. : ALMIRO FRANCISCO DOS SANTOS Endereço : SITIO SAO CARLOS 01 Bairro: Z RURAL Raça/Cor: 99-SEM INFORMACAO Etnia: 0000-NAO SE APLICA Município : 280140 - CARIRIA UF : SE CEP : 49550-000 Telefone : (79)9994-24128 Muda Proc.? : NÂO Procedimento solicitado : 04.08.02.040-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO Procedimento principal : 04.08.02.040-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO Diag. principal : S525-FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO Diag. secundário : Complementar : Causa Obito : Caráter atendimento : 02 - URGENCIA Modalidade : HOSPITALAR Data internação : 13 / 05 / 2019 Data saída : 14 / 05 / 2019 Mot saída : 12 - ALTA MELHORADO Liberação SISAIH01 : AIH Anterior : AIH Posterior : [ Causas Externas (Acidente ou Violência) ]

CNPJ do Empregador : CNAER: -  
Vínculo Previdência : CBOR: -

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar	Valor p/	Qtde	Crmp	Descrição
1	0408020407	980016000138321	225270(1)	2477661	2477661	1	05/2019		TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
2	0408020407	980016280527412	225151(6)	2477661	2477661	1	05/2019		TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
3	0702030995			55121602000139	2477661	1	05/2019		PLACA EM T 25 MM (ACELIT/PARAFUSOS)
4	0204040019			2477661	2477661	2	05/2019		RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO

## DADOS DE OPM

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Reg. ANVISA	CNPJ Fabricante
3	0000040855	55.121.602/0001-99	068719	001		

## CID SECUNDÁRIO

Cid	Característica	Descrição
W199	PREEXISTENTE	QUEDA SEM ESPECIFICAÇÃO - LOCAL NAO ESPECIFICADO

Número de Nascidos Número de Saídas Nº Pré-Natal:

Vivos : Mortos : Altas : Transf.: Óbitos :

ASSINATURA E CARIMBO  
DIRETOR DO HOSPITAL

"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995, Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"



## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HVL

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HVL

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Valdemir Francisco dos Santos

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7100009151375502

8 - DATA DE NASCIMENTO

24/04/1974

9 - SEXO

Masculino

10 - RACIAÇÃO

3

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Brenda Maria de Jesus

12 - FONE DE CONTATO

109999424128

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

Valdemir Francisco dos Santos

14 - FONE DE CONTATO

000

10.2 - CEP

15 - ENDERECO (RUA, N.º, BAIRRO)

PV São Carlos

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Carira

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

UP

56455000

18 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Dra, Irene e Leandro no  
ambulatório Dant

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame clínico  
pedro luis nro 5525.

23 - DIAGNÓSTICO/CLÍNICO

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

2408020402

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

( ) CNS ( ) CPF

154 951 705 39

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 35-ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

Breno Pires de Souza

Breno Pires de Souza

Ortopedia e Traumatologia

CRA-00

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N.º DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA  
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR

46 - AUTÔNOMO

47 - DESEMPREGADO

48 - APOSENTADO

49 - NÃO SEGURO

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

281910153528-3

281910153528-3

## PRONTUÁRIO DE CLINICA CIRÚRGICA, MÉDICA E PEDIÁTRICA.

Data. Internamento

Data. Saída

Nº. da Internação

13/05/2019

14/05/2019

25921

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Cartão SUS: 70 01 0091 13113751502

NOME DO PACIENTE: Valdemir Franca dos Santos

DATA DO NASC. 29/04/1974 SEXO: (  ) Masc. (  ) Fem.

NOME DA MÃE: Lurdica Maria de Jesus

NOME DO RESPONSÁVEL: Almino Franca dos Santos

LOG: (  ) RUA(081) (  ) AV.(008) - (  ) TVA(100) (  ) PRAÇA(065) (  ) CONJ.(020) (  ) POV.(092) (  ) LOTEA (056)

LOGRADOURO: São Carlos Nº

BAIRRO: Zona Rural CEP: 219.550-000 TEL: (21) 99942-4128

TIPO DOC: 01 - PIS/PASEP (  ) 02 - IDENT. (  ) 03 - REGISTRO (  ) 04 - CPF (  ) 05 - IGNORADO (  )

Nº. DOCUMENTO: 1247334

IDENTIFICAÇÃO DE INTERNAÇÃO

PROCED. SOLIC. 0408020407

CID PRINC.

S- 52.5

ESPECIALIDADES: (  ) 01 CIRURGIA (  ) 03 CLÍ. MÉDICA (  ) 07 PEDIATRIA.CARATER DE INTERNAÇÃO: (  ) 01 ELET. (  ) 02 URG.MOTIVOS DE SAÍDA: (  ) 41 ÓBITO (  ) 12 ALTA M. (  ) 14 ALTA PEDIDO (  ) 16 EVASÃO (  ) 31 TRANSF.

PROF. SOLICIT.: Luciano Pires

ANEST.:

PROCED. REALIZADO	QUANT.	PROCEDIMENTO	CBO	CNES
CONS. AVAL. PCTE. INTERN.	01	0301010170		2477661
EXAME PRÉ TRANSF.		0212010034		2477661
TRANSF. UNID. DE SANGUE		0306020149	223505	2477661
ACOMPANHANTE (IDOSO)		0802010040		2477661
ACOMPANHANTE (CRIANÇA)		0802010024		2477661
EXAME PATOLÓGICO		0203020030		2477661
Radiografia (Antebraço)	02			2477661
Radiografia ( )				2477661
Radiografia ( )				2477661
				0002895
Tomografia ( )				0002895
Tomografia ( )				3073533
ECG				
USG ( )				

UNIDADE HOSPITALAR: Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR: *Clínica Ortoped*

LEITO:

E 2

PACIENTE:

*Valdimir Francisco*

IDADE: 45

SEXO: M

RG:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	Glicem
13	8h	pté admisão neste setor procedente de D.U.R. residenciava em comunidade de Vila União. Sua esposa d. <i>Florina de Paula</i> 500 cuidando do pt. Tinha um filho H.A.S. + DM + obesidade e fumante. Estava em jejum desde 07h00					
05	10h	paciente entrou em convulsão					
13/05/12	10h5	paciente entrou em convulsão e procedente da clínica cirúrgica, em cadeira de rodas, acompanhado por familiar + funcionária do setor, consciente, orientado com boas condições gerais, para submeter-se a TTO cirúrgico de fratura de fratura de punho (1) aos cuidados de Dr. Lúcio. Monitorizado, realizado ave em MSE com gelos no 20. As 10:20 o ato anestésico aos cuidados de Dr. Yuri tem início, sob bloqueio deplex + sedação EV, sem inconvenientes.	123	63	84	971	
10:30		Início do ato cirúrgico, pté monitorizado, sob efeito anestésico, com AVP. em MSE com 1000ml perfusão, em uso de O2 bala contínua nasal 2L/min. Anestesiador sum intercomunicante no momento.	83	111	70	98	
11:15		Finalização do ato cirúrgico, pté extubado, conduzido a SPPA aos cuidados da equipe. Reduzão de fratura realizado com 1 placa em T 3x3 + 4 parafuso cortical nº 20 + 1 parafuso cortical nº 24 da caixa 3,5 (03.19). Acilia 722673 coram 1SE	110	85	76	971	
12h30		pté, encaminhado a enfermaria. Téc: <i>Colmea</i> <small>Dr. de Oliveira Técnica de sedação CORRIDA ALARME</small>					
16h30	10m	Reduz e desligado. <i>Colmea</i>					
20h		pté no leito, c/les, carete c/vidas. verbaliza per. guixa os dentes. <i>Colmea</i>					
		verbaliza per. guixa os dentes. <i>Colmea</i> KS 100x10 100x10 100x10					

Avenida 13 de junho, 776 - Centro - Fone: (79) 3432-9200

Itabaiana - Sergipe

J. P. M. J. 6244



HOSPITAL DR. PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Nome do Paciente:

Valdir, bruno de 88

Diagnóstico Pré-operatório:

pele seca, dor, f/1

Cirurgia realizada:

colostomia rectal

Cirurgião:

bruno Poco

Auxiliares:

Anestesiologista:

Anestesia:

Diag. Pós-operatório:

cur

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Interv. de Hernia em L6/7 e S1  
Acopl. suástico, colostomia  
fechada cintil sobre a  
colostomia off, sobre o plexo  
sacro

Data:

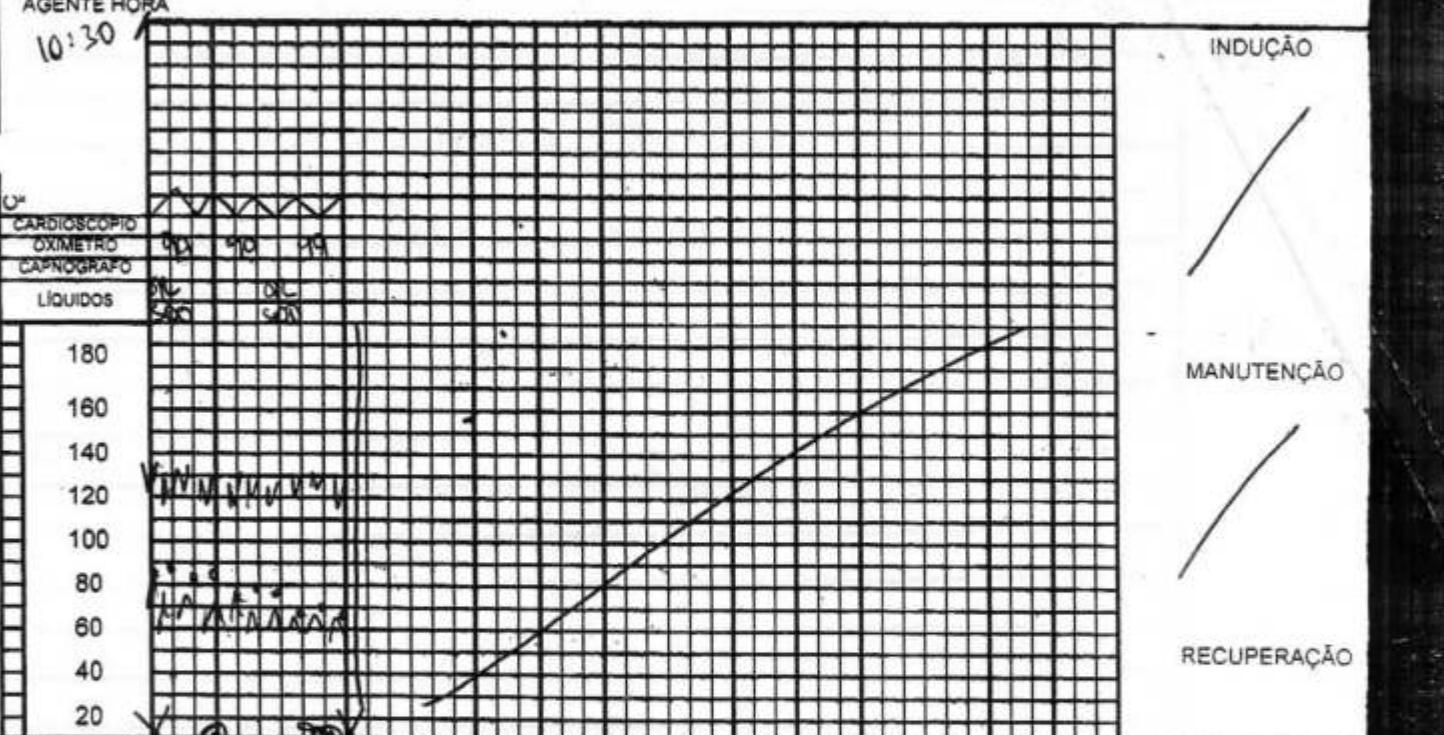
13/05/2018

Assinatura do cirurgião:

DR. BRUNO POCO

## FICHA DE ANESTESIA

NAME: <u>Valdimir Francisco dos Santos</u>	Nº PRONTUÁRIO: _____				
CONVÊNIO: _____	DÁTA <u>13/05/19</u>	SEXO <u>M</u>	COR _____	IDADE <u>45</u>	PÉSO _____
NATURAL _____	EST. CIVIL _____		SANGUE _____		
SETOR MÉDICO _____	AMBULATÓRIO _____	APT <sup>o</sup> _____	E. FÍSICO(ASA) _____		
DIAG PRE-OP <u>Fratura de Quarto o 9</u>					
CIRURGIA PROPOSTA <u>Tratamento cirúrgico de fratura de Quarto</u>					
DIAG POS-OP _____					
CIRURGIA REALIZADA _____					
PRÉ-ANESTÉSICO _____	HORA _____		EFEITO _____		



ANOTAÇÕES

Nome: VALDEMIR FRANCISCO DOS SANTOS  
Mãe: LEUDICE MARIA DE JESUS  
Documento: R.G: 1247334 - CPF: 001.514.696-20  
Médico Atendimento: NAILSON ALVES DOS SANTOS  
Endereço: SAO CARLOS N°: BAIRRO: CENTRO CIDADE:CARIRA / SE

Prontuário: 213718 Registro: 18695  
Idade: 45a 0m Nascimento: 24/04/1974  
Data Atend. 30/04/2019 as 19:19:00 h  
Sexo: Masculino

**30/04/2019 19:28 Anamnese - ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO  
COREN: SE-543171 LARISSA OLIVEIRA DE LIMA**

**ANAMNESE**

Tipo  
Acolhimento OK

Nível de consciência  
Alerta/Orientado

Alergias/Intolerância  
Não

Medicamento em uso  
Não

Queixa

QUEDA DE MOTO, COM DOR E EDEMA EM MÃO DIREITA, NEGA VÔMITOS E DESMAIO NO LOCAL. REFERE ESTAR SEM CAPACETE

Sinais Vitais  
Pressão ArterialFrequência CardíacaSaturação de Oxigênio  
122x84 mmHg 70 bpm 99 %

Classificação  
Verde

LARISSA OLIVEIRA DE LIMA - COREN-SE-543171-ENF -

543171

Assinatura do Profissional

Queda de moto. Gesso 15, sem edema,  
em gesso.  
19/04/2019 R\$ 10,00  
1. Proced. oftálmica, ex + fundo de olho.  
2. Tomografia Perna direita.  
3. Rx regional da fratura.  
Dr. Naiison Alves dos Santos  
Médico

FICHA DE INTERNACAO  
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 25921  
Numero do CNS.....: 0000000000000000  
Nome.....: VALDEMIR FRANCISCO DOS SANTOS  
Documento.....: 1247334                   Tipo :  
Data de Nascimento: 24/04/1974           Idade: 45 anos  
Sexo.....: MASCULINO  
Responsavel.....: ALMIRO FRANCISCO DOS SANTOS  
Nome da Mae.....: LEUDICE MARIA DE JESUS  
Endereco.....: POV. SAO CARLOS 000 CASA  
Bairro.....: ZR                           Cep.: 49550-000  
Telefone.....: 79999424128  
Municipio.....: 2801405 - - SE  
Nacionalidade....: BRASILEIRO  
Naturalidade.....: SERGIPE

## DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA           No. do BE: 659525  
Clinica.....: 650 - ENF "G" ADULTO - CIRURG  
Leito.....: 999.0241  
Data da Internacao: 13/05/2019  
Hora da Internacao: 06:42  
Medico Solicitante: 154.751.905-34 - LUCIANO PASSOS DE SOUZA  
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO  
Diagnostico.....: NAO INFORMADO  
Identif. Operador.: CFSLIMA

## INFORMACOES DE SAIDA

Proc. Realizado:  
Dt. Hr Saida:  
Especialidade:  
Tipo de Saida:  
CID Principal:  
CID Secundario:  
Principal:  
Secundario:  
Outro:

O ABAIXO ASSINADO DECLARA QUE,

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HVI

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HPI

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Valdemir Francisco dos Santos

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7100009151375502

8 - DATA DE NASCIMENTO

24/04/1974

9 - SEXO

Masc. Fem. 

10 - RACA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Ajudice Maria de Jesus

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD  N° DO TELEFONE

79994241128

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

Almino Francisco dos Santos

14 - TELEFONE DE CONTATO

DDD  N° DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

PV São Carlos

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Caixa

SE 455000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dor, edema e levemente no  
ombro Direito

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Doença grave

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame clínico e exame  
radiológico sobre 5525.

23 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tempo curto

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

2408020407

28 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

( ) CNS ( ) CPF

54 95170539

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Erico Pires de Souza

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Erico Pires de Souza

CRM 102

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO ( ) INÁDICE

46 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

( ) CNS ( ) CPF

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Data. Internamento

Data. Saída

Nº. da Internação

13/05/2019

14/05/2019

25921

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Cartão SUS: 70 01 0091 13113751502

NOME DO PACIENTE: Valdemir França dos Santos

DATA DO NASC. 29/04/1974 SEXO: (  ) Masc. (  ) Fem.

NOME DA MÃE: Lúcia Maria de Jesus

NOME DO RESPONSÁVEL: Valmírio França dos Santos

LOG: (  ) RUA(081) (  ) AV.(008) (  ) TVA(100) (  ) PRAÇA(065) (  ) CONJ.(020) (  ) POV.(092) (  ) LOTEA (056)

LOGRADOURO: São Carlos Nº

BAIRRO: Zona Rural CEP: 249.550-000 TEL: (31) 99942-4128

TIPO DOC: 01 - PIS/PASEP(  ) 02 - IDENT. (  ) 03 - REGISTRO(  ) 04 - CPF(  ) 05 - IGNORADO(  )

Nº. DOCUMENTO: 1297334

IDENTIFICAÇÃO DE INTERNAÇÃO

PROCED. SOLIC. 0408020407

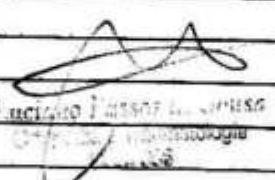
CID PRINC. S-52.5

ESPECIALIDADES: (  ) 01 CIRURGIA (  ) 03 CLÍ. MÉDICA (  ) 07 PEDIATRIA.CARATER DE INTERNAÇÃO: (  ) 01 ELET. (  ) 02 URG.MOTIVOS DE SAÍDA: (  ) 41 ÓBITO (  ) 12 ALTA M. (  ) 14 ALTA PEDIDO (  ) 16 EVASÃO (  ) 31 TRANSF.

PROF. SOLICIT.: Luciano Passos ANEST.:

PROCED. REALIZADO	QUANT.	PROCEDIMENTO	CBO	CNES
CONS. AVAL. PCTE. INTERN.		0301010170		2477661
EXAME PRÉ TRANSF.		0212010034		2477661
TRANSF. UNID. DE SANGUE		0306020149	223505	2477661
ACOMPANHANTE (IDOSO)		0802010040		2477661
ACOMPANHANTE (CRIANÇA)		0802010024		2477661
EXAME PATOLÓGICO		0203020030		2477661
Radiografia (Antebraço)	02			2477661
Radiografia ( )				2477661
Radiografia ( )				2477661
Tomografia ( )				0002895
Tomografia ( )				0002895
ECG				3073533
USG ( )				

Name: <u>Voldemar Francisco dos Santos</u>		DATA: <u>13/05/19</u>	Idade: <u>45</u>	Enfermaria: <u>E</u>	Leito: <u>2</u>
PRESCRIÇÃO MÉDICA E DIETA					
DATA	1º TURNO 07:00 AS 13:00		2º TURNO 13:00 AS 19:00		3º TURNO 19:00 AS 07:00
	Ass.	Ass.	Ass.	Ass.	Ass.
1. <u>Dulc. líquor</u>	<u>sua</u>				
2. <u>gelos</u>	<u>beb. sabor</u>				
3. <u>leite</u>	<u>beb. sabor</u>				
4. <u>beb. sabor</u>	<u>beb. sabor</u>				
5. <u>beb. sabor</u>	<u>beb. sabor</u>				
6. <u>beb. sabor</u>	<u>beb. sabor</u>				
7. <u>beb. sabor</u>	<u>beb. sabor</u>				
8. <u>beb. sabor</u>	<u>beb. sabor</u>				
9. <u>beb. sabor</u>	<u>beb. sabor</u>				
10. <u>beb. sabor</u>	<u>beb. sabor</u>				
11. <u>beb. sabor</u>	<u>beb. sabor</u>				
12. <u>beb. sabor</u>	<u>beb. sabor</u>				
13. <u>beb. sabor</u>	<u>beb. sabor</u>				
14. <u>beb. sabor</u>	<u>beb. sabor</u>				
15. <u>beb. sabor</u>	<u>beb. sabor</u>				
16. <u>beb. sabor</u>	<u>beb. sabor</u>				
17. <u>beb. sabor</u>	<u>beb. sabor</u>				
18. <u>beb. sabor</u>	<u>beb. sabor</u>				
19. <u>beb. sabor</u>	<u>beb. sabor</u>				
20. <u>beb. sabor</u>	<u>beb. sabor</u>				
21. <u>beb. sabor</u>	<u>beb. sabor</u>				
22. <u>beb. sabor</u>	<u>beb. sabor</u>				
23. <u>beb. sabor</u>	<u>beb. sabor</u>				
24. <u>beb. sabor</u>	<u>beb. sabor</u>				
25. <u>beb. sabor</u>	<u>beb. sabor</u>				
26. <u>beb. sabor</u>	<u>beb. sabor</u>				
27. <u>beb. sabor</u>	<u>beb. sabor</u>				
28. <u>beb. sabor</u>	<u>beb. sabor</u>				
29. <u>beb. sabor</u>	<u>beb. sabor</u>				
30. <u>beb. sabor</u>	<u>beb. sabor</u>				

DIADE HOSPITALAR:		Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho		SETOR:	LEITO:
ENTE:		IDADE:	SEXO:	REQ:	
DATA	HISTÓRICO				
13/05	Fornito espuma extra e ap Detalhe dito/ cubrir. D   Dr. Leonardo Passos Cirurgião Dentista 04288 TEOT 14309				
14/05/15	# ORATOPE DIA # 1º D P.O. FOLICLO T. NO GO DE CADA TRHO F.O. OK.  → LINDO DIA: ① ORATOPE ② ARTH H.R. 1000				
Dr. Leonardo Passos Cirurgião Dentista 04288 TEOT 14309					



DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	Glicemia
13/05/19	8h	pt. admittido neste setor procedente de seu residência em companhia de família. seu corpo d. fratura de punho. nos cuidados do Dr. - Facciano, noga MHS + DM + olecrano mediterrâneo est. em fase-dec. Interno					
13/05/19	10:00	Paciente ortopédico, d. intrada no C.C. procedente da clínica cirúrgica, em cadeira de rodas, acompanhado por familiar + funcionário da ater, consciente, orientado, em boas condições gerais, para nutrir-se a TTO cirúrgico de fratura de fratura de punho @ nos cuidados de Dr. Facciano. Monitorizado, realizado AVP em MSE com glic. n.º 20. <u>De 10:20 o ato anestésico</u> nos cuidados de Dr. Yuki tem início, com bloquio de plexo + sedação EV. sem int. discutíveis.	123	84	971		
10:30		Início do ato cirúrgico, pt. monitorizado, balofito anestésico, com AVP. em MSE com uso liso perfurado, em uso de O2 nasal contínuo nasal 2L/min. <u>Xamri-operatório sem int. discutíveis</u> n.º 20. <u>momento</u>	83	111	981		
11:10		Final do ato cirúrgico, pt. entubado, conduzido a SLPAs nos cuidados da equi- pa. Reduzida de fratura realizada com 1 plac. em T 3x3 + 1 parafuso cortical n.º 20 + 1 parafuso cortical n.º 24 da caixa 3,5 (03.19). Acélio 722673 cor. 15E	85	76	971		
12h30		pt. sucaisadas - Enfermeira: <i>M. de Oliveira</i> Técnica de Enfermagem: <i>Edilene</i> CORREIA <i>Edilene</i>					
16h		Adm. Radi. Rodam e dorzona Com. pt. exito					
20h		pt. no leito, com, careli sucaisadas verbais de per. glic. no ato. Rodam f. 100x100 361					



HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Nome do Paciente:

Veldino Farias de 88

Diagnóstico Pré-operatório:

Cirurgia realizada:

OSR - Tese adx. laringe

Cirurgião:

Wanderson

Auxiliares:

Anestesiologista:

Anestesia:

DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Ressecção de tonsilas e valvula  
Acessos endotracheal, colarinho up  
ferret custo / adx )  
Laringoscopy, reduz press.  
com place e fita, reduz press.  
Sutura  
Anesthesia

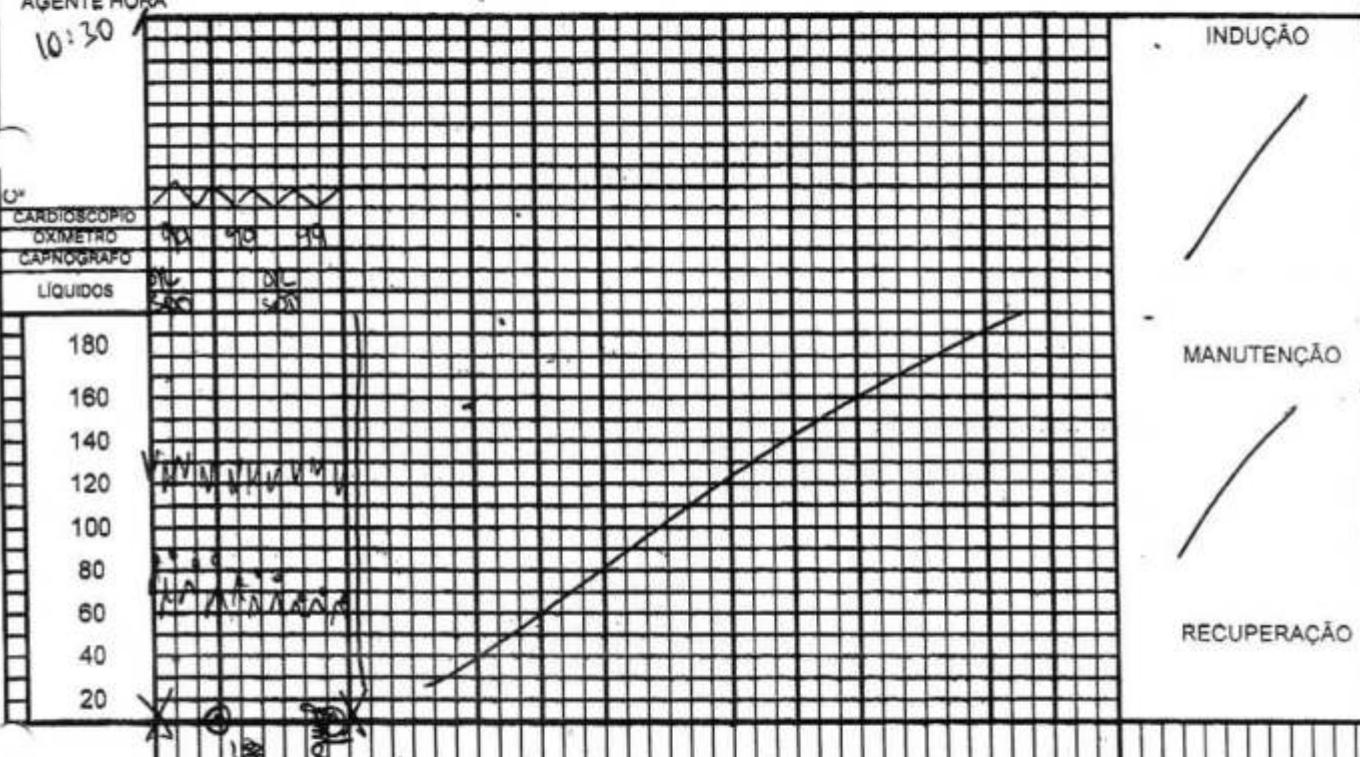
Data:

13/05/2019

Assinatura do cirurgião:

# FICHA DE ANESTESIA

NOME: Valdemir Francisco dos Santos Nº PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_  
 CONVÉNIO: \_\_\_\_\_ DATA 13/05/19 SEXO M COR: \_\_\_\_\_ IDADE 45 PÉSO: \_\_\_\_\_  
 NATURAL: \_\_\_\_\_ EST. CIVIL: \_\_\_\_\_ SANGUE: \_\_\_\_\_  
 SETOR MÉDICO: \_\_\_\_\_ AMBULATÓRIO: \_\_\_\_\_ APTº: \_\_\_\_\_ E. FÍSICO(ASA): \_\_\_\_\_  
 DIAG PRE-OP: Fratura de Pernas o 9  
 CIRURGIA PROPOSTA: Tratamento cirúrgico de fratura de Pernas  
 DIAG POS-OP: \_\_\_\_\_  
 CIRURGIA REALIZADA: \_\_\_\_\_  
 PRÉ-ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ EFEITO: \_\_\_\_\_  
 CIRURGÃO: Luciano Rondon 1º AUXILIAR: \_\_\_\_\_  
 2º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_  
 AGENTE HORA: 10:30



## ANOTAÇÕES

DROGAS / MATERIAL	CONC.	QUANT.	ANESTESIA	Bloqueio de Sinos e braço					
Propofol	0,57	01	Sem-Relaxação	-	Aberto	-	Semi-fechado	-	Círculo
Ureteral	27	01		-		-		-	Vai e Vem
Dexmedetomidina	2 mcg	01		-		-		-	SIC Absorção
Enfadiol	100-150	01	Otrotraqueal - Nasotraqueal - Sonda				Respiração: Espont.	Auxili.	Contra - Mac
Spinal	17	01					S/C Lesão		Aparelho
Ureteral	200	02	Entub.						
Estomacal	372	01							
Ondansetina	475	01	Posição		Local Puncão		Simples	C/Cateter	Líquor
Dexame	15	01			Pos. Op		Duração da Op.		Duração da Anest.
Cetamina	100mg	01	Pos. Adas						
			Cond. Final		Resultadp.	B.R. M.	Reflexos:	Acordado - Sono - Adormecido	
			Líquidos:		Sangue:			Anestesiologista	

## FICHA DO ATO CIRÚRGICO

**ESPECIALIDADES:****CLÍNICA MÉDICA**

Dr. Gilson Teixeira

**ORTOPEDIA**

Dr. Gilson Teixeira

**UROLOGIA**

Dr. André Yuchi Kuwano

**ULTRASSONOGRAFIA**

Dr. Hugo Aragão

**CITOLOGIA**

Dr. Gleuma de Sá e Aragão

**ANGIOLOGIA****CARDIOLOGIA****CIRURGIA GERAL****DERMATOLOGIA****FISIOTERAPIA****GINECOLOGIA****INFECTOLOGIA****NEFROLOGIA****NUTRIÇÃO****PEDIATRIA****PSICOPEDAGOGIA****PSICOLOGIA****EXAMES:****COLPOSCOPIA****COLPOCITOLOGIA****ELETROCARDIOGRAMA****EXAME DE DNA****LABORATORIAIS****RAIO X****TOXICOLOGICOS****ULTRASSONOGRAFIA:****GERAL E****ESPECIALIZADA****PROCEDIMENTO:****PUNÇÃO DE MAMA****COM PATOLOGIA****LITOTRIPSIA****INFILTRAÇÃO ARTICULAR****CENTRO MÉDICO  
DE ITABAIANA**

PEDRA NO RIM

RECAUSADO MÉDICO

REFUTO P/ O DR. SOUTO P/ M. 005

O PCT VALDEMIR FERREIRAM. IZATTI FOI VÍTIMA DE

ACIDENTE DE TRÂNSITO NO

DIA 30-04-2019. TENDO

OCAÇÂO DAS 04h EM SUNDU

(D), HOJE ENCONTROU CONDIÇ-

OES, COM SORTEIO DE 02 FORÇA  
EM M25 (8), E HOJE ENCONTROU-SEDF CITA MÉDICO

Dr. Gilson Teixeira

Médico

Sindicato Rural de Carira-SE

CRM-SE 4003

5:52:5



79 3431-3077



79 9 9992-9933

16-12-19

AV. IVO DE CARVALHO 395, CENTRO - ITABAIANA/SE

(PRÓXIMO AOS CORREIOS)

## Solicitação de Ré – Análise

Eu: Valdemir Francisco Dos Santos portador do RG: 1247334 CPF: 001.514.695-20 residente na Rua Jose Pedro Martins Nº 20 Bairro: Centro Cidade: Carira -SE Cep: 49.550-000. Venho pelo presente instrumento, solicitar aos senhores que seja marcado uma Perícia médica para o meu processo , pois só foi liberado **1.68750** para as lesões que mim encontro enviei relatório médico que comprovam as lesões que foram **FRATURA EM PUNHO DIREITO CID:S62** sinto muitas dores horríveis não trabalho mas , não consigo pegar pesso , fico a merecer dos outros , por isso peço encarecidamente que marquem com urgência uma perícia para que o perito verifique e comprove o que aqui descrevo.

Certo de contar com vossa compreensão ,agradeço desde já.

X Valdemir Francisco Dos Santos  
VALDEMIR FRANCISCO DOS SANTOS

NOSSA SENHORA DA GLÓRIA-SE 06/11/2019

### TESTEMUHAS:

Vanessa Rosa Magno

Valdileide Oliveira Rosa

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

001.514.695-20

Nome completo da vítima:

Valdemir Francisco dos Santos

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

Nome completo:

Valdemir Francisco dos Santos

CPF:

001.514.695-20

Profissão:

Jardineiro

Endereço:

Rua Jose Pedro Martin

Bairro:

Centro

Cidade:

Carina

Estado:

66

CEP:

49.550-000

E-mail:

marcondigloria@gmail.com

Número:

80

Complemento:

casa

Tel. (DDD):

49 99189207

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

RENDA MENSAL:

 RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

 ATÉ R\$1.000,00

 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

 ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 4469

CONTA: 8189

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

**Autorizo** a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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 Lider 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

 Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

 Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos:  
 Vivos: Falecidos: Vítima deixou  
 nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou  
 pais/avós vivos?  Sim  Não

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



Local e Data: 05/06/2019

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

Valdemir Francisco dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

INVESTPREV

Assinatura

07 AGO 2019

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

TNA: sorteios de segunda-feira a sábado, Ap05

147-320353552-3

27/MAR/2019

HORA DF 14:27:00

LOT. 22.012429-9

TERM 045213

LOCALIDADE: CARIRA

AC. VINCULADA: 4469

CONTROLE: 147400650

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POU CAIXA

NOME: VALDEMIR FRANCISCO DOS SANTOS

AGENCIA: 4469

OPERACAO: 813

CONTA-DV: 000.000.008.189-6

DATA DA ABERTURA: 27/05/2019

LOTERIAS CAIXA

147-320353552-3

1º VIA

INVESTPREV

07 AGO 2019

**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**

Número do Sinistro: 3190598867  
Nome do(a) Examinado(a): Valdemir Francisco dos Santos  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Jose Pedro Martins, 20 Casa  
Centro Carira SE CEP: 49550-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / SE ] 1247334  
Data local do acidente: [ 30/04/2019 ]  
Data local do exame: [ 08/01/2020 ] 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 PUNHO (RÁDIO) A DIREITA.**

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

**Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DO RÁDIO (PUNHO) COM 01 PLACA E 03 PARAFUSOS**

**Complicações: BLOQUEIO MODERADO NO PUNHO, COM RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS**

**Data da Alta: 09/05/2019**

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

**AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM FORÇA MUSCULAR DO ANTEBRAÇO E MÃO DIMINUIDA (++/5), EM VIRTUDE DA DOR E BLOQUEIO NO PUNHO, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE ANTERIOR DO PUNHO E ANTEBRAÇO, AUMENTO DO VOLUME DO PROCESSO ESTILOIDE, MÃO COM DESVIO NO SENTIDO ANTERIOR DECORRENTE DO DESALINHAMENTO DO RÁDIO E DA CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, DOR, EDEMA E BLOQUEIO MODERADO NO PUNHO, TREMORES PERIFÉRICO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, SUPINAÇÃO E PRONACÃO DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO.**

**AMPLITUDE DE MOVIMENTO ARTICULAR DO PUNHO: EXTENSÃO 20° / FLEXÃO 35°**

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

Sim  Não

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

Sim  Não

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

**DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO EM PUNHO DIREITO.**

*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"

"Sem sequela permanente"

*Esta avaliação médica deve ser repetida em dias*

*(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):

Região Corporal (Sequela):

**PUNHO - Lado Direito**

% do dano:  10% residual  25% leve

% do dano:  10% residual  25% leve

50% médio  75% intensa  100% completo

50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve

% do dano:  10% residual  25% leve

50% médio  75% intensa  100% completo

50% médio  75% intensa  100% completo

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

**VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO MODERADO DO PUNHO DIREITO.**

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

*Manoel Otálio Nascimento Júnior*

*Manoel Otálio Nascimento Júnior  
Clínica e Auditório Médico  
CRM 1827*



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE CARIRA - CARIRA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 059527/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/06/2019 11:27 Data/Hora Fim: 04/06/2019 11:53  
Delegado de Polícia: Alexandre Felipe de Andrade Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Regional de Carira  
Data/Hora do Fato: 30/04/2019 19:00

Local do Fato

Município: Carira (SE) Bairro: Centro  
Logradouro: SE 179 CEP: 49.550-000

Tipo do Local: Outro

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: VALDEMIR FRANCISCO DOS SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Carira Sexo: Masculino Nasc: 24/04/1974  
Profissão: Agricultor  
Estado Civil: Casado(a)  
Nome da Mãe: Leudice Maria de Jesus Nome do Pai: Aimiro Francisco dos Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 001.514.655-20

Endereço

Município: Carira - SE  
Logradouro: Povoado SÃO CARLOS  
Bairro: Povoado SÃO CARLOS  
Telefone: (79) 99849-9093 (Celular)

INVESTPREV

07 AGO 2019

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa IAE 7037	Renavam 00981948170
Número do Chassi 9C2KC08108R285115	Ano/Modelo Fabricação 2008/2008
Cor vermelha	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Carira	Marca/Modelo Honda/CG 150 TITAN KS
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Valdemir Francisco dos Santos	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Relata o noticiante que no dia 30/04/2019, estava vindo do Povoado Cumbequeiro, na cidade de Nossa Senhora da Glória,

Delegado de Polícia Civil: Alexandre Felipe de Andrade Monteiro  
Impresso por: Alyssen Wanney Santos Costa  
Data de Impressão: 04/06/2019 11:53

Página 1 de 2

PPn - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE CARIRA - CARIRA - SE

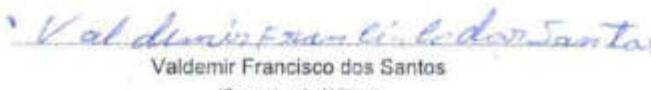
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 059527/2019

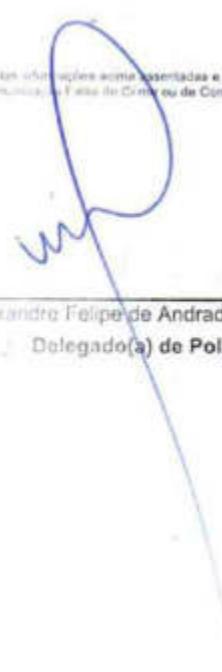
em sua motocicleta Honda CG 150 TITAN KS, quando nas imediações da ponte sobre o rio sergipe, na rodovia SE 179, veio um caminhão na outra mão de direção com o farol alto e em razão disso, o noticiante não viu um buraco na rodovia; Que ao passar pelo referido buraco, caiu no acostamento com sua motocicleta; Que o noticiante afirma que foi socorrido por sua esposa, após ligar para ela e foi levado ao hospital de Carira de onde foi reencaminhado para Hospital de Itabaiana, pois havia quebrado o braço.

ASSINATURAS

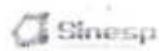
  
Alysson Wauney Santos Costa  
Responsável pelo Atendimento

  
Valdemir Francisco dos Santos  
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) (assento) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que da origem, conforme previsto nos Artigos 339-Demunicação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa do Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

  
Alexandre Felipe de Andrade Monteiro  
Delegado(a) de Polícia

INVESTPREV  
07 AGO 2019



Delegado de Polícia Civil: Alexandre Felipe de Andrade Monteiro  
Impresso por: Alysson Wauney Santos Costa  
Data de Impressão: 04/08/2019 11:53

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Atto



Nome: VALDEMIR FRANCISCO DOS SANTOS  
 Mãe: LEUDICE MARIA DE JESUS  
 Documento: R.G: 1247334 - CPF: 001.514.695-20  
 Médico Atendimento: NAILSON ALVES DOS SANTOS  
 Endereço: SAO CARLOS N°: BAIRRO: CENTRO CIDADE:CARIRA / SE

Prontuário: 213718 \* Registro: 18696  
 Idade: 45a 0m Nascimento: 24/04/1974  
 Data Atend. 30/04/2019 as 19:19:00 h  
 Sexo: Masculino

30/04/2019 19:28 Anamnese - ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO  
 COREN: SE-543171 LARISSA OLIVEIRA DE LIMA

## ANAMNESE

Tipo

Acolhimento

OK

Nível de consciência

Alerta/Orientado

Alergias/Intolerância

Não

Medicamento em uso

Não

Queixa

QUEDA DE MOTO, COM DOR E EDEMA EM MÃO DIREITA, NEGA VÓMITOS E DESMAIO NO LOCAL. REFERE ESTAR SEM CAPACETE

## Sinais Vitais

Pressão Arterial Frequência Cardíaca Saturação de Oxigênio

122x84 mmHg 70 bpm 99 %

Classificação

Verde

LARISSA OLIVEIRA DE LIMA - COREN-SE-543171-ENF -

543171

Assinatura do Profissional

Queda de moto. Gásbar 10. Sem ósso,  
 sem fratura. 1960 D 90,00  
 1. Proced. cirúrgica. Cr + 100,00  
 2. Anestesia. 100,00  
 3. Anestesia de fratura

Dr. Nailson M.