

# 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: 28/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 9.450,00

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

CLIENTE: EDEMILSON BOMFIM DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03532

CONTA: 000000024033-0

---

Nr. da Autenticação 5A673AA8B8C4E0B2

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180246559      **Cidade:** Frei Paulo      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDEMILSON BOMFIM DOS SANTOS      **Data do acidente:** 14/01/2018      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE DIÁFISE MEDIAL DO ÚMERO COM LESÃO DO NERVO RADIAL À ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** NO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, PERICIADO EM USO DE TIPÓIA TIPO AMERICANA, APÓS RETIRADA OBSERVAMOS FORÇA MUSCULAR DO ANTEBRAÇO E MÃO AUSENTE, CICATRIZES CIRÚRGICAS NUMULARES E LINEARES NA FACE LATERAL DO BRAÇO, DOR E PARESTESIA NO BRAÇO, ANTEBRAÇO E MÃO, PERDA DOS MOVIMENTOS DO ANTEBRAÇO E MÃO, ATROFIA MODERADA DO BRAÇO, ANTEBRAÇO E MÃO.

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU COMPLETO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 15/08/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Manoel Otacilio Nascimento Junior

**CRM do médico:** 1827

**UF do CRM do médico:** SE

## 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau completo - 100 %	70%	R\$ 9.450,00
		<b>Total</b>	<b>70 %</b>	<b>R\$ 9.450,00</b>

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**





### DELEGACIA PLANTONISTA DE ARACAJU

(DELEGACIA DE REGISTRO)  
RUA RUA LARANJEIRAS - ATÉ 1022/1023, CENTRO FONE: (79)3198-1100

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2018/06545.0-000232 - Alterado

#### DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE FREI PAULO  
Endereço: RODOVIA BR 235, KM 735, CEP 49514000, CENTRO FONE: (79)3447-1304

#### FATO

Data e Hora do Fato: //800 - : até //830 - :

Endereço: ZONA RURAL Número: Complemento: Rodovia estadual que liga o centro de Frei Paulo com o Povoado CEP: 49000-000  
Bairro: Povoado ALAGADICO Cidade: FREI PAULO - SE Circunscrição: COPCI-COORDENADORIA DE POLÍCIA DO INTERIOR

Tipo de local: VIA PÚBLICA Meio Empregado: NENHUM

#### VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: EDEMILSON BOMFIM DOS SANTOS  
Nome do pai: JOSE CARLOS BOMFIM DOS SANTOS Nome da mãe: ARISTER DE FARIAS  
Pessoa: Física CPF/CGC: 711.624.965-68 RG: 11682558 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE  
Naturalidade: ARACAJU Data de nascimento: 06/01/1974 Sexo: Masculino Cor da cutis: Parda  
Profissão: EDUCAÇÃO FÍSICA Estado civil: Solteiro Grau de instrução: 1º Grau Completo  
Endereço: RUA 192 -CONJ A FRANCO Número: 42 Complemento:  
CEP: 49.160-000 Bairro: COMPLEXO TAIÇOCA Cidade: NOSSA SENHORA DO SOCORRO UF: SE  
Proximidades: MERCEARIA PAIS E FILHOS Telefone: 99943-0641

#### VÍTIMA

Nome: MAYCON VINICIUS MONTEIRO BOMFIM DOS SANTOS  
Nome do pai: EDEMILSON BOMFIM DOS SANTOS Nome da mãe: ROSILENE MONTEIRO DOS SANTOS  
Pessoa: Física CPF/CGC: 000.000.000-00 RG: 39252175 UF: SE Órgão expedidor:  
Naturalidade: ARACAJU Data de nascimento: 18/11/2003 Sexo: Masculino Cor da cutis: Não informado  
Profissão: ESTUDANTE Estado civil: Solteiro Grau de instrução: Não informado  
Endereço: RUA 192 Número: 42 Complemento: CONJUNTO ALBANO FRANCO  
CEP: Bairro: TAIÇOCA Cidade: NOSSA SENHORA DO SOCORRO UF: SE  
Proximidades: Telefone:

SABEMI SEGURADORA S/A

28 MAI 2018

RECEBIDO

#### PERÍCIAS E ATENDIMENTO HOSPITALAR

Perícia: IML Guia de Exame  
Descrição: EXAME DE LESÕES CORPORAIS - EDEMILSON BOMFIM DOS SANTOS  
Perícia: IML Guia de Exame  
Descrição: EXAME DE LESÕES CORPORAIS - MAYCON VINICIUS MONTEIRO BOMFIM DOS SANTOS

#### HISTÓRICO

Relata o noticiante que no dia, hora e local supracitado estava conduzindo sua motocicleta Yamaha/XJ6, placa NVM-6820, cor branca, com seu filho na garupa, quando ao fazer uma curva se deparou com uma caçamba carregada que vinha no sentido contrário e invadindo um pouco a contra-mão. QUE tentou desviar, porém colidiu com a caçamba. QUE o motorista da caçamba não prestou socorro. QUE o noticiante e seu filho foram socorridos pelo SAMU. QUE o noticiante foi encaminhado para o Hospital Regional de Itabaiana, porém seu filho foi para o HUSE, nesta capital. QUE, as duas vítimas, ficaram internadas por quatro dias. QUE o noticiante fraturou o braço esquerdo, já seu filho fraturou o joelho e fêmur esquerdo. QUE os dois estavam usando capacete. QUE o noticiante possui habilitação categoria AB.

Acrescentado por Evangelina Alves Azevedo - 21/05/2018 às 15:07

→ Comparece nesta data o Noticiante para retificar a data e horário do acidente por estar inelegível onde o correto é dia 14/01/2018 entre 08 e 08:30 horas. É o exposto.

Data e hora da comunicação: 18/05/2018 às 16:35

Responsável pela Alteração: Evangelina Alves Azevedo

,Última Alteração: 21/05/2018 às 15:08.

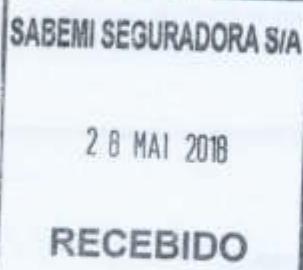
OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro: Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.



EDEMILSON BOMFIM DOS SANTOS  
Responsável pela comunicação



Evangelina Alves Azevedo  
Responsável pelo preenchimento



MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 495890 DATA: 14/01/2018 HORA: 10:14 USUARIO: JFSANTOS  
 CNS: SETOR: 05-SUTURA

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : EDEMILSON BOMFIM DOS SANTOS DOC...: 00  
 IDADE.....: 44 ANOS NASC: 06/01/1974 SEXO..: MASCULINO  
 ENDERECO...: AV COLETORA NUMERO: 283  
 COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: CENTRO  
 MUNICIPIO...: ARACAJU UF: SE CEP...: 49000-  
 NOME PAI/MAE.: JOSE CARLOS BOMFIM DOS SANTOS /ARISTER DE FARIAS  
 RESPONSAVEL...: AMIGA ALINE TEL...: 000  
 PROCEDENCIA...: ARACAJU - CAPITAL  
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO  
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO  
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

## DADOS CLINICOS:

Paciente vítima de colisão moto x carro. Neoplasia em nódulo  
 ABCD-OK. Foi constatado + f exp de urina  
 esp. urinário, e sangramento clínico.

## DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

## ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

Mobilizando queixas e sensibilidade pessimal.  
 Grande lesão de partes nobres.

## DIAGNOSTICO:

CID:

## PRESCRICAO

## HORAS DE SEGUINCIADA MEDICACAO

Dipoges, lg+ sonf AD in  
 Laxolax, lg in  
 GAT 1000 DT in.  
 dt Oxtm in

25 JUN 2018

## RECEBIDO

Silvana de S. Santana  
 PAIX de Enfermagem  
 CRM-SE 576422

## 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

Dr. Rodrigo Pires S. Lima  
 Cirurgia Geral  
 CRM-SE 5200  
 RECEBIDO

Assinatura do Paciente/Responsável

Paulo Octavio  
 Mba de C. Gicl

Dr. Rodrigo Pires S. Lima  
 Cirurgia Geral  
 CRM-SE 5200

Assinatura e Carimbo do Médico

Adriana Dantas Gomes  
 Téc. de Radiologia  
 CRTR nº 003847

643 610  
 605 679

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

No. Registro.: 19002

Numero do CNS: 000000000000000

Nome.....: EDEMILSON BOMFIM DOS SANTOS

Documento.....: 00

Nascimento...: 06/01/1974

Estado Civil.:

Idade.....: 44 - ANOS

Sexo.....: MASCULINO

Nome do Mec. : ADRIETE DE FARIAS

Endereço : AV. COLETORA 383 CASA CEP: 00048-000

Telephone : 222

Boletines • CENTRO

Manuscript accepted 2000-03-06

## 3.1.3.3. PROGRAMMING

Document ID: 14/01/2010



8: Escolar 8 m Ano

## PRESCRIÇÃO MÉDICA E DIETA

DATA	Idade: 44	Enfermaria: E	Leito: J	PRESCRIÇÃO MÉDICA E DIETA		
				07:00 AS 13:00	12 TURNO	2º TURNO
1.	1000 ml					
2.	1000 ml					
3.	1000 ml					
4.	1000 ml					
5.	1000 ml					
6.	1000 ml					
7.	1000 ml					
8.	1000 ml					
9.	1000 ml					
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.	1000 ml					
17.	1000 ml					
18.	1000 ml					
19.	1000 ml					
20.	1000 ml					
21.	1000 ml					
22.	1000 ml					
23.	1000 ml					
24.	1000 ml					
25.						
26.						
27.						
28.	970 ml 90% - 1000 ml JU					
29.						
30.						

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

Osvaldo Lacer

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

Osvaldo Lacer

Itabaiana Sergipe





## FICHA DE EVOLUÇÃO SOCIAL DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Edimilson Borges da Costa IDADE: 44

LOCALIDADE: Areias TELEFONE: \_\_\_\_\_ ENFERMARIA: ED



Nome do Paciente: Edson G. M. Soz

Diagnóstico Pré-operatório:

Cirurgia realizada: MC + fixar exarto

Cirurgião: Dr. Vansay Soz

Auxiliares: 2 enferm

Anestesiologista:

Anestesia:

Diag. Pós-operatório:

DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

P. 1 + D101 206 depois de msc  
mc + Anatom + Colocar de coxa ext

lavar exarto a BL de sfo, erg  
remover

Fixar de pano a ferir ext

Aplicar de pano

curar

curar: mudar fa de mc + anam  
restituir de mc contoh

Ob: Injetar a  
date

Assinatura do cirurgião:

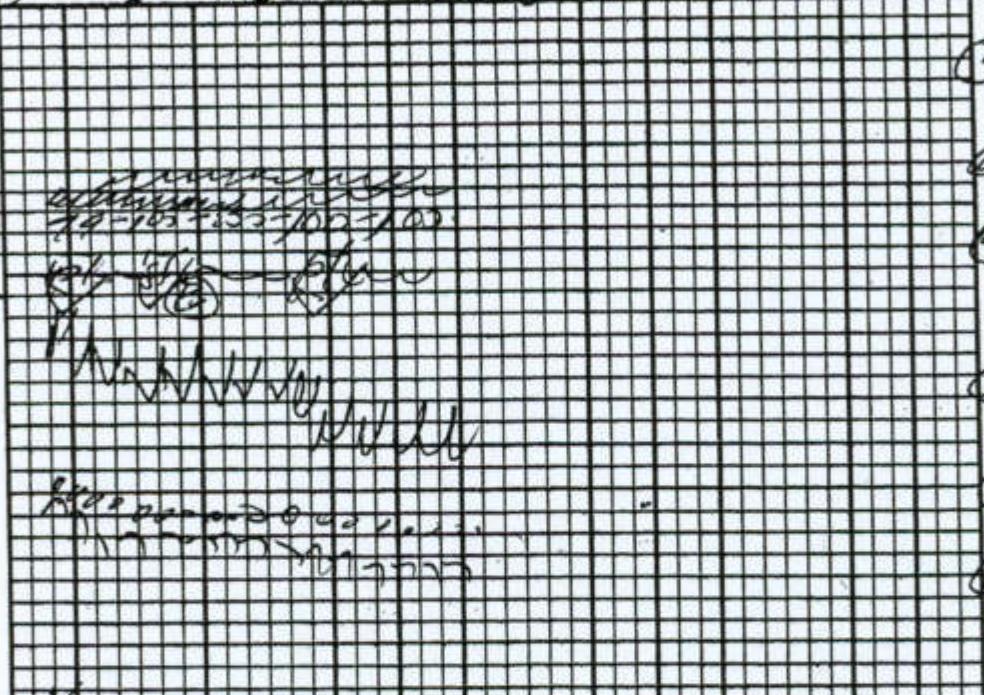
type franc

Rafael Gonçalves  
cirurgião e Traumatologista  
CRM-SE 4107  
CRAT21 CRM-SE 4107  
TEOT 15634

Av. 13 de junho, 776 - Centro - Telefone: 3432-9200 - CEP: 49100-000 - baiana-Sergipe

Rafael Gonçalves  
cirurgião e Traumatologista  
CRM-SE 4107  
CRAT21 CRM-SE 4107  
TEOT 15634

**FICHA DE ANESTESIA**

NOME: <u>EDUARDO GONÇALVES VANTU</u>		N° PRONTUÁRIO: _____	
CONVÉNIO: _____	DATA <u>14/01/18</u>	SEXO <u>M</u>	COR _____
NATURAL _____	EST. CIVIL _____		SANGUE _____
SETOR MÉDICO _____	AMBULATÓRIO _____	APTº _____	E. FÍSICO(ASA) <u>07</u>
DIAG PRE-OP <u>Fratura exposta. Ombro E.</u>			
CIRURGIA PROPOSTA _____			
DIAG POS-OP _____	<u>TRAT. CIRÚRGICO com Fixação de Frat. expost.</u>		
CIRURGIA REALIZADA <u>TRAT. CIRÚRGICO com Fixação de Frat. expost.</u>	HORA _____	EFEITO <u>UMER</u>	
PRÉ-ANESTÉSICO <u>DR. VINÍCIUS</u>	1º AUXILIAR <u>DR. RODRIGO</u>		
2º AUXILIAR _____	INSTRUMENTADOR _____		
AGENTE HORA <u>1100</u>	<u>1300</u>	INDUÇÃO	
			
U <sup>2</sup> CARDIOSCOPIO <u>100-150</u> OXIMETRO <u>100-100</u> CAPNOGRAFO <u>35-45</u> LÍQUIDOS <u>1000</u>			
180 160 140 120 100 80 60 40 20			
A C B D F			
ANOTACOES			
③ DOR NIVEL 1 05 mg ② TETRAN. 1. 1004g ④ XILOCAINA 1. + BUPIVACA 1/ 0,5g N 300 MANUTENÇÃO			
⑤ METOCLO 1 100 mg			
⑥ PROTEK 1 100 mg			
⑦ DEXAMET 10 mg			
RECURSAÇÃO SPP			
DROGAS / MATERIAL <u>ALVO - PEXO ALTAUR / PUPYL</u> CONC. <u>500</u> QUANT. <u>200</u> ANESTESIA <u>ALVO - PEXO ALTAUR / PUPYL</u> Sem Reintalação <u>Alvo</u> <u>Semi-fechado</u> <u>Círculo</u> <u>Via Vena</u> <u>S/C Aspiração</u> Orotráqueal - Nasotráqueal - Spontâneo <u>Respirador</u> <u>Esponj</u> <u>Alvo</u> <u>Contra - Mec - M</u> Entub. <u>S/C Lesão</u> <u>Aparelho</u> Posição <u>Local Puncão</u> <u>Simples</u> <u>C/Cateter</u> <u>Liquor</u> Pos. Após <u>Pos. Op.</u> <u>Duração da Op.</u> <u>Duração da Anest.</u> Cond. Final <u>Resultado: B.R. M.</u> <u>Reflexos:</u> <u>Acordado - Sono - Adormecido</u> Líquidos: <u>Sangue</u> <u>Anestesiologista</u>			

CHEGOU AO CC. EM USO DE  
FICHA DO ATO CIRÚRGICO

Dr. Márcio Menezes de Andrade  
Anestesiologista

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

FICHA DE INTERNACAO  
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo...: 19002  
Numero do CNS....: 0000000000000000  
Nome.....: EDEMILSON BOMFIM DOS SANTOS  
Documento.....: 00 Tipo :  
Data de Nascimento: 6/01/1974 Idade: 44 anos  
Sexo.....: MASCULINO  
Responsavel....: JOSE CARLOS BOMFIM DOS SANTOS  
Nome da Mae....: ARISTER DE FARIAS  
Endereco.....: AV COLETORA 283 CASA  
Bairro.....: CENTRO Cep.: 00049-000  
Telefone.....: 000  
Municipio.....: 2800308 - - SE  
Nacionalidade....: BRASILEIRO  
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 495890  
Clinica.....: 760 - ENF "J" ADULTO - CLINICA  
Leito.....: 999.0016  
Data da Internacao: 14/01/2018  
Hora da Internacao: 14:34  
Medico Solicitante: 838.568.035-72 - RODRIGO PIRES DE SOUZA LIMA  
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO  
Diagnostico.....: NAO INFORMADO  
Identif. Operador.: JFSANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

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

### Assinatura da Enfermagem (por extenso)

Honica

IE HOSPITALAR: *Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho*

RETURNS

LETTO:

Edemilson Borges dos Santos

1045

8510

PIEG