



**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	Distribuição: 19/02/2020
Número Único: 0000483-23.2020.8.25.0013	Competência: Carira
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

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 Apensados:

--

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: 000000008189-6

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

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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 22 93 29, data de expedição / / ,
Órgão , portador do CPF nº 33.5.679.698-46
com domicílio na cidade de Caruaru, no Estado de
Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Praca Jorita Maria De Aragão, nº 11,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado 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: PASIMOTO-ICL67A Modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS Ano: 2008
Placa: IAE 703Z Chassi: 9C2KC08108R285115
Data do Acidente: 30/04/2019



Local e Data: Caruaru

Marcio Lins Dos Santos
Assinatura do Declarante

INVESTPREV

07 AGO 2019

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Selo TJSE:
201929548008582
Acesse:
www.tjse.jus.br/x/HHAZ2A

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO

Felipe Barreto Anunciação
Tabelião Interino
Mayra Douglas Santos Andrade
Escrevente

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

Caruaru(SE), 12 de junho de 2019.

"Em Teste: da verdade"

O Tabelião Interino do 1º Ofício
Comarca de Caruaru(SE)



HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Receituário

Roberto Medeiros

Declaro para os

Senhores fiscais que o
Sr. Valdemir Francisco dos
Santos portador do nº 552.5
submetido a tentativa cirúrgica
envolvendo satisfatoriamente
as condições de
saúde.

Luciano Passos de
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 826

21-10-2019

Avenida 13 de junho, nº 776 - Centro - Itabiana-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
[] 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. PATOL

Maria Yaze da Costa da Costa
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL


ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

RECEITUÁRIO

✓ VALDEMAR F. DOS SANTOS

Do ORTOPEDISTA
MRI

DUZA DE FOTO COM
RECONSTRUÇÃO EM PUNHO
DIREITO. FOTO A NALGOSIA
e IMPLANTAR


Dr. Nelson Alves
Médico
CRM 5143

30.04.19

MS-DATASUS
VERSÃO: 16.30

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO
ESPELHO DA AIH

O.E.: M280290001
ESFERA: PRIVADO
APRESENTAÇÃO: 07 / 2019
DATA: 20/07/2019

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 solíc: 980016000138321

CNES: 2477661 - 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
Doc: 1247334

Responsável pac.: ALMIRO FRANCISCO DOS SANTOS
Nome da Mãe: LEUDICE MARIA DE JESUS

Endereço: SÍTIO SAO CARLOS 01 Bairro: Z RURAL
Raça/Cor: 99-SEM INFORMACAO Etnia: 0000-NAO SE APLICA

Município: 280140 - CARIRA
UF: SE CEP: 49550-000
Telefone: (79)9994-24126
Muda Proc.?: NÃO

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 RADIO
Diag. secundário:

Complementar:
Causa Óbito:

Carater atendimento: 02 - URGENCIA
Modalidade: HOSPITALAR

Data internação: 13 / 05 / 2019
Data saída: 14 / 05 / 2019
Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO

Liberção SISAIH01:
AIH Anterior: -
AIH Posterior: -

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

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

PROCEDIMENTOS REALIZADOS						
Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtd	Compt 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	0702030996			55121602000199	2477661	1 05/2019 PLACA EM T 3,5 MM (DOIS 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	088719	001		

CID SECUNDÁRIO		
Cid	Característica	Descrição
W199	PREEXISTENTE	QUEDA SEM ESPECIFICACAO - LOCAL NAO ESPECIFICADO

Número de Nascidos		Número de Saídas		Nº Pré-Natal:	
Vivos:	Mortos:	Altas:	Transf.:	Óbitos:	

"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"

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HKI

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HKI

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Valdemir Francisco dos Santos

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700009151375502

8 - DATA DE NASCIMENTO

24/04/1974

9 - SEXO

Masc 1 Fem 3

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Elendice Maria de Jesus

12 - TELEFONE DE CONTATO

7999424128

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

Valdemir Francisco dos Santos

14 - TELEFONE DE CONTATO

7999424128

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

PV São Carlos

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Carira

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

5E4953000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dor, edema e dificuldade no
ambulaçao Dext

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

1. fratura humero

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

Exame de sangue e urina
pede de urina 5525

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

fratura humero

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

2428020407

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Luis de

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Dr. Luis de

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOE

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

281910153528-3

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

281910153528-3

Maria Alice Taveira

PRONTUÁRIO DE CLÍNICA CIRÚRGICA, MÉDICA E PEDIÁTRICA.

Data. Internamento

Data. Saída

Nº. da Internação

13/05/2019

14/05/2019

25921

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Cartão SUS: 7001009115413751502

NOME DO PACIENTE: Valdemir Francisco dos Santos

DATA DO NASC. 24/04/1974 SEXO: (X) Masc. () Fem.

NOME DA MÃE: Leudica Maria de Jesus

NOME DO RESPONSÁVEL: Almino Francisco dos Santos

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

LOGRADOURO: São Carlos Nº

BAIRRO: Zona Rural CEP: 49.550-000 TEL: (41) 99942-4128

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

Nº. DOCUMENTO: 1247334

IDENTIFICAÇÃO DE INTERNAÇÃO

PROCED. SOLIC. 0408020407 CID PRINC. S-52.5

ESPECIALIDADES: (X) 01 CIRURGIA () 03 CLÍ. MÉDICA () 07 PEDIATRIA.

CARATER DE INTERNAÇÃO: () 01 ELET. (X) 02 URG.

MOTIVOS DE SAÍDA: () 41 ÓBITO (X) 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.	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
Tomografia ()				0002895
Tomografia ()				0002895
ECG				3073533
USG ()				



HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Diagnóstico Pré-operatório:

Chirurgie:

Auxiliares:

Anesthesiologists

Anesthesia

Diag. Pós-operatório:

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

DESCRICÃO DO ATO CIRÚRGICO

2. Incisão a 2 dedos da borda superior
da escarpa, 10/12 cm
seguindo a curvatura da escarpa

3. Incisão a 2 dedos da borda superior
da escarpa e 10/12 cm

4. Incisão a 2 dedos da borda superior
da escarpa e 10/12 cm

Date _____

Assinatura do cirurgião:

Av. 13 de junho, 776 - Centro - Telefone: 3432-9200 - Itabaiana-Sergipe

FICHA DE ANESTESIA

NOME: Valdemir Francisco dos Santos Nº PRONTUÁRIO: _____
 CONVÊNIO: _____ DATA 13/05/19 SEXO M COR _____ IDADE 45a PÉSO _____
 NATURAL _____ EST. CIVIL _____ SANGUE _____
 SETOR MÉDICO _____ AMBULATÓRIO _____ APTº _____ E. FÍSICO(ASA) _____
 DIAG PRE-OP Fratura de Ombro o 2
 CIRURGIA PROPOSTA Tratamento cirúrgico de fratura de Ombro
 DIAG POS-OP _____
 CIRURDIA REALIZADA _____
 PRÉ-ANESTÉSICO _____ HORA _____ EFEITO _____
 CIRURGIÃO Luciano Sampaio 1º AUXILIAR _____
 2º AUXILIAR _____ INSTRUMENTADOR _____
 AGENTE HORA _____

10:30

CARDIOSCOPIO
 OXÍMETRO
 CAPNÓGRAFO
 LÍQUIDOS

180
 160
 140
 120
 100
 80
 60
 40
 20

INDUÇÃO

MANUTENÇÃO

RECUPERAÇÃO

ANOTAÇÕES

• Cg. de oxigenação +
 equipamento de
 respiração
 • Equipamento de
 anestesia + Sonda
 de bloqueio de Ombro
 • Sonda de bloqueio
 de Ombro
 • Sonda de bloqueio
 de Ombro
 • Sonda de bloqueio
 de Ombro
 • Sonda de bloqueio
 de Ombro
 • Sonda de bloqueio
 de Ombro

DROGAS / MATERIAL	CONC.	QUANT	ANESTESIA	SEMI-REINALÇÃO	ABERTO	SEMI-TECHADO	CÍRCULO	VAZ VEM	S/C ABSORÇÃO
Propofol	2%	01	Sem-Reinalção	Aberto	Semi-techado	Círculo	Vaz Vem	S/C Absorção	
Propofol	2%	01	Orotraqueal - Nasotraqueal - Sonda				Respiração: Espont. - Auxil. - Contra - Mec. - M.		
Propofol	2%	01	Entub.				S/C Lesão		Aparelho
Propofol	2%	01	Posição	Local	Punção		Simples	C/Canal	Líquor
Propofol	2%	01	Pos. Após		Pos. Op		Duração de Op.		Duração da Anest.
Propofol	2%	01	Cond. Final	Resultado	S.R.	M.	Reflexos	Acordado - Sono - Adormecido	
Propofol	2%	01	Líquidos:		Sangue:		Anestesiologista		

FICHA DO ATO CIRÚRGICO

Nome: VALDEMIR FRANCISCO DOS SANTOS

Prontuário: 213718

Registro: 18695

Mãe: LEUDICE MARIA DE JESUS

Idade: 45a 0m Nascimento: 24/04/1974

Documento: R.G: 1247334 - CPF: 001.514.696-20

Data Atend. 30/04/2019 as 19:19:00 h

Médico Atendimento: NAILSON ALVES DOS SANTOS

Sexo: Masculino

Endereço: SAO CARLOS Nº: BAIRRO: CENTRO CIDADE: CARIRA / SE

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 Arterial Frequência Cardíaca Saturação de Oxigênio

122x84 mmHg

70 bpm

99 %

Classificação

Verde

Assinatura do Paciente ou Responsável

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

543171

Assinatura do Profissional

Queda de moto, Gasolina 15, sem capacete,
em movimento.

19:40 D 20:00

1º - 1º Exame, o 1º Exame, 1º Exame + 1º Exame.

2º - 2º Exame, 2º Exame, 2º Exame.

3º - 3º Exame, 3º Exame, 3º Exame.

Dr. Nailson
Médico
CRM 12345

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
Município.....: 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,

SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HRI

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HRI

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Valdemir Francisco dos Santos

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7100009151375502

8 - DATA DE NASCIMENTO

24/04/1974

9 - SEXO

MASC ☒ 1 FEM ☐ 3

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

7999424128

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

11 - NOME DA MÃE

Eudice Maria de Jesus

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

Valdemir Francisco dos Santos

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. São Carlos

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Caura

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

SE

19 - CEP

4955000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dor, edema e deformidade no
artelho Dmt

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Doença crônica

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

Exame clínico e radiológico

23 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Dor no artelho Dmt S52.5

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

54 951 72539

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Paulo Roberto

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Lactário

Ortopedia

CRA 000

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAS DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Data. Internamento

Data. Saída

N°. da Internação

13/05/2019

14/05/2019

25921

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Cartão SUS: 7001009115113751502

NOME DO PACIENTE: Valdemir Francisco dos Santos

DATA DO NASC. 24/04/1974

SEXO: (X) Masc. () Fem.

NOME DA MÃE: Leudica Maria de Jesus

NOME DO RESPONSÁVEL: Almirão Francisco dos Santos

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

LOGRADOURO: São Carlos

Nº

BAIRRO: Zona Rural

CEP: 46.550-000

TEL: (41) 99942-4128

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

N°. DOCUMENTO: 1247334

IDENTIFICAÇÃO DE INTERNAÇÃO

PROCED. SOLIC. 0408020407

CID PRINC. S-52.5

ESPECIALIDADES: (X) 01 CIRURGIA () 03 CLÍ. MÉDICA () 07 PEDIATRIA.

CARATER DE INTERNAÇÃO: () 01 ELET. (X) 02 URG.

MOTIVOS DE SAÍDA: () 41 ÓBITO (X) 12 ALTA M. () 14 ALTA PEDIDO () 16 EVASÃO () 31 TRANSF.

PROF. SOLICIT.: Luciano Barros

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 ()				

Nome: Valdemir Francisco da Silva Idade: 45 Enfermaria: E Leito: 2

DATA: 13/05/19

1º TURNO		2º TURNO		3º TURNO	
07:00 AS 13:00	Ass.	13:00 AS 19:00	Ass.	19:00 AS 07:00	Ass.

1.	Duto limpo de 2 a 6h	SND			
2.					
3.	gelco de 1 a 6h com 100ml	10	16x8	2x 24	
4.					
5.	heparina 1g IV 6/6h				
6.					
7.					
8.					
9.	Doppler 2 a 4 h de 10 a 12h	10	16x8	2x 24	
10.					
11.					
12.	Enfermagem	Recuse			
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.	ALTA HOSPITALAR				
21.					
22.	DIETA VO LIVRE				
23.					
24.					
25.					
26.					
27.					
28.					
29.					
30.					

Luciano Passos de Sousa
Oncologista / Traumatologista
CRM 866

Dr. Leonardo Passos
Oncologista / Traumatologista
CRM 4283 TEOT 14309

DATA HOSPITALAR:	Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho	SETOR:	LEITO:
ENTE:	IDADE:	SEXO:	REG:

DATA

HISTÓRICO

13/05

Amarelo e rubro a 14/05/15
Questão distal rubra. D

[Signature]
LUCIANO PASSOS L. JUNIOR
Otorrinolaringologista

14/05/15

O A T O P E O I A

12 D A.O.

FD. LILIT T. NO CA DE C. AS TUD

F.O. OK.

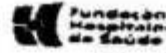
→ LO NOU to: ① O A T E N T A D E I

② A Z to H A T P I to u s b

[Signature]
Dr. Leonardo Passos
Otorrinolaringologista
CRM 258 TEOT 14309

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	Glicem
13/05/19	22:00	Adm. medicinal de liquório, cerfaue prurur medial. Aux. Virginia. -x-x-					
	06:00	Adm. de fígado 2x + Ref. 2 - 4h 20 p 2h 40 paciente, porém o fígado da pat. não se mantém o mesmo quadro clínico. Aux. Lúcia 722684					
	08:00	Paciente de alta hospitalar, entregue recarga e teste orientações. 6026,25					

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	Glicemia
13 DS 19	8h	paciente admitida neste setor procedente de sua residência em companhia de familiares para exame de fratura de punho. Paciente com HAS + DM + alteração mediana distal III e IV em jejum - descontrolada. 11/10/74 aux. freq. 70-84 103.					
13/05/79	10:00	Paciente ortopédica, dá entrada no C.C. procedente da clínica cirúrgica, em cadeira de rodas, acompanhado por familiar + funcionária da enfermaria, consciente, orientada, em boas condições gerais, para submeter-se à Tto cirúrgica de fratura de fratura de punho (D) aos cuidados de Dr. Luciano. Monitorizado, realizado AVP em MSE com gelos nº 20. Às 10:20 o ato anestésico aos cuidados de Dr. Yuri tem início, sob bloqueio de plexo + infiltração EV, sem intercorrências.	63			123 84	97/
	10:30	Início do ato cirúrgico, paciente monitorizado, sob efeito anestésico, com AVP em MSE com lona perfurada, em uso de O ₂ por cateter nasal 2l/min. Exame operatório sem intercorrências até o momento.	83			111 70	98/
	11:10	Fim do ato cirúrgico, paciente estável, conduzido à SRPA aos cuidados da equipe. Redução de fratura realizada com 1 placa em T 3x3 + 4 parafusos corticais nº 20 + 1 parafuso cortical nº 24 da eixo 3,5 (03.19). Azeite 722673 com 1 SE —	85			110 76	97/
	12h30	Paciente encaminhado a enfermagem. 16hs adm. Rodem e dipirona 1 comprimido cada. Prescrito suco de 60+15.					
	20h	Paciente estável, com curativo evoluindo satisfatoriamente. Suco de 60+15.					



Ficha de At
Cirúrgico

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Nome do Paciente:

Valdino Bruno de S

Diagnóstico Pré-operatório:

Prostata

Cirurgia realizada:

Prostata

Cirurgião:

Luiz Roberto

Auxiliares:

Anestesiologista:

Anestesia:

Diag. Pós-operatório:

cur

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Prostata e vesícula e ducto de
Acesso: suprapúblico, colocados uma
ferida entre a escrota e a
língua do osso, sobre a plexo
de base e "x", sobre a plexo
de base

Data:

13.05.2019

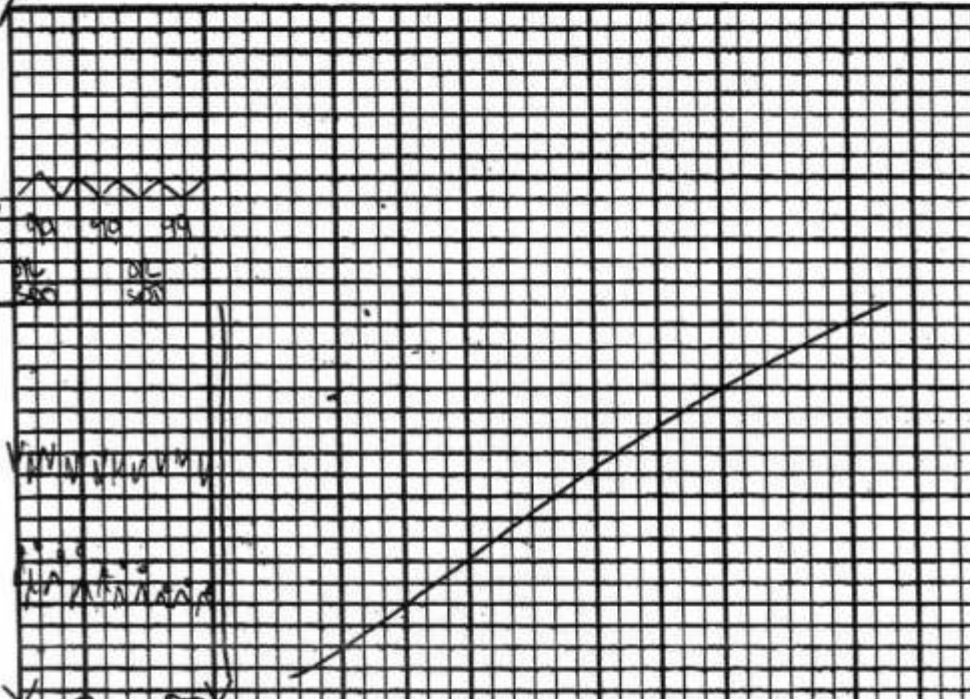
Assinatura do cirurgião:

Av. 13 de junho, 776 - Centro - Telefone: 3432-9200 - Itabaiana-Sergipe

FICHA DE ANESTESIA

NOME: Valdemir Francisco dos Santos Nº PRONTUÁRIO: _____
CONVÊNIO: _____ DATA 13/05/19 SEXO M COR _____ IDADE 45a PÉSO _____
NATURAL _____ EST. CIVIL _____ SANGUE _____
SETOR MÉDICO _____ AMBULATÓRIO _____ APTº _____ E. FÍSICO(ASA) _____
DIAG PRE-OP Neoplasia de Bexiga - 2
CIRURGIA PROPOSTA Tratamento cirúrgico de frotoma de Bexiga
DIAG POS-OP _____
CIRURDIA REALIZADA _____
PRÉ-ANESTÉSICO _____ HORA _____ EFEITO _____
CIRURGIÃO Luciano Bontor 1º AUXILIAR _____
2º AUXILIAR _____ INSTRUMENTADOR _____
AGENTE HORA _____

10:30



INDUÇÃO

MANUTENÇÃO

RECUPERAÇÃO

ANOTAÇÕES

[illegible]

DROGAS / MATERIAL	CONC.	QUANT.	ANESTESIA Bloqueio de Siles Inaguid						
Propofol 1% / ml	0,5%	01	Sem-Reinjeção	Aberto	Semi-fechado	Círculo	Vai e Vem	S/C Absorção	
Lidocaína	2%	01							
Propofol	2mg	01	Orotraqueal - Nasotraqueal - Sonda				Respiração: Espont.	Auxil. - Contra - Mec - M	
Propofol	100mg	01							
Propofol	1%	01							
Lidocaína	2mg	02	Entub.				S/C Lesão	Aparição	
Propofol	3mg	01	Posição	Local Puncão			Simples	C/Cateter Líquor	
Propofol	4mg	01							
Propofol	1g	01	Pos. Após	Pos. Op			Duração da Op.	Duração da Anest.	
Propofol	100mg	01							
			Cond. Final	Resultado:	B.R.	M.	Reflexos	Acordado - Sono - Adormecido	
			Líquidos:	Sangue:			Anestesiologista		

FICHA DO ATO CIRÚRGICO

Dr. Nancy MacKenzie
Assistant General Manager
1064106

ESPECIALIDADES:**CLÍNICA MÉDICA**

Dr. Gilson Teixeira

ORTOPEDIA

Dr. Gilson Teixeira

UROLOGIA

Dr. André Yoichi 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

TOXICOLÓGICOS

ULTRASSONOGRAFIA:

GERAL E

ESPECIALIZADA

PROCEDIMENTO:

PUNÇÃO DE MAMA

COM PATOLOGIA

LITOTRIPSIA

INFILTRAÇÃO ARTICULAR



CENTRO MÉDICO DE ITABAIANA

PEDRA NO RIM

DEU O RIM

DEU O RIM, DEU O RIM, DEU O RIM
O PCT VALDEMIR FERNANDES

NO (12-11) FOI VÍTIMA DE

AGENTE DE RUA NO
DIA 30-04-2019. TENDO
OCCORRÊNCIA EM RUA
D, HOJE ENCONTROU CONDI-
ÇÃO, COM SINAIS DE DE FORTA
EM MÃO D, E HOJE ENCONTROU
DE ALTA MÉDICA

Dr. Gilson Teixeira

- Médico

Sindicato Rural de Carira-SE

CRM-SE 4003

5:52.5



79 3431-3077



79 9 9992-9933

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 envie 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 Magalhães

Valdeide 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:	Nome completo da vítima:	
	001.514.695-20	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:		CPF:	
Valdemir Francisco Dos Santos		001.514.695-20	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Securador	Rua Jose Pedro Martins	20	Casa
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Centro	Carira	66	49.550-000
E-mail:	Tel (DDD):		
marcondelgioria@gmail.com	79-99189207		

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

RENTA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ 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) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data, <u>Carira 12.06.19</u>	TESTEMUNHAS
Nome: _____	1ª Nome: _____
CPF: _____	CPF: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura
Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura
Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura

INVESTPREV

07 AGO 2019

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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
INA: sorteios de segunda-feira a sábado. Após
147-320353552-3
27/MAT/2019 HORA DE 14:27:00
LOT. 22.012429-9 TERM 045213
LOCALIDADE: CARIRA
AG. VINCULADA: 4469 CONTROLE: 147400650
COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA 045213
NOME: VALDEMIR FRANCISCO DOS SANTOS
AGENCIA: 4469
OPERACAO: 013
CONTA-DV: 000.000.000.189-6
DATA DA ABERTURA: 27/05/2019
LOTERIAS CAIXA
147-320353552-3
1ª VIA

INVESTPREV

07 AGO 2019

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 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 (RADIO) 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 DIMINUÍDA (++/+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 PRONAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO.

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

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

DÉFICIT FUNCIONAL 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

PUNHO - Lado 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

- 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 Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
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)

Logradouro: SE 179

Bairro: Centro

CEP: 49.550-000

Tipo do Local: Outro

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

ENVOLVIDO(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: Almiro 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 notificante que no dia 30/04/2019, estava vindo do Povoado Cumbuqueiro, na cidade de Nossa Senhora da Glória,

Delegado de Polícia Civil: Alexandre Felipe de Andrade Monteiro

Impresso por: Alysson Wagner Santos Costa

Data de Impressão: 04/06/2019 11:53

Protocolo nº: 059527/2019

Página 1 de 2



PPa - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA 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(s) único(s) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que delibei, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Alexandre Felipe de Andrade Monteiro
Delegado(a) de Polícia

INVESTPREV

07 AGO 2019

Nome: VALDEMIR FRANCISCO DOS SANTOS
Mãe: LEUDICE MARIA DE JESUS
Documento: R.G: 1247334 - CPF: 001.514.693-23
Médico Atendimento: NAILSON ALVES DOS SANTOS
Endereço: SAO CARLOS Nº: _____ BAIRRO: CENTRO CIDADE: CARIRA / SE

Prontuário: 213718 * Registro: 18656
Idade: 45a Anos 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

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 Arterial Frequência Cardíaca Saturação de Oxigênio

122x84 mmHg 70 bpm 99 %

Classificação

Verde

Assinatura do Paciente ou Responsável

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

Assinatura do Profissional

Queda de moto, Gansbar 18, sem capacete,
em movimento.
19h40 D 20:00
1. Procurar o atendente e aguardar
2. Transferir para o pronto socorro
3. Ao receber o atendimento

Dr. Nailson
Médico