



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

**VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

Dados do Processo

Processo: 202040601040
Número Único: 0040452-81.2020.8.25.0001
Classe: Procedimento Comum
Situação: Andamento
Processo Origem: *****

Distribuição: 02/10/2020
Competência: Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito
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: EDNALDO ALVES SANTANA

Endereço: Rua C

Complemento:

Bairro: Soledade

Cidade: Aracaju - Estado: SE - CEP: 49089156

Requerente: Advogado(a): EDNALDO BEZERRA DA SILVA JUNIOR 11154/SE

Requerido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

Endereço: RUA SENADOR DANTAS

Complemento: 5º ANDAR

Bairro: CENTRO

Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20031205

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



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apenasdos:

--

Processos Dependentes:

--



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

**VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

PROCESSO:

202040601040

DATA:

07/01/2021

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20210104095600225 às 09:56 em 04/01/2021.

LOCALIZAÇÃO:

Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania de Aracaju

PUBLICAÇÃO:

Não



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO DA COMARCA DE ARACAJU/SE

Processo: 202040601040

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **EDNALDO ALVES SANTANA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **29/10/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **20/11/2019**.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descharacteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.367,90 (dois mil e trezentos e sessenta e sete reais e noventa centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

DAS INTIMAÇÕES

Para fins do expresso no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ, inscrita sob o nº 2595/SE, e-mail: kchrystian@hotmail.com, telefone: 79 9 9988 5315, sob pena de nulidade das mesmas.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de R\$ 2.367,90 (dois mil e trezentos e sessenta e sete reais e noventa centavos), após a regulação do sinistro.

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/02/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: EDNALDO ALVES SANTANA

BANCO: 237
AGÊNCIA: 00809-5
CONTA: 000000014705-2

Nr. Autenticação
BRADESCO12022020050000000002370080900000014705168750 PAGO

E houve a complementação,

³"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório." (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG , Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

17/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

680,40

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDNALDO ALVES SANTANA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00809-5

CONTA: 000000014705-2

Nr. Autenticação

BRADESCO1703202005000000000237008090000001470568040 PAGO

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituir a através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vínculo de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressalvar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.367,90 (dois mil e trezentos e sessenta e sete reais e noventa centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 29/10/2019. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de R\$ 2.367,90 (dois mil e trezentos e sessenta e sete reais e noventa centavos).

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda;

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.367,90 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESSENTA E SETE REAIS E NOVENTA CENTAVOS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁷.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁸

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

⁶"PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIAÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO. Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º,VIII, da Lei nº 8078/90. 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor."(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷"SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

⁸art.

1º

(...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do expresso no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono **KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ**, inscrito sob o nº 2595/SE, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

ARACAJU, 16 de dezembro de 2020.

KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ
2592 - OAB/SE

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;
- 8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRAADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/SE 780-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa da advogada **KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ**, inscrito na 2592 - OAB/SE, com escritório na RUA PACATUBA, N.º 254, SALA 210, CENTRO. ARACAJU/SE, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **EDNALDO ALVES SANTANA**, em curso perante a **VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO VADT** da comarca de **ARACAJU**, nos autos do Processo nº 00404528120208250001.

Rio de Janeiro, 16 de dezembro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/SE 780-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200058583

Vítima: EDNALDO ALVES SANTANA

Data do Acidente: 29/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDNALDO ALVES SANTANA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200058583 **Vítima: EDNALDO ALVES SANTANA**

Data do Acidente: 29/10/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDNALDO ALVES SANTANA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **EDNALDO ALVES SANTANA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000000809-5**

Conta: **000000014705-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200058583

Vítima: EDNALDO ALVES SANTANA

Data do Acidente: 29/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EDNALDO ALVES SANTANA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200058583 **Vítima: EDNALDO ALVES SANTANA**

Data do Acidente: 29/10/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDNALDO ALVES SANTANA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 680,40

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

Graduação: Complemento por reanálise 7.2%
% Invalidez Permanente DPVAT: (7.2% de 70%) 5,04%

Valor a indenizar: 5,04% x 13.500,00 = R\$ 680,40

Recebedor: **EDNALDO ALVES SANTANA**

Valor: **R\$ 680,40**

Banco: **237**

Agência: **000000809-5**

Conta: **000000014705-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200058583

Vítima: EDNALDO ALVES SANTANA

Data do Acidente: 29/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDNALDO ALVES SANTANA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 27/03/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Carta nº 15661193

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200058583 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDNALDO ALVES SANTANA **Data do acidente:** 29/10/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA DISTAL ESQUERDO (PAG.02)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) PLACA E PARAFUSO (PAG.16.31)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO

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 DE TORNOZELO ESQUERDO

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200058583 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDNALDO ALVES SANTANA **Data do acidente:** 29/10/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE DIÁFISE E EPÍFISE DISTAL DA TÍBIA A ESQUERDA

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE (++/4), FORÇA MUSCULAR DA Perna E PÉ DIMINUÍDA (++/5), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE ANTERO MEDIAL DA Perna E TORNOCOLO, AUMENTO DO VOLUME DA DIÁFISE E DA EPÍFISE DISTAL DA TÍBIA (CALO ÓSSEO), TÍBIA ARQUEADA DEVIDO A CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, ATROFIA MODERADA DA MUSCULATURA DA PANTURRILHA E PÉ, DOR, EDEMA EM FORMA DE BOTA, BLOQUEIO LEVE DO JOELHO E SEVERO DO TORNOCOLO E PÉ, RESTRIÇÃO LEVE DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO LATERAL E MEDIAL DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO E SEVERA DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOCOLO E PÉ. AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO JOELHO: EXTENSÃO 00° / FLEXÃO 45° AMPLITUDE ARTICULAR DO TORNOCOLO: DORSIFLEXÃO 05° / EXTENSÃO 10°

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO(A) MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/03/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO MODERADO DO TORNOCOLO ESQUERDO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 7,2 %	5,04%	R\$ 680,40
Total			5,04 %	R\$ 680,40

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: Ednaldo Alves Santana	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo: Ednaldo Alves Santana	6 - CPF: 517.584.235-87	9 - Número: 65	10 - Complemento: 11 - Bairro: Soleada
7 - Profissão: moto boy	8 - Endereço: Rua e. 151amento Ponto do Gringo	12 - Cidade: Aracaju	13 - Estado: Sergipe
14 - CEP: 49089-000	15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (91) 3223-0917	17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:		
18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:		
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
		<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 0809	CONTA: 0014705	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.

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

<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
<ul style="list-style-type: none"> • 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.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vel/nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

34	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Aracaju - SE, 03 Fevereiro 2020**

Ednaldo Alves Santana

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

**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: 3200058583
Nome do(a) Examinado(a): Ednaldo Alves Santana
Endereço do(a) Examinado(a): Rua C, 65 Lt Porto do Gringo
Soledade Aracaju SE CEP: 49089-156
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 898051
Data local do acidente: [29/10/2019]
Data local do exame: [03/03/2020] 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 DIÁFISE E EPÍFISE DISTAL DA TÍBIA A ESQUERDA

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

Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA COM 01 PLACA E 06 PARAFUSOS.

Complicações: BLOQUEIO LEVE DO JOELHO E SEVERO DO TORNOCÉLVEO E PÉ, RESTRIÇÃO LEVE DO MOVIMENTO DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO E GRAVE DO TORNOCÉLVEO E PÉ

Data da Alta: 05/11/2019

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

AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE (+++4), FORÇA MUSCULAR DA Perna E PÉ DIMINUÍDA (+++5), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE ANTERO MEDIAL DA Perna E TORNOCÉLVEO, AUMENTO DO VOLUME DA DIÁFISE E DA EPÍFISE DISTAL DA TÍBIA (CALO ÓSSEO), TÍBIA ARQUEADA DEVIDO A CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, ATROFIA MODERADA DA MUSCULATURA DA PANTURRILHA E PÉ, DOR, EDEMA EM FORMA DE BOTA, BLOQUEIO LEVE DO JOELHO E SEVERO DO TORNOCÉLVEO E PÉ, RESTRIÇÃO LEVE DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO LATERAL E MEDIAL DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO E SEVERA DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOCÉLVEO E PÉ.

AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO JOELHO: EXTENSÃO 00° / FLEXÃO 45°

AMPLITUDE ARTICULAR DO TORNOCÉLVEO: DORSIFLEXÃO 05° / EXTENSÃO 10°

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 LEVE EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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):

MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo

% 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

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.

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

Carimbo com Nome e CRM

Manoel Otávio Nascimento Júnior
Manoel Otávio Nascimento Júnior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 122472/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/11/2019 09:15 Data/Hora Fim: 20/11/2019 09:40
Delegado de Polícia: Daniela Ramos Lima Barreto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especial de Delitos de Trânsito

Data/Hora do Fato: 29/10/2019 19:00

Local do Fato

Município: Aracaju (SE)

Bairro: Atalaia

Logradouro: Avenida Santos Dumont

CEP: 49.037-475

Ponto de Referência: NO RETORNO DO CORPO DE BOMBEIROS

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: CAMILA DOS SANTOS CRUZ (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Aracaju Sexo: Feminino Nasc: 25/10/1993
Profissão: Estagiário Escolaridade: Ensino Superior Incompleto
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Maria Ines dos Santos Cruz Nome do Pai: Floriano Melo Cruz

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 058.813.765-01

RG - Carteira de Identidade: 22527613

Endereço

Município: Aracaju - SE

Nº: 65

Logradouro: R C

Complemento: LOTEAMENTO PORTO DO GRINGO

CEP: 49.089-156

Bairro: Soledade

Telefone: (79) 98869-5651 (Celular)

Nome Civil: EDNALDO ALVES SANTANA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AL - Porto Real do Sexo: Masculino Nasc: 18/02/1968
Profissão: Motoboy Escolaridade: Ensino Fundamental Completo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Rosalia Alves Santana

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 517.584.235-87

RG - Carteira de Identidade: 898.051

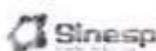
Endereço

Município: Aracaju - SE

Nº: 65

Logradouro: R C

Complemento: LOTEAMENTO PORTO DO GRINGO





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 122472/2019

Bairro: Soledade
Telefone: (79) 98869-5651 (Celular)

CEP: 49.089-156

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 517.584.235-87	Placa QME7212
Renavam 01176723291	Número do Motor KC22E1K006222
Número do Chassi 9C2KC2210KR007161	Ano/Modelo Fabricação 2019/2018
Cor VERMELHA	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Aracaju	Marca/Modelo HONDA/CG 160 TITAN
Modelo HONDA/CG 160 TITAN	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 26/12/2018	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Ednaldo Alves Santana	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Relata a comunicante que seu sogro conduzia a motocicleta acima mencionada, pelo local, dia e horário acima citados, quando ao fazer o retorno a pista estava escorregadia e perdeu o controle da moto e caiu e na queda fraturou a perna esquerda; Que a vítima foi atendida pelo SAMU e levada para o Hospital de Urgência de Sergipe - HUSE; Que a vítima fez a cirurgia no Hospital de Cirurgia.

ASSINATURAS

Roberval Rodrigues Bernardino
Agente de Polícia
Matrícula 549411
Responsável pelo Atendimento

Camila dos Santos Cruz
(Comunicante)

Roberval Rodrigues Bernardino
Agente de Polícia
Matrícula: 549.411 SSP/SE

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: Ednaldo Alves Santana	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo: Ednaldo Alves Santana	6 - CPF: 517.584.235-87	9 - Número: 65	10 - Complemento: 11 - Bairro: Soleada
7 - Profissão: moto boy	8 - Endereço: Rua e. 151amento Ponto do Gringo	12 - Cidade: Aracaju	13 - Estado: Sergipe
14 - CEP: 49089-000	15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (91) 3223-0917	17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).	
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	
<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> RS2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 0809	CONTA: 0014705
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____ 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.

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

<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
<ul style="list-style-type: none"> • 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.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vel/nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

NÃO ALFABETIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Aracaju - SE, 03 Fevereiro 2020

Ednaldo Alves Santana

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUpanca

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 680,40

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDNALDO ALVES SANTANA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00809-5

CONTA: 000000014705-2

Nr. Autenticação

BRADESCO1703202005000000000237008090000001470568040 PAGO

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUpanca

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDNALDO ALVES SANTANA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00809-5

CONTA: 000000014705-2

Nr. Autenticação

BRADESCO12022020050000000002370080900000014705168750 PAGO

PARA USO DOS CORREIOS - DEVOLUGA ELETTRÔNICA - CEDO	
01 - MUDOU-SE	<input type="checkbox"/> 07 - AUSENTE
Reintegro ao Serviço Postal em:	<input type="checkbox"/> 02 - ENDEREÇO INSUFICIENTE
08 - NÃO PROCURADO	<input type="checkbox"/> 03 - NÃO EXISTE Nº INDICADO
09 - NÃO DANIIFICADO	<input type="checkbox"/> 04 - FALCIDO
Rubrica do Responsável:	<input type="checkbox"/> 11 - END. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE
<input type="checkbox"/> 12 - FALTA COMPLEMENTO (COLLETIV / GU)	<input type="checkbox"/> 05 - DESCONHECIDO
<input type="checkbox"/> 13 - CAIXA POSTAL CANCELADA	<input type="checkbox"/> 06 - RECUSADO
Matrícula:	<input type="checkbox"/>

HONDA
Consórcio



22/10/2019



ARIANE S SOCORRO

CTCE SALVADOR BA PL7
EDNALDO ALVES SANTANA
RUA C 65 LOT PORTO DO GRINGO
SOLEDADE
49089-000 ARACAJU SE

42001/85S-1-4

A standard linear barcode is located at the bottom of the page, consisting of vertical black lines of varying widths on a white background.

Data da postagem: 28/10/19

00025070

7213343637214020000008098530281019

SA0080985 TGS

Intispar S.A. de Comercio Nacional Honda Ltda.
Central de Atendimento ao Cliente: (11) 2172-7100 /
j. 45 441.789/0001-54
Serviço de Atendimento ao Cliente: (11) 2172-7100 /
Atendimento às Pessoas com Deficiência Auditiva: 0800 722 2340
Senedor Roberto Simonsen, 304 - Santo Antônio
Atendimento às Pessoas com Deficiência Auditiva: 0800 722 2341
Ovidória: 0800 771 5707
www.consortiacionarionalhonda.com.br
j. 09530-401
Cachorro do Sul - SP



Consortio
HONDA

Baixe o Appativo "Meu Consorcio".

Os serviços do Consorcio Honora que você mais utiliza agora na palma da sua mão!

Boletos Eletrônicos | Extrato | Detalhe Automático | Novo | Assinatura de Segurança | Assinatura de Lançar | Assinatura de Resposta | Detalhe Automático | Detalhe Automático | e-mail | +

Chapinete | Pratiquemate na net | Use esse link para gerar o QR code e fazer o download do aplicativo. Aproveite essa facilidade!

www.consorciodohonra.com.br

App Store | Google Play | QR code



GOVERNO DE SERGIPE
SISTEMA INTERFEDERATIVO DE GARANTIA DE ACESSO UNIVERSAL - SIGAU
COMPLEXO REGULATÓRIO DE SAÚDE DO ESTADO
CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS

DOCUMENTO ÚNICO PARA SOLICITAÇÃO DE VAGAS EM ENFERMARIA-DUSV E

NOME DO PACIENTE	EDNALDO ALVES SANTANA	DATA DE ADMIS:	29/10/19
NOME DA MÃE:	ROSALIA ALVES SANTANA	DATA DE NASCIN	18/02/68
ENDEREÇO:	RUA C LOT PORTO DO GRINGO Nº 06	IDADE:	51
CNS:	707607295153094	PLANO DE SAÚDE:	NÃO
NATURALIDADE:	ARACAJU -SE	MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:	ARACAJU
TELEFONE PARA CONTATO:	-79	REGIÃO DE SAÚDE:	

UNIDADE PRODUTIVA:	PRONTO SOCORRO ÁREA AZUL () ÁREA VERDE (X)
OUTROS:	

QUEIXA PRINCIPAL E DURAÇÃO:
DOR EM Perna ESQ. , APOS ACIDENTE DE MOTO HA 01 DIA

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO

ANTECEDENTES PESSOAIS E COMORBIDADES:
NÃO

RESUMO DOS RESULTADOS DE EXAMES GRÁFICOS E POR IMAGENS(ANEXAR CÓPIAS DOS RESULTADOS E LAUDOS)
RX + LABORATORIO

RESUMO DE AVALIAÇÕES DOS ESPECIALISTAS (ANEXAR CÓPIAS DE LAUDOS E/OU AVALIAÇÕES)
FRATURA DE TIBIA DISTAL ESQ.

RESUMO DA TERAPÊUTICA INSTITUÍDA E RESULTADOS
ANALGESIA + PROFILAXIA DE TVP

PARAMÉTROS CLÍNICOS E LABORATORIAIS						
PRESSÃO ARTERIAL	SATURAÇÃO DE O2	FREQUÊNCIA CARDÍACA	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	GLICEMIA	URÉIA	CREATININA
130x92	98%	80	18	105	120	120
HEMOGLOBINA	LEUCÓCITOS	POTÁSSIO	USO DE O2: NÃO () SIM ()	SECRETIVO: SIM () NÃO ()	INTUBADO: SIM () NÃO ()	COLAR CERVICAL: SIM () NÃO ()

12.9	13.1	nao	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
INFORMAÇÕES CLÍNICAS ADICIONAIS						
DOENÇA CRÔNICA JANÇADA: SIM/NÃO	INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: SIM/NÃO	ALIMENTAÇÃO: ORAL () SNE () NPT () GTT ()	ISOLAMENTO: SIM () RESPI () CONTATO () NÃO	INSUF. RENAL: SIM/NÃO	ANTIBIÓTICOS: DIAS DE USO (Dx)	ESCALA DE COMA DE GLASGOW: AO/MRV/MRM
NAO	NÃO	ORAL	NÃO	NÃO	NÃO	15
MOTIVOS DE SOLICITAÇÃO:						
EAMBULA	CADEIRANTE	ACAMADO	OUTROS			
NÃO	NÃO	SIM				

HIPÓTESE(S) DE DIAGNÓSTICO(S)

FRATURA DE TIBIA DISTAL ESQ.

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

FALTA DE VAGA

É VEDADO AO MÉDICO

Art. 35. Exagerar agravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

Art. 41. Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

Médico Solicitante

Data: 30/10
Hora:

Assinatura:
Carimbo:

Antônio Franco Cunhal
Ortopedia / Traumatologia
CRM-SP

NIR

Data: 30/10 Hora: 14:07

Responsável: GILVANIA ALVES VENTANHA
CAROLINE VENTANHA

Médico do NIR

Data:
Hora:

Assinatura:
Carimbo:

CRL (RECEBIMENTO)

Data: Hora:

Responsável: -

CRL (Autorização)

Data: Hora:

MR:

Código:

Assinatura:

ATENÇÃO

A primeira solicitação deverá ser enviada à Central de Regulação de Leitos através do DUSV Enfermaria devidamente preenchido no máximo 03 horas a partir da data e hora da solicitação. As atualizações dar-se-ão a cada 24 horas a partir da primeira solicitação e deverão ser registradas em Formulário de informações complementares e enviadas à Central e Regulação de Leitos, cumprindo o mesmo prazo definido no item anterior.

Este DUSV UTI terá validade máxima de 03 dias a partir da data da primeira solicitação.

DUSV UTI, 2017. COPYRIGHT SIGAU. COMPLEXO REGULATÓRIO DE SAÚDE. REDE ESTADUAL DE SAÚDE.

NOME DO PACIENTE: Ednaldo Alves Santana.
DATA DA ENTRADA: 01/10/2019
DATA DA SAÍDA: 01/11/2019

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário, sem ter contato profissional com o paciente, isto é, a responsabilidade do atendimento cabe aos médicos que o assistiram.

INTERNAMENTO: PS (X) ENFERMARIA (X) UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente vítima de acidente motocicístico, deu entrada no HU/SÉ apresentando fratura da tíbia distal esquerda. Foi internado e transferido para o Hospital Cirurgia.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

ECG

Exames laboratoriais

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Júnior Marul S. Prates - CRM 5198

Dr. Afonso V. Neto - CRM 3352

Dr. Rafael Gonçalves - CRM 4707

Dr. Thiago M. Sheen - CRM 4728

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO () TRANSFERIDO (X) ÓBITO ()

ARACAJU, 19 de novembro de 2019

Ulme

Selma T. da C.S. Montalvão
Médica
CRM 1532

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 75067
CNS:

DATA: 29/10/2019 HORA: 19:45 USUÁRIO: ELMENEZES
SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
 NOME : EDNALDO ALVES SANTANA DOC...: 898051
 IDADE.....: 51 ANOS NASC: 18/02/1968 SEXO...: MASCULINO
 ENDERECO....: RUA C-LOT. PORTO DO GRINGO NUMERO: 6
 COMPLEMENTO...: 707607295153094 BAIRRO: SOLEDADE
 MUNICIPIO....: ARACAJU UF: SE CEP...: 49000-000
 NOME PAI/MAE.: NAO CONSTA /ROSALIA ALVES SANTANA
 RESPONSAVEL...: O PROPRIO TEL....:
 PROCEDENCIA...: ARACAJU - CAPITAL
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: SIM
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

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

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

DADOS CLÍNICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

Paciente vítima de queda de moto, sem calvário, nega trauma, nega dor, rejeita que após queda houve epicondilo do tântalo que faz tanta resolução espontânea.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM.

Ex. Piso: A - vis placa, em imobilizante (panel), de corolado; B - superco, prisma 15 mm.

PRESCRICAO	HORARIO DA MEDICACAO
<ul style="list-style-type: none"> - Rx: Poxona espiranda 2P; Tornozelo espiranda 2P. - Propofol 100mg + 100ml SF 0.9% IV. → Enxa fulta - Dexamex 1g em gelul AD IV. 20/20 	

DATA DA SAIDA: / /

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

[] ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAÚDE):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE): [] OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] TME [] ANAT [] DATOS

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBOS DO MÉDICO

EXAME DE RADIOLOGIA - HU/SE
REALIZADO EM 29/10/19
AS 10:41 HORAS

E CARIMBO
Juri Marcello Gomes
CIRURGIA GERAL
CRM/SE 5198

ato

de rotura de tendón
rotuliano, sobre el fórtan
de tibia. Fórtan de
ellos trunco

CD: Datto

CRM 3352
Orthopedia Traumatologia
Dr. Agente K Neto

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada.: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 75067
Clinica.....: 916 - PS INTERNACAO AZUL (MACA)
Leito.....: 916.0044
Data da Internacao: 30/10/2019
Hora da Internacao: 19:45
Medico Solicitante: 834.955.415-00 - IURI MARCEL ALVES PRATES
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: JOSEANESANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

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



Faturamento Huse <faturamentohuse@gmail.com>

Fwd: DUSV E - FBHC - ORTOPEDIA - EDNALDO ALVES SANTANA

nirhuse.crl <nirhuse.crl@gmail.com>

Para: faturamentohuse@gmail.com

31 de outubro de 2019 18:07

----- Forwarded message -----

De: CRL CRE <crl.complexoderegulacao1@gmail.com>

Date: qui, 31 de out de 2019 às 16:53

Subject: Fwd: DUSV E - FBHC - ORTOPEDIA - EDNALDO ALVES SANTANA

To: HUSE Enfermaria NIR <nirhuse.crl@gmail.com>, Cirurgia HC <nucleointernoderegulacao@fbhc.org.br>

Boa tarde,

Liberado leito D6 da Ortopedia 2 para EDNALDO ALVES SANTANA

Código autorizativo: RL3110HCO2LD6CL4

OBS 1: Realizar a transferência hoje até às 17h, caso não seja possível, realizar amanhã a partir das 7h.**OBS 2: O leito ficará reservado para determinado paciente por até 24h, a contar do envio deste comunicado.****OBS 3: A Unidade solicitante é responsável pelo transporte e pelo quadro clínico do paciente.****OBS 4: Caso ocorra alteração no quadro clínico, favor nos informar para suspendermos a regulação.****OBS 5: Leitos liberados a partir de 17h, deverão ser ocupados a partir das 7h da manhã, sendo este o horário que dará inicio a contabilização das 24h da reserva do leito.**

Atenciosamente,

Médico Regulador Caroline Lima

Complexo Regulatório de Saúde do Estado de Sergipe

A presente mensagem, suas continuações, antecedentes e seus eventuais anexos são de uso privativo e exclusivo de pessoas físicas e/ou jurídicas, entidades e órgãos autorizados pelo COMPLEXO REGULATÓRIO DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE e podem conter informações confidenciais e/ou privilegiadas. Fica terminantemente vedado copiar, mostrar, modificar, divulgar ou se beneficiar, mediata ou imediatamente, direta ou indiretamente, destas informações sem a autorização de seus criadores e autores. Caso este e-mail tenha sido recebido por engano, por obséquio, informe o remetente e apague/delete a mensagem imediatamente. O Complexo Regulatório de Saúde do Estado de Sergipe terá e se valerá do direito de pleitear reparação material, moral e de todas as ordens e níveis pelos danos causados pela utilização indevida das informações e de requisitar a aplicação das penalidades cabíveis e previstas na legislação brasileira vigente.

Núcleo Interno de Regulação - NIR/HUSE



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



PRONTO SOCORRO ADULTO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Edvaldo Idade: _____ Data: _____

EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA

30/10/19

NOME: EDNALDO ALVES SANTANA

ALA: VERDE TRAUMA 1 LEITO: CORREDOR GÊNERO: MASCULINO IDADE: 51

DIAGNÓSTICOS: FRATURA DE TIBIA DISTAL ESQ.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

*Pacote - mui br s quebr.
Eso: descontar curva de 10
VO (?)*

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta VO, LIVRE	<i>11 12 13</i>
2	SF0,9% 1500ML EV P/ 24HS	<i>11 12 13</i>
3	Keflin 1g, IV, 6h/6h OU Kefazol 1g, IV, 8h/8h SUSP	<i>11 12 13</i>
4	Ranitidina, 02 mL + 18 mL AD, IV, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, IV, às 6:00	<i>11 12 13</i>
5	Dipirona, 02 mL + 08 mL AD, IV, 6h/6h	<i>11 12 13</i>
6	Profenid, 01 ampola IV + 100mL SF0,9%, 12h/12h	<i>11 12 13</i>
7	Tramal 100mg + 250 ml SF0,9, IV, 8h/8h SUSP	<i>11 12 13</i>
8	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia	<i>11 12 13</i>
9	Bromoprida, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos SOS	<i>SOS</i>
10	Glicemia capilar, 6h/6h, se diabético	
11	Insulina regular, conforme glicemia:	
12	<200 = Ø 251 – 300 = 4U 351 – 400 = 8U	
13	201 – 250 = 2U 301 – 350 = 6U > 400 = 10U	
14	Glicose 25%, 40ml, IV, se glicemia < 70	
15	Captopril 25mg, VO, se PAS > 180mmHg ou PAD > 110mmHg SOS	<i>SOS</i>
16	CCGG + SSVV 6h/6h	
17	Gentamicina 240mg , EV, 1x/dia SUSP	
18	CURATIVO DIARIO 1X/DIA	
19		<i>Dr. Rafael Gonçalves Ortopedia e Traumatologia Ortopedia Pediátrica CRM/SE 4707 / TEC 16944 / TECP 810</i>
20		
21		
22		
23		

EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA 31/10/19

NOME: EDNALDO ALVES SANTANA

ALA: VERDE TRAUMA 1 LEITO: CORREDOR GÊNERO: MASCULINO IDADE: 51

DIAGNÓSTICOS: FRATURA DE TIBIA DISTAL ESQ.

EVOLUÇÃO MÉDICA: *Mal estab. Compr. ev. nra
dol. no mem. Acr. dnt 100
cp. vento*

PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO	
1	Dieta VO, LIVRE		600Z 100Z
2	SFO,9% 1500ML EV P/ 24HS		0600 1000
3	Keflin 1g, IV, 6h/6h OU Kefazol 1g, IV, 8h/8h SUSP		
4	Ranitidina, 02 mL + 18 mL AD, IV, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, IV, às 6:00		
5	Dipirona, 02 mL + 08 mL AD, IV, 6h/6h		
6	Profenid, 01 ampola IV + 100mL SFO,9%, 12h/12h		
7	Tramal 100mg + 250 mL SFO,9, IV, 8h/8h <i>(909)</i>		
8	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia		
9	Bromoprida, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos SOS		
10	Glicemia capilar, 6h/6h, se diabético		
11	Insulina regular, conforme glicemia:		
12	<200 = Ø 251 – 300 = 4U 351 – 400 = 8U		
13	201 – 250 = 2U 301 – 350 = 6U > 400 = 10U		
14	Glicose 25%, 40ml, IV, se glicemia < 70		
15	Captopril 25mg, VO, se PAS > 180mmHg ou PAD > 110mmHg SOS		
16	CCGG + SSVV 6h/6h		
17	Gentamicina 240mg , EV, 1x/dia SUSP		
18	CURATIVO DIARIO 1X/DIA		
19	<i>Passar</i>		
20	<i>Passar</i>		
21	<i>Passar</i>		
22	<i>Passar</i>		
23	<i>Passar</i>		

Nome do Paciente:

Einheit A 10

Indade:

Sect. 1

Unidade de Produção:

Leito®

Nº do Pronunciário:

EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

Página n° 2

ECG de Repouso

Exame: 8480

Reg.Clin.: VERDE TR

Data: 30/10/2019

Nome: EDNALDO ALVES SANTANA - HUSE 30.10.2019

FC 82 bpm

Filtros: 60Hz Muscular

Nasc.: 18/02/1968

DI 10

DII 10

DIII 10

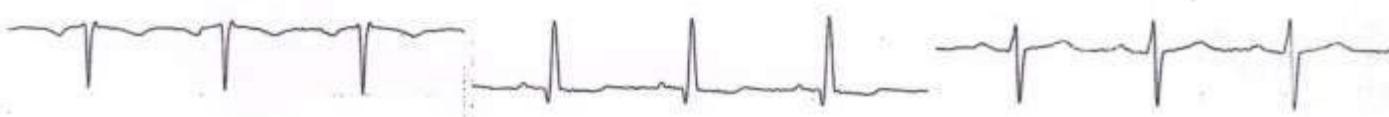
Vel.: 25 mm/s



aVR 10

aVL 10

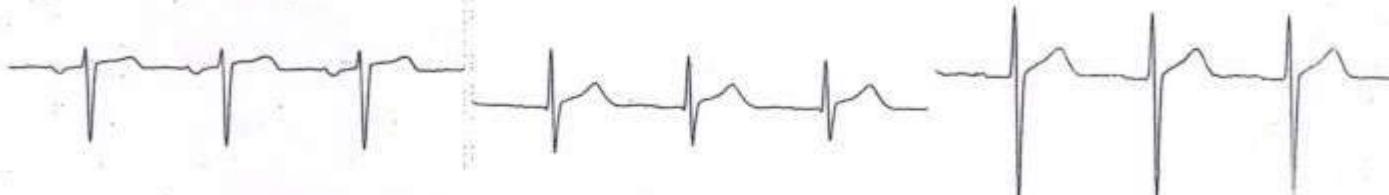
aVF 10



V1 10

V2 10

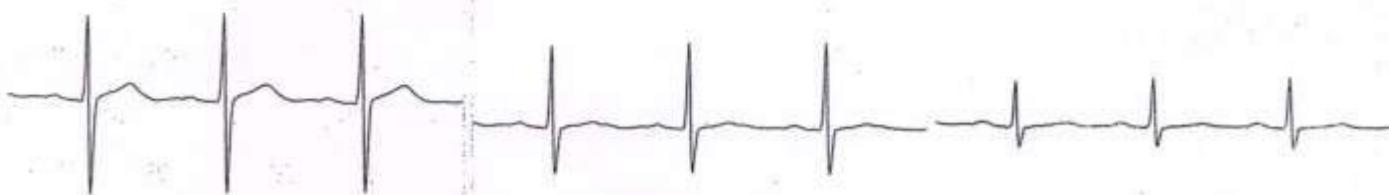
V3 10



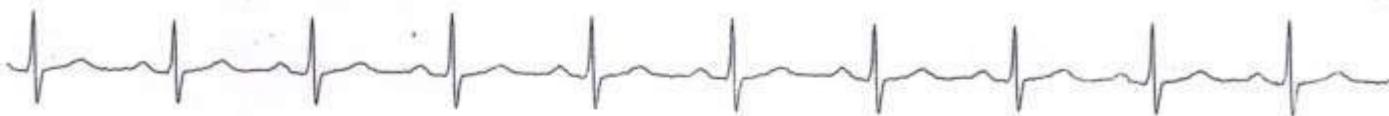
V4 10

V5 10

V6 10



DII 10



PRÉ OPERATÓRIO.

(c) MICROMED Biotecnologia

MS-DATASYS
VERSÃO: 16.72

O.E: M280030801

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
ESPELHO DA AIH

PAG: 1
DATA: 09/12/2019

Num AIH: 281910060631-1 Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 12/2019 Data Autorização: 31/10/2019

Especialidade: 01 - CIRURGICO Orgão Emissor: M280030801 CRC: Doc autorizador: 190136126980000 Doc med resp: 206790614650009 Doc diretor clínico: 206790614650009 Doc médico solic: 980016282474154 CNES: 0002283 - FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA CNS: 70760729515309-4

Paciente: EDNALDO ALVES SANTANA

Data Nasc.: 18/02/1968 Sexo: MASCULINO Responsável pac.: ERMOSA DA SILVA GOMES

Endereço: RUA C 65 Bairro: SOLEDADE Municipio: 280030 - ARACAJU

Nacionalidade: 010 - BRAZ
Raça/Cor: 03-PARDA Etnia: 0000-NAO SE APLICA

UF: SE CEP: 49089-156

Tipo Doc.: Identidade Doc: 898051

Procedimento solicitado: 04.08.05.050-0 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Procedimento principal: 04.08.05.050-0 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Diag. principal: S822-FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Complementar:

Caráter atendimento: 02 - URGENCIA

Data internação: 31/10/2019 Data saída: 05/11/2019 Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO

LIBERAÇÃO SISAIH01: AIH Anterior:

Diag. secundário:

Causa Obito:

Modalidade: HOSPITALAR

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]
CNPJ do Empregador: / -
Vínculo Previdência: CNAER: -
CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar	Valor p/ Qtde	Cmpt	Descrição
1	0408050500	9800160008932767225270(1)		0002283	0002283	1	11/2019	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
2	0408050500	98001628809739 225151(6)		3359948	3359948	1	11/2019	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
3	0702020902			02681701000169	02681701000169	1	11/2019	ELACADE/COMPRESSAO DINAMICA 45 MM
4	030101010170	190065103540004 225125		0002283	0002283	1	10/2019	CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO
5	030101010170	190065103540004 225125		0002283	0002283	4	11/2019	CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO
6	0302050019	980016293797847 223635		0002283	0002283	3	10/2019	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM
7	0302040024	980016293797847 223605		0002283	0002283	3	10/2019	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE

DADOS DE OPM

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Reg. ANVISA	CNPJ Fabricante
3	000041512	02.681.701/0001-69				

VALORES DA PRÉVIA	Serviço Hospitalar						TOTAL	
	Direto		Direto		Rateado			
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro		
03.01.01 CONSULTAS MEDICAS/OUTROS						37,63	37,63	
03.02.04-ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA	14,01						14,01	
03.02.05-ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA/ANAS	19,05						19,05	
04.08.05-MEMBROS INFERIORES	631,25			64,53	112,93		808,71	
07.02.03-OPM EM OR/OPEDIA		235,88					235,88	
Total Geral:	664,31	235,88		64,53	150,58		1.115,28	

CID SECUNDÁRIO

Cid	Característica	Descrição
V230	PREEXISTENTE	MOTOCICLISTA TRAUM. EM COL, C/CARRO, PICK-UP OU CAMINHON. - CONDUTOR TRAUM. EM ACID. A TRANSITO

Número de Nascidos Número de Saídas N° Pré-Natal:

Vivos: Mortos: Altas: Transf.: Óbitos:

"De acordo com a Portaria SAS/MS N° 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

FBHC
Serviço de Auditoria de

12/12/19
Ariane Ferreira da Motta
Supervisão Médica/SES
CRM-SE 8686
PF 876

12/2019
Pg 4

RAIOS - X CENTRO DIAGNÓSTICO POR IMAGENS



Rua Bahia, 988, Siqueira Campos - Aracaju - SE
Fone: (79) 3025-795

RESULTADOS DOS EXAMES

Protocolo: RX 35021-02 Atendimento: 13/12/19 - LKC1
Cliente: EDNALDO ALVES SANTANA
Identidade: 898051 /SE Nascimento: 18/02/1968, 51 anos
Contato: (79)99833-2833
Convênio: PAGO NA LACLISE

RADIOGRAFIA Perna Esquerda 02 posições

LAUDO:

Osteopenia justa articular.

Fratura no terço distal da tibia e placa e parafusos de fixação medial.



Dra. PATRICIA GOMES PINTO
CRM 1975

A avaliação clínica e técnica do laudo, é exclusivamente do médico. Em caso de dúvida, nossos profissionais estão à disposição para qualquer esclarecimento.

JESUS ESTÁ VIVO, BEM VIVO NO NOSSO MEIO, FIQUE EM PAZ!

O.E: M280030801	ESFERA: PRIVADO	APRESENTAÇÃO: 12 / 2019	DATA: 04/12/2019
Num AIH: 281910060631-1	Situação: APURADA	Tipo: 01-INICIAL	Apresentação: 12/2019
Especialidade: 01 - CIRURGICO		Orgão Emissor: M280030801	CRC:
Doc autorizador: 190136126980000		Doc med resp: 206790614650009	Doc diretor clínico: 206790614650009
CNES: 0002283 - FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA		Doc médico solic: 980016282474154	
- Paciente: EDNALDO ALVES SANTANA		CNS: 70760729515309-4	
Data Nasç.: 18/02/1968, Sexo: MASCULINO		Nacionalidade: 010 - BRASIL	Prontuário: 1138006
Responsável pac.: ERMOSA DA SILVA GOMES		Nome da Mãe: ROSALIA ALVES SANTANA	
Endereço: RUA C 65 Bairro: SOLEDADE		Raça/Cor: 03-PARDA Etnia: 0000-NAO SE APLICA	
Município: 280030 - ARACAJU		UF: SE CEP: 49089-156	Telefone: (79)9964-52741 Muda Proc.? : NÃO
Procedimento solicitado: 04.08.05.050-0 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA			
Procedimento principal: 04.08.05.050-0 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA			
Diag. principal: S822-FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA		Diag. secundário:	
Complementar:		Causa Obito:	
Calcular atendimento: 02 - URGENCIA		Modalidade: HOSPITALAR	
Data internação: 31/10/2019		Data saída: 05/11/2019	Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO
Liberação SISAIH01:		AIH Anterior:	
[Causas Externas (Acidente ou Violência)]		AIH Posterior:	
CNPJ do Empregador: . . . / . . . - . . .		CNAER: -	
Vínculo Previdência:		CBOR: -	

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtde	Cmpt	Descrição
1	0408050500 190065103540004	60001628809739 225151(6)	2352201	0002283	0002283	1	10/2019	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
2	0408050500 98001628809739 225151(6)	60001628809739 225151(6)	3359948	3359948	3359948	1	11/2019	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
3	0301010170 190065103540004	225125	0002283	0002283	0002283	1	10/2019	CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO
4	0301010170 190065103540004 225125	225125	0002283	0002283	0002283	1	11/2019	CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO

DADOS DE OPM

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Reg. ANVISA	CNPJ Fabricante
3	000041512	02.681.701/0001-69				

VALORES DA PRÉVIA	Serviço Hospitalar						TOTAL	
	Direto		Direto		Rateado			
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro		
04.08.05-CONSULTAS MEDICAS/OUTROS						57,05	57,05	
04.08.05-MEMBROS INFERIORES	631,25			64,53	112,93		806,71	
Total Geral:	631,25	235,88		64,53	150,56		1.082,22	

CID SECUNDÁRIO

Cid	Característica	Descrição
V230	PREEXISTENTE	MOTOCICLISTA TRAUM. EM COL. C/CARRO, PICK-UP OU CAMINHON. - CONDUTOR TRAUM. EM ACID. R-TRANSITO

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

"De acordo com a Portaria SAS/MS N° 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

SUS Sistema Ministério
Único de da
Saúde SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALARHOSPITAL
CIRURGIA

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

FUNDACÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

FUNDACÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

2 - CNES

0002283

4 - CNES

0002283

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

EDNALDO ALVES SANTANA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

707607295153094

11 - NOME DA MÃE

ROSALIA ALVES SANTANA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

ERMOSA DA SILVA GOMES/ESPOSA

15 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

RUA C N.65 SOLEDADE

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

ARACAJU

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

138086

10 - RACA/COR

8 - DATA DE NASCIMENTO

18/02/1968

9 - SEXO

Masc X 1

Fem 3

DDD: 79

79

DDD: 79

79

12 - FONE DE CONTATO

N.º DO FONE

96452741

14 - FONE DE CONTATO

N.º DO FONE

99191887

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

SE

19 - CEP

49089156

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente v. 70s, M, 18 ANOS, 06/02/2010
 20 dias. Diagnóstico: fratura de tibia e fíbula.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Instabilidade arterial

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

Neurofibria - exame físico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de tibia e fíbula

24 - CID 10 PRINCIPAL

S82

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

V230

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Instabilidade arterial

27 - CID 10 PRINCIPAL

S82

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

V230

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408950500

29 - CLÍNICA

30 - CARATER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Ednaldo Alves

() CNS () CPF

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

34 - N.º DO BILHETE

36 - N.º DA AUTORIZAÇÃO

Dr. Paulo Satotti

Ortopedia

CRM-4451/TEOT-12509

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N.º DO BILHETE

41 - SÉRIE

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

(

F.B.H.C- FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
 AV. DESEMBARGADOR MAYNARD, 174, UF:SE CEP:49075-170
 FICHA DE ADMISSÃO HOSPITALAR ATT: jane

ATENDIMENTO

ACOMODACAO: Enfermaria
 DIREITO A ACOMPANHANTE? Sim
 DATA: 31/10/2019 18:38:15 LEITO: MED GER. D06 - Ortopedia II
 TIPO: Urgência D27
 CONVENIO: SUS INTERNO
 PROFISSIONAL: 4451-PAULO MÁRCIO DE CARVALHO SALOTTI

PACIENTE

CARTÃO SUS: F07607295153044

ATENDIMENTO: 1138086

NOME: EDNALDO ALVES SANTANA
 ENDERECO: RUA C N.65 N°: 65
 BAIRRO: Soledade UF:SE CEP: 49089156
 CIDADE: Aracaju CPF: 51758423587
 FONE: 96452741/99191887 R.G: 898051
 DATA NASC.: 18/02/1968 IDADE: 51 SEXO: Masculino
 EST.CIVIL: Solteiro PROFISSÃO
 NOME DO PAI: NAO CONSTA NO DOC. APRESENTADO
 NOME DA MAE: ROSALIA ALVES SANTANA

RESPONSÁVEL:

NOME DO RESPONSÁVEL: ERMOSA DA SILVA GOMES /ESPOSA
 ENDERECO:
 BAIRRO: CIDADE: UF:

DADOS COMPLEMENTARES:

CID: S82.2-Fratura da diáfise da tibia
 ORIGEM: Aracaju
 DIAS INTERNAMENTO: 4
 PROC.SUS: 040805050-0 Tratamento Cirúrgico Da Diafise Da
 AIH.:

RX ↗ Pore: OK
 ↗ Pos: OK

Alta

05/11/19

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

ORTOPLAN
SERGIPE

IMPLANTES ORTOPÉDICOS



ORTOPLAN SERGIPE LTDA EPP
Av. Rio Branco, 186, Centro, 9º Andar, Sl. 811, 812, 813, 814, 817, 818
Aracaju/SE - CEP: 49010-030
CNPJ: 02.681.701/0001-69 - IE: 27.097.585-3 - Fone: (79) 3222-0250 / (79) 3222-0363

DANFE
DOCUMENTO
AUXILIAR DA
NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA

1

000.041.512
SÉRIE 3
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO

28191102681701000169550030000415121045663273

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e

www.nfe.fazenda.gov.br/portal

ou no site da Sefaz Autorizadora

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
328190012729218 11/11/2019 11:08:20

CNPJ

02.681.701/0001-69

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA

INSCRIÇÃO ESTADUAL

27.097.585-3

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

DESTINATÁRIO

NOME / RAZÃO SOCIAL

FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

ENDERÉCOS

DESEMBARGADOR MAYNARD, 174

MUNICÍPIO

ARACAJU

FATURA / DUPLICATA

000041512/001 10/02/2020 235,88

CALCULO DO IMPOSTO

BASE CALC ICMS	VALOR ICMS	BASE CALC ICMS ST	VALOR ICMS ST	TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	235,88
VALOR FRETE	VALOR SEGURO	VALOR DESCONTO	OUTRAS DESP.	TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	235,88

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEIC	UF	CNPJ / CPF
NOSSO CARRO	0-Remetente			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

ENDERÉCOS

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVICO	NCM/SH	CST	CPOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	ALÍO ICMS
21230	PARAFUSO CORTICAL 4.5X30 Registro ANVISA: 80057410010 Lote: (1) 408418	90211020	040	5102	UN	1	18,06	18,06	0,00	0,00	
40104500280	PF CORT 4,5X28MM Registro ANVISA: 10223680060 Lote: (2) 286118	90211020	040	5102	UN	2	18,06	36,12	0,00	0,00	
40104500409	PF CORT 4,5X40MM Registro ANVISA: 10223680060 Lote: (3) 0697818	90211020	040	5102	UN	3	18,06	54,18	0,00	0,00	
60410	PLACA ESTREITA 10F Registro ANVISA: 80057410007 Lote: (1) 193117	90211020	040	5102	UN	1	127,52	127,52	0,00	0,00	
	CONTINUAÇÃO - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES COD OPME: 0702030902- 01, PRONT: 1138086 ICMS:040/ISENTO DE ICMS CF ART. 8 INCISO IV DEC 17.037/97 FED 13/2012 ART 48 INC XXVIII DEC NR 14.876/1991 ART 25 III B 2 REPRESENTANTE: 001 VL A-002.023										

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Hospital.....: HOSPITAL DE CIRURGIA
DESEMBARGADOR MAYNARD 174
ARACAJU / SE CEP: 49055-210
CNPJ: 013.016.332/0001-06 IE: ISENTO
Paciente: EDNALDO ALVES SANTANA
Data cirurgia: 04/11/2019
Medico...: ANTONIO LARA
Convenio: SUS

RESERVADO AO FISCO

VIMAN Sistemas | www.vimansca.com.br
RECEBEMOS DE ORTOPLAN SERGIPE LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO. EMISSÃO:
11/11/2019 VALOR TOTAL: 235,88 DESTINATÁRIO: FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA - DESEMBARGADOR MAYNARD, 174, CIRURGIA.
49055-210-ARACAJU-SE

DATA DO RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e

000.041.512

SÉRIE 3

DATA: 02/11/19		TURNO DE ATENDIMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> MANHÃ <input type="checkbox"/> TARDE <input type="checkbox"/> NOITE					
AP: MULHER 82		FC: 82	FR:	PA:			T:
VA: VERA		RASS:	IMS: 1	MRC:	NC: Acordado		
GLASGOW:	SEDAÇÃO:	DVA:				SpO ₂ : 96%	
VENTILAÇÃO MECÂNICA: <input checked="" type="checkbox"/> NIVEL 1		DIAS DE VM:	MODO:	FIO ₂ :		CUFF: 1	
PARÂMETROS:							
MONITORIZAÇÃO VENTILATÓRIA:		Cest:	Cdin:	Res:	IRRS:	PaO ₂ /FiO ₂ :	
		Pinsp:	CV:	PO.1:	TRE:	TESTE DE CUFF:	
PROTOCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOCE:				<input type="checkbox"/> NÍVEL 1	<input type="checkbox"/> NÍVEL 2	<input type="checkbox"/> NÍVEL 3	<input type="checkbox"/> NÍVEL 4
REAVALIAÇÃO: Paciente acordado, VOFAA, eupneico, consciente e orientado, sem queixas e/ou sinais de desconforto respiratório. Colaborativa da conduta, realizada. Sinus tachycardia.							
CONDUTA: <input checked="" type="checkbox"/> FISIOTERAPIA MOTORA <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA							
DESMNAME: <input type="checkbox"/> SIMPLES <input type="checkbox"/> DIFÍCIL <input type="checkbox"/> PROLONGADO - HORAS: <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 - FALHOU PORQUE?							
<input type="checkbox"/> RPPI	<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE DECÚBITO	<input type="checkbox"/> TRE	<input type="checkbox"/> TMR	TIPO DE VNI:	TEMPO:	<input type="checkbox"/> RPPI	
<input type="checkbox"/> TEP	<input checked="" type="checkbox"/> POSICIONAMENTO	<input type="checkbox"/> AJUSTES NA VM	<input type="checkbox"/> INTUBAÇÃO	<input type="checkbox"/> EXTUBAÇÃO	DUTRAS:		
<input type="checkbox"/> THB	<input checked="" type="checkbox"/> EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS	<input checked="" type="checkbox"/> MONITORIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> TRANSPORTE	<input type="checkbox"/> RCP			
SECREÇÃO:		<input type="checkbox"/> PEQUENA <input type="checkbox"/> MÉDIO	<input type="checkbox"/> GRANDE	<input type="checkbox"/> FLUIDA	<input type="checkbox"/> ESPESSA	COR:	
CINESIOTERAP.A:		<input type="checkbox"/> PASSIVA	<input checked="" type="checkbox"/> ATIVA	<input type="checkbox"/> ATIVA ASSITIDA		<input checked="" type="checkbox"/> RESISTIVA	
<input checked="" type="checkbox"/> SEDESTAÇÃO NO LEITO	<input type="checkbox"/> S C/ MMII PEND	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> ORT	<input type="checkbox"/> S/L	<input type="checkbox"/> ME	<input type="checkbox"/> DEA	
META TERAPÉUTICA: - Prevenir imobilismo							
- Viviane Rezende Fisioterapeuta CREFIGO 246651 - F							
FISIOTERAPEUTA RESPONSÁVEL							
EXAME	HORA	RESULTADOS					
GASOMETRIA		pH:	PaO ₂ :	PCO ₂ :	HCO ₃ :	BE:	OBS:
GASOMETRIA		pH:	PaO ₂ :	PCO ₂ :	HCO ₃ :	BE:	OBS:
RAIO X:	RTA	OUTROS:					
DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:							
FISIOTERAPEUTA RESPONSÁVEL							
CONDUTA: <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA MOTORA <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA							
OBS:							

FICHA DE EVOLUÇÃO DA FISIOTERAPIA

NOME COMPLETO

Ednaldo Oliver Santana

DATA DE NASCIMENTO:

18/02/1968

LEITO:

D27

REGISTRO:

1138086

SEXO: MASCULINO FEMININO

IDADE: 51

DATA DE ADMISSÃO: 31/10/19

CONVÉNIO:

DIAGNÓSTICOS: Fratura de tília E

DATA: 01/11/19

TURNO DE ATENDIMENTO: MANHÃ TARDE NOITE

AP: MVt AHTx 20m RA

FC: 96 bpm

FR: 14 bpm

PA: 180 x 100 mmHg

T: 36.8

VA: VE 12 / SV

RASS:

IMS:

MRC:

NC:

GLASCOW:

SEDAÇÃO:

DVA:

SpO₂:

VENTILAÇÃO MECÂNICA:

DIAS DE VM:

MODO:

FIO₂:

CUFF:

/

PARÂMETROS:

MONITORIZAÇÃO VENTILATÓRIA:	Cest:	Cdin:	Res:	IRRS:	PaO ₂ /FiO ₂ :
	Plinsp:	CV:	P.01:	TRE:	TESTE DE CUFF:

PROTOCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOCE:

 NÍVEL 1 NÍVEL 2 NÍVEL 3 NÍVEL 4

REAVALIAÇÃO: Paciente encontra-se acordado, cooperativo, orientado, anestésico. Sodrinhos respiratórios misto, ritmo respiratório regular, torax e Abdômen normal. Tensão arterial e oxigênio arterial. Afrerente fratura de tília E. Múltiplas fraturas de M10. Dolor: 0. EVA: 0, com limitações graves para marcha. Alívio à paciente com os seguintes parâmetros: GV = FC: 86, FR: 14 bpm, T: 35.5°C, PA: 180/60 mmHg, AP: MVt AHTx 20m RA. EOGAB: 0. EVA: 0.

CONDUTA: FISIOTERAPIA MOTORA FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIADESMAME: SIMPLES DIFÍCIL PROLONGADO - HORAS: 2 4 6 - FALHOU PORQUE?

<input type="checkbox"/> RPPI	<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE DECÚBITO	<input type="checkbox"/> TRE	<input type="checkbox"/> TMR	TIPO DE VNI:	TEMPO:
<input type="checkbox"/> TEP	<input type="checkbox"/> POSICIONAMENTO	<input type="checkbox"/> AJUSTES NA VM	<input type="checkbox"/> INTUBAÇÃO	<input type="checkbox"/> EXTUBAÇÃO	OUTRAS: Inalações em tempo, inspiração forcada, manutenção de M10 e M11
<input type="checkbox"/> THB	<input checked="" type="checkbox"/> EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS	<input type="checkbox"/> MONITORIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> TRANSPORTE	<input type="checkbox"/> RCP	

SECREÇÃO: PEQUENA MÉDIO GRANDE FLUIDA ESPESSA COR:CINESIOTERAPIA: PASSIVA ATIVA ATIVA ASSISTIDA RESISTIVASEDESTAÇÃO NO LEITO: S C/ MMII PEND SP ORT S/L ME DEA

META TERAPÉUTICA: Promover expansão pulmonar e conforto respiratório; frenar, digerir, prevenir e controlar o estufamento. ACTS: Dayana Moraes

Thiago Abner

CREFI 10194009-F

Preceptor de Fisioterapia

FISIOTERAPEUTA RESPONSÁVEL

EXAME HORA RESULTADOS

GASOMETRIA pH: PaO₂: PCO₂: HCO₃: BE: OBS:GASOMETRIA pH: PaO₂: PCO₂: HCO₃: BE: OBS:

RA/O X: OUTROS:

DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:

CONDUTA: FISIOTERAPIA MOTORA FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA

FISIOTERAPEUTA RESPONSÁVEL

OBS:

FICHA DE EVOLUÇÃO DA FISIOTERAPIA

NOME COMPLETO:

Edmundo Alves Santana

DATA DE NASCIMENTO:

18/10/1968

LEITO:

D27

REGISTRO:

3138086

SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	IDADE: 51	DATA DE ADMISSÃO: 31/10/19		CONVÉNIO:					
DIAGNÓSTICOS: Fratura de Tibia E									
DATA: 05/11/19		TURNO DE ATENDIMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> MANHÃ <input type="checkbox"/> TARDE <input type="checkbox"/> NOITE							
AP: UMH ANT X sem RA		FC: 91 BPM	FR: 18 bpm	PA: 150 x 100 mmHg	T:				
VA: AA		RASS:	IMS: 1	MRC: 55	NC:				
GLASGOW: 14	SEDAÇÃO:	DVA:			SpO ₂ : 90%				
VENTILAÇÃO MECÂNICA:		DIAS DE VM:	MODO:	FIO ₂ :	CUFF: /				
PARÂMETROS:									
MONITORIZAÇÃO VENTILATÓRIA:		Cest:	Cdin:	Res:	IRRS: PaO ₂ /FiO ₂ :				
		Pinsp:	CV:	P.OI:	TRE: TESTE DE CUFF:				
PROTÓCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOCE:			<input type="checkbox"/> NÍVEL 1	<input type="checkbox"/> NÍVEL 2	<input type="checkbox"/> NÍVEL 3 <input type="checkbox"/> NÍVEL 4				
REAVALIAÇÃO: Pct com BEG. Condutas: Foram realizadas mobilizações articulares de membros e mnh (2x30), exercício respiratório diafragmático e reduções inspiratórias (2x10). SSVF: 81 BPM, 94% SpO ₂ , 140 x 100 mmHg, 16 bpm.									
CONDUTA: <input checked="" type="checkbox"/> FISIOTERAPIA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA									
DESMAME: <input type="checkbox"/> SIMPLES <input type="checkbox"/> DIFÍCIL <input type="checkbox"/> PROLONGADO - HORAS: <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 - FALHOU PORQUE?									
<input type="checkbox"/> RPPI	<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE DECÚBITO		<input type="checkbox"/> TRE	<input type="checkbox"/> TMR	TIPO DE VNI: TEMPO:				
<input checked="" type="checkbox"/> TEP	<input checked="" type="checkbox"/> POSICIONAMENTO		<input type="checkbox"/> AJUSTES NA VM	<input type="checkbox"/> INTUBAÇÃO	<input type="checkbox"/> EXTUBAÇÃO OUTRAS:				
<input type="checkbox"/> THB	<input checked="" type="checkbox"/> EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS		<input type="checkbox"/> MONITORIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> TRANSPORTE	<input type="checkbox"/> RCP				
SECREÇÃO:	<input type="checkbox"/> PEQUENA	<input type="checkbox"/> MÉDIO	<input type="checkbox"/> GRANDE	<input type="checkbox"/> FLUIDA	<input type="checkbox"/> ESPESSA COR:				
CINESIOTERAPIA:		<input type="checkbox"/> PASSIVA	<input checked="" type="checkbox"/> ATIVA	<input checked="" type="checkbox"/> ATIVA ASSISTIDA <input type="checkbox"/> RESISTIVA					
<input type="checkbox"/> SEDESTAÇÃO NO LEITO		<input type="checkbox"/> S C / MMII PEND	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> ORT	<input type="checkbox"/> S/L <input type="checkbox"/> ME <input type="checkbox"/> DEA				
META TERAPÉUTICA: Ana Gabriela Alves Santana - Estagiária				Natali Lima Aragão CREFI 0263966-F Preceptora UNIAGES FISIOTERAPEUTA RESPONSÁVEL					
EXAME	HORA		RESULTADOS						
GASOMETRIA			pH:	PaO ₂ :	PCO ₂ :	HCO ₃ :	BE:	OBS:	
GASOMETRIA			pH:	PaO ₂ :	PCO ₂ :	HCO ₃ :	BE:	OBS:	
RAIO X:				OUTROS:					
DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:					FISIOTERAPEUTA RESPONSÁVEL				
CONDUTA: <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA MOTORA <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA									
OBS:									

LAUDO MÉDICO SUPLEMENTAR

Nº DO LAUDO DE AIH	SEQUENCIA	Nº DO LAUDO DE ALTO CUSTO:	Nº DO CARTÃO SUS:	Nº DO PRONTUÁRIO
--------------------	-----------	----------------------------	-------------------	------------------

UNIDADE SOLICITANTE FUNDAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL DE CIRURGIA	CÓDIGO DA UNIDADE 0002283	CGC 13.016.332.0001-06
--	------------------------------	---------------------------

NOME DO AGENTE

NOME DA MÃE

ENDEREÇO COMPLETO

DATA DE INTERNACAO

HORA DE INTERNACAO

Hs. Min.

CARATER
 URG ELETIVA

TIPO

NÚMERO DO LEITO

ENFERM.

CPF MÉDICO SOLICITANTE

TIPO DE SOLICITAÇÃO		CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
<input type="checkbox"/> 1 - FERNANÊNCIA A MAIOR	<input type="checkbox"/> 4 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	<input type="checkbox"/> 7 - DIÁLISE	
<input type="checkbox"/> 2 - MEDICAMENTOS ESPECIAIS	<input type="checkbox"/> 5 - HEMODINÂMICA	<input type="checkbox"/> 8 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	
<input type="checkbox"/> 3 - NUTRIÇÃO PARENTERAL	<input type="checkbox"/> 6 - DIÁRIA DE RECÉM NASCIDO		
<input type="checkbox"/> 9 - HEMODERIVADOS	<input type="checkbox"/> 12 - UTI II	PROcedimento 1	QTDE
<input checked="" type="checkbox"/> 10 - USO DE ÓRTESE/PRÓTESE	<input type="checkbox"/> 13 - UTI III	PROcedimento 2	QTDE
<input type="checkbox"/> 11 - CIRURGIA MÚLTIPLA	<input type="checkbox"/> 14 - OUTROS	PROcedimento 3	QTDE
<input type="checkbox"/> 15 - DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> 16 - DIÁRIA DE UTI I	PROcedimento 4	QTDE
<input type="checkbox"/> 17 - MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
<input type="checkbox"/> 21 - NOVA AIH	<input type="checkbox"/> 23 - CUIDADOS PROLONGADOS	<input type="checkbox"/> 18 - MUDANÇA DE AIH 1 PARA AIH 5	
<input type="checkbox"/> 22 - PSIQUEIATRIA	<input type="checkbox"/> 24 - ACOMPANHANTE PÓS-TRANPLANTE	<input type="checkbox"/> 19 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5	
MÉDICO SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO)		<input type="checkbox"/> 20 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5 - PÓS TRANPLANTE	
DIRETOR CLÍNICO DA UNIDADE (ASSINATURA E CARIMBO)		CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
		DATA DA SOLICITAÇÃO	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

28. Place ore extinta 4-5--
26. Período cont. 4-5--

AMES COMPLEMENTARES

ITAMENTO

CEMENTO AUTORIZADO

RICAO DO NOVO PROCEDIMENTO

RIZADO

NÃO

MOTIVO DA REJEIÇÃO

Line Ferreira da Mota
Supervisão Médica SES
CRM-SE 3686

SUPERVISOR
(CARIMBO)

52/52/59

MÉDICO AUTORIZADO
(ASSINATURA / CARIMBO)

CPF / MÉDICO AUTORIZADOR

MÉDICO COORDENADOR DA AUDITORIA
(ASSINATURA / CARIMBO)



HOSPITAL
CIRURGIA

COMUNICADO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAL ESPECIAL (ORME)

NOME COMPLETO:		
Edmundo Alves santanna		
DATA DE NASCIMENTO:	LEITO:	REGISTRO:
		1538086

DIAGNÓSTICO: Fractura de la Tibia

CONVENIO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: Red. Ar- C/ Fáseocam

DATA DA UTILIZAÇÃO: 04/10/19

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

NOME

CBM

IDENTIFICAÇÃO DOS PRODUTOS

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

NOME: Artur

CARTABO/ ASSINATURA:

CONTROLE DA FARMÁCIA

DATA DO RECEBIMENTO:

500000000

1 ^º VIA PRONTUÁRIO	2 ^º VIA FORNECEDOR	3 ^º VIA FARMÁCIA
-------------------------------	-------------------------------	-----------------------------

RASTREAR IDADE DE INTEGRADORES QUÍMICOS

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO:

CIRURGÃO:

DR Antônio Lara
Lorena

ENFERMEIRO:

DR Penelope

ANESTESIOLOGISTA:

Laryssa
Marcelo

CIRUJANTE DE SALA:

Marcelo

INSTRUMENTADOR:

DATA 04/11/19

SALA CIRÚRGICA: 06

NOME COMPLETO

DATA DE NASCIMENTO:

08/10/18

LEITO:

REGISTRO:

Fernando Alves Sartana
1138086

GRAMPEAR INTEGRADORES QUÍMICOS NOS ESPAÇOS ABAIXO:

CP 03 EAPOTES 205 CAMPOS EPIST.

11/10/19 11/10/19 11/10/19
11/10/19 11/10/19 11/10/19

100ml
100ml

Caixa de Perfume Pente



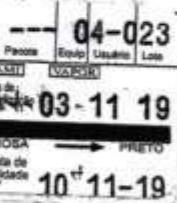
1st = 372
2nd = 3

1st = 11/10
2nd = 11/10/19

G. & M

artefax

EE 03/11/19
EE 03/11/19



HOSPITAL
CIRURGIA
FICHA DE ANESTESIA

NOME COMPLETO:

Sérgio Alves Santos

DATA DE NASCIMENTO:

LEITO:

REGISTRO:

1138086

SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	SALA OPERATÓRIA:			DATA DA CIRURGIA: 04/11/19	
IDADE: 51	COR:			CONVÉNIO:	
CIRURGÃO: Dr. LARA		ANESTESIOLOGISTA: Dr. Penelope			
1º AUXILIAR: —		2º AUXILIAR: —			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de tíbia (E)					
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O per					
CIRURGIA PROPOSTA: Correção de fratura (E)					
CIRURGIA REALIZADA: A ressecção		CÓDIGO CIRÚRGICO:			
PRÉ-MEDICAÇÃO: —		HORA:		RESULTADO: <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	
INÍCIO DA ANESTESIA	INÍCIO DA OPERAÇÃO	ALT DA ANESTESIA	RISCO OPERATÓRIO	ESTADO FÍSICO	
10:35	10:50	:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	
O ₂					
<input checked="" type="checkbox"/> MONITOR ECG		<input checked="" type="checkbox"/> OXÍMETRO PULSO		<input type="checkbox"/> CAPNÓGRAFO <input checked="" type="checkbox"/> AM NÃO INVASIVA <input type="checkbox"/> VENTILADOR	
FLUIDOS:					
ANOTACOES	<p>10:30 OK</p> <p>10:35</p> <p>10:40</p> <p>10:45</p> <p>10:50</p> <p>10:55</p> <p>11:00</p> <p>11:05</p> <p>11:10</p> <p>11:15</p> <p>11:20</p> <p>11:25</p> <p>11:30</p> <p>11:35</p> <p>11:40</p> <p>11:45</p> <p>11:50</p> <p>11:55</p> <p>12:00</p> <p>12:05</p> <p>12:10</p> <p>12:15</p> <p>12:20</p> <p>12:25</p> <p>12:30</p> <p>12:35</p> <p>12:40</p> <p>12:45</p> <p>12:50</p> <p>12:55</p> <p>13:00</p> <p>13:05</p> <p>13:10</p> <p>13:15</p> <p>13:20</p> <p>13:25</p> <p>13:30</p> <p>13:35</p> <p>13:40</p> <p>13:45</p> <p>13:50</p> <p>13:55</p> <p>14:00</p> <p>14:05</p> <p>14:10</p> <p>14:15</p> <p>14:20</p> <p>14:25</p> <p>14:30</p> <p>14:35</p> <p>14:40</p> <p>14:45</p> <p>14:50</p> <p>14:55</p> <p>15:00</p> <p>15:05</p> <p>15:10</p> <p>15:15</p> <p>15:20</p> <p>15:25</p> <p>15:30</p> <p>15:35</p> <p>15:40</p> <p>15:45</p> <p>15:50</p> <p>15:55</p> <p>16:00</p> <p>16:05</p> <p>16:10</p> <p>16:15</p> <p>16:20</p> <p>16:25</p> <p>16:30</p> <p>16:35</p> <p>16:40</p> <p>16:45</p> <p>16:50</p> <p>16:55</p> <p>17:00</p> <p>17:05</p> <p>17:10</p> <p>17:15</p> <p>17:20</p> <p>17:25</p> <p>17:30</p> <p>17:35</p> <p>17:40</p> <p>17:45</p> <p>17:50</p> <p>17:55</p> <p>18:00</p> <p>18:05</p> <p>18:10</p> <p>18:15</p> <p>18:20</p> <p>18:25</p> <p>18:30</p> <p>18:35</p> <p>18:40</p> <p>18:45</p> <p>18:50</p> <p>18:55</p> <p>19:00</p> <p>19:05</p> <p>19:10</p> <p>19:15</p> <p>19:20</p> <p>19:25</p> <p>19:30</p> <p>19:35</p> <p>19:40</p> <p>19:45</p> <p>19:50</p> <p>19:55</p> <p>20:00</p> <p>20:05</p> <p>20:10</p> <p>20:15</p> <p>20:20</p> <p>20:25</p> <p>20:30</p> <p>20:35</p> <p>20:40</p> <p>20:45</p> <p>20:50</p> <p>20:55</p> <p>21:00</p> <p>21:05</p> <p>21:10</p> <p>21:15</p> <p>21:20</p> <p>21:25</p> <p>21:30</p> <p>21:35</p> <p>21:40</p> <p>21:45</p> <p>21:50</p> <p>21:55</p> <p>22:00</p> <p>22:05</p> <p>22:10</p> <p>22:15</p> <p>22:20</p> <p>22:25</p> <p>22:30</p> <p>22:35</p> <p>22:40</p> <p>22:45</p> <p>22:50</p> <p>22:55</p> <p>23:00</p> <p>23:05</p> <p>23:10</p> <p>23:15</p> <p>23:20</p> <p>23:25</p> <p>23:30</p> <p>23:35</p> <p>23:40</p> <p>23:45</p> <p>23:50</p> <p>23:55</p> <p>24:00</p> <p>24:05</p> <p>24:10</p> <p>24:15</p> <p>24:20</p> <p>24:25</p> <p>24:30</p> <p>24:35</p> <p>24:40</p> <p>24:45</p> <p>24:50</p> <p>24:55</p> <p>25:00</p> <p>25:05</p> <p>25:10</p> <p>25:15</p> <p>25:20</p> <p>25:25</p> <p>25:30</p> <p>25:35</p> <p>25:40</p> <p>25:45</p> <p>25:50</p> <p>25:55</p> <p>26:00</p> <p>26:05</p> <p>26:10</p> <p>26:15</p> <p>26:20</p> <p>26:25</p> <p>26:30</p> <p>26:35</p> <p>26:40</p> <p>26:45</p> <p>26:50</p> <p>26:55</p> <p>27:00</p> <p>27:05</p> <p>27:10</p> <p>27:15</p> <p>27:20</p> <p>27:25</p> <p>27:30</p> <p>27:35</p> <p>27:40</p> <p>27:45</p> <p>27:50</p> <p>27:55</p> <p>28:00</p> <p>28:05</p> <p>28:10</p> <p>28:15</p> <p>28:20</p> <p>28:25</p> <p>28:30</p> <p>28:35</p> <p>28:40</p> <p>28:45</p> <p>28:50</p> <p>28:55</p> <p>29:00</p> <p>29:05</p> <p>29:10</p> <p>29:15</p> <p>29:20</p> <p>29:25</p> <p>29:30</p> <p>29:35</p> <p>29:40</p> <p>29:45</p> <p>29:50</p> <p>29:55</p> <p>30:00</p> <p>30:05</p> <p>30:10</p> <p>30:15</p> <p>30:20</p> <p>30:25</p> <p>30:30</p> <p>30:35</p> <p>30:40</p> <p>30:45</p> <p>30:50</p> <p>30:55</p> <p>31:00</p> <p>31:05</p> <p>31:10</p> <p>31:15</p> <p>31:20</p> <p>31:25</p> <p>31:30</p> <p>31:35</p> <p>31:40</p> <p>31:45</p> <p>31:50</p> <p>31:55</p> <p>32:00</p> <p>32:05</p> <p>32:10</p> <p>32:15</p> <p>32:20</p> <p>32:25</p> <p>32:30</p> <p>32:35</p> <p>32:40</p> <p>32:45</p> <p>32:50</p> <p>32:55</p> <p>33:00</p> <p>33:05</p> <p>33:10</p> <p>33:15</p> <p>33:20</p> <p>33:25</p> <p>33:30</p> <p>33:35</p> <p>33:40</p> <p>33:45</p> <p>33:50</p> <p>33:55</p> <p>34:00</p> <p>34:05</p> <p>34:10</p> <p>34:15</p> <p>34:20</p> <p>34:25</p> <p>34:30</p> <p>34:35</p> <p>34:40</p> <p>34:45</p> <p>34:50</p> <p>34:55</p> <p>35:00</p> <p>35:05</p> <p>35:10</p> <p>35:15</p> <p>35:20</p> <p>35:25</p> <p>35:30</p> <p>35:35</p> <p>35:40</p> <p>35:45</p> <p>35:50</p> <p>35:55</p> <p>36:00</p> <p>36:05</p> <p>36:10</p> <p>36:15</p> <p>36:20</p> <p>36:25</p> <p>36:30</p> <p>36:35</p> <p>36:40</p> <p>36:45</p> <p>36:50</p> <p>36:55</p> <p>37:00</p> <p>37:05</p> <p>37:10</p> <p>37:15</p> <p>37:20</p> <p>37:25</p> <p>37:30</p> <p>37:35</p> <p>37:40</p> <p>37:45</p> <p>37:50</p> <p>37:55</p> <p>38:00</p> <p>38:05</p> <p>38:10</p> <p>38:15</p> <p>38:20</p> <p>38:25</p> <p>38:30</p> <p>38:35</p> <p>38:40</p> <p>38:45</p> <p>38:50</p> <p>38:55</p> <p>39:00</p> <p>39:05</p> <p>39:10</p> <p>39:15</p> <p>39:20</p> <p>39:25</p> <p>39:30</p> <p>39:35</p> <p>39:40</p> <p>39:45</p> <p>39:50</p> <p>39:55</p> <p>40:00</p> <p>40:05</p> <p>40:10</p> <p>40:15</p> <p>40:20</p> <p>40:25</p> <p>40:30</p> <p>40:35</p> <p>40:40</p> <p>40:45</p> <p>40:50</p> <p>40:55</p> <p>41:00</p> <p>41:05</p> <p>41:10</p> <p>41:15</p> <p>41:20</p> <p>41:25</p> <p>41:30</p> <p>41:35</p> <p>41:40</p> <p>41:45</p> <p>41:50</p> <p>41:55</p> <p>42:00</p> <p>42:05</p> <p>42:10</p> <p>42:15</p> <p>42:20</p> <p>42:25</p> <p>42:30</p> <p>42:35</p> <p>42:40</p> <p>42:45</p> <p>42:50</p> <p>42:55</p> <p>43:00</p> <p>43:05</p> <p>43:10</p> <p>43:15</p> <p>43:20</p> <p>43:25</p> <p>43:30</p> <p>43:35</p> <p>43:40</p> <p>43:45</p> <p>43:50</p> <p>43:55</p> <p>44:00</p> <p>44:05</p> <p>44:10</p> <p>44:15</p> <p>44:20</p> <p>44:25</p> <p>44:30</p> <p>44:35</p> <p>44:40</p> <p>44:45</p> <p>44:50</p> <p>44:55</p> <p>45:00</p> <p>45:05</p> <p>45:10</p> <p>45:15</p> <p>45:20</p> <p>45:25</p> <p>45:30</p> <p>45:35</p> <p>45:40</p> <p>45:45</p> <p>45:50</p> <p>45:55</p> <p>46:00</p> <p>46:05</p> <p>46:10</p> <p>46:15</p> <p>46:20</p> <p>46:25</p> <p>46:30</p> <p>46:35</p> <p>46:40</p> <p>46:45</p> <p>46:50</p> <p>46:55</p> <p>47:00</p> <p>47:05</p> <p>47:10</p> <p>47:15</p> <p>47:20</p> <p>47:25</p> <p>47:30</p> <p>47:35</p> <p>47:40</p> <p>47:45</p> <p>47:50</p> <p>47:55</p> <p>48:00</p> <p>48:05</p> <p>48:10</p> <p>48:15</p> <p>48:20</p> <p>48:25</p> <p>48:30</p> <p>48:35</p> <p>48:40</p> <p>48:45</p> <p>48:50</p> <p>48:55</p> <p>49:00</p> <p>49:05</p> <p>49:10</p> <p>49:15</p> <p>49:20</p> <p>49:25</p> <p>49:30</p> <p>49:35</p> <p>49:40</p> <p>49:45</p> <p>49:50</p> <p>49:55</p> <p>50:00</p> <p>50:05</p> <p>50:10</p> <p>50:15</p> <p>50:20</p> <p>50:25</p> <p>50:30</p> <p>50:35</p> <p>50:40</p> <p>50:45</p> <p>50:50</p> <p>50:55</p> <p>51:00</p> <p>51:05</p> <p>51:10</p> <p>51:15</p> <p>51:20</p> <p>51:25</p> <p>51:30</p> <p>51:35</p> <p>51:40</p> <p>51:45</p> <p>51:50</p> <p>51:55</p> <p>52:00</p> <p>52:05</p> <p>52:10</p> <p>52:15</p> <p>52:20</p> <p>52:25</p> <p>52:30</p> <p>52:35</p> <p>52:40</p> <p>52:45</p> <p>52:50</p> <p>52:55</p> <p>53:00</p> <p>53:05</p> <p>53:10</p> <p>53:15</p> <p>53:20</p> <p>53:25</p> <p>53:30</p> <p>53:35</p> <p>53:40</p> <p>53:45</p> <p>53:50</p> <p>53:55</p> <p>54:00</p> <p>54:05</p> <p>54:10</p> <p>54:15</p> <p>54:20</p> <p>54:25</p> <p>54:30</p> <p>54:35</p> <p>54:40</p> <p>54:45</p> <p>54:50</p> <p>54:55</p> <p>55:00</p> <p>55:05</p> <p>55:10</p> <p>55:15</p> <p>55:20</p> <p>55:25</p> <p>55:30</p> <p>55:35</p> <p>55:40</p> <p>55:45</p> <p>55:50</p> <p>55:55</p> <p>56:00</p> <p>56:05</p> <p>56:10</p> <p>56:15</p> <p>56:20</p> <p>56:25</p> <p>56:30</p> <p>56:35</p> <p>56:40</p> <p>56:45</p> <p>56:50</p> <p>56:55</p> <p>57:00</p> <p>57:05</p> <p>57:10</p> <p>57:15</p> <p>57:20</p> <p>57:25</p> <p>57:30</p> <p>57:35</p> <p>57:40</p> <p>57:45</p> <p>57:50</p> <p>57:55</p> <p>58:00</p> <p>58:05</p> <p>58:10</p> <p>58:15</p> <p>58:20</p> <p>58:25</p> <p>58:30</p> <p>58:35</p> <p>58:40</p> <p>58:45</p> <p>58:50</p> <p>58:55</p> <p>59:00</p> <p>59:05</p> <p>59:10</p> <p>59:15</p> <p>59:20</p> <p>59:25</p> <p>59:30</p> <p>59:35</p> <p>59:40</p> <p>59:45</p> <p>59:50</p> <p>59:55</p> <p>60:00</p> <p>60:05</p> <p>60:10</p> <p>60:15</p> <p>60:20</p> <p>60:25</p> <p>60:30</p> <p>60:35</p> <p>60:40</p> <p>60:45</p> <p>60:50</p> <p>60:55</p> <p>61:00</p> <p>61:05</p> <p>61:10</p> <p>61:15</p> <p>61:20</p> <p>61:25</p> <p>61:30</p> <p>61:35</p> <p>61:40</p> <p>61:45</p> <p>61:50</p> <p>61:55</p> <p>62:00</p> <p>62:05</p> <p>62:10</p> <p>62:15</p> <p>62:20</p> <p>62:25</p> <p>62:30</p> <p>62:35</p> <p>62:40</p> <p>62:45</p> <p>62:50</p> <p>62:55</p> <p>63:00</p> <p>63:05</p> <p>63:10</p> <p>63:15</p> <p>63:20</p> <p>63:25</p> <p>63:30</p> <p>63:35</p> <p>63:40</p> <p>63:45</p> <p>63:50</p> <p>63:55</p> <p>64:00</p> <p>64:05</p> <p>64:10</p> <p>64:15</p> <p>64:20</p> <p>64:25</p> <p>64:30</p> <p>64:35</p> <p>64:40</p> <p>64:45</p> <p>64:50</p> <p>64:55</p> <p>65:00</p> <p>65:05</p> <p>65:10</p> <p>65:15</p> <p>65:20</p> <p>65:25</p> <p>65:30</p> <p>65:35</p> <p>65:40</p> <p>65:45</p> <p>65:50</p> <p>65:55</p> <p>66:00</p> <p>66:05</p> <p>66:10</p> <p>66:15</p> <p>66:20</p> <p>66:25</p> <p>66:30</p> <p>66:35</p> <p>66:40</p> <p>66:45</p> <p>66:50</p> <p>66:55</p> <p>67:00</p> <p>67:05</p> <p>67:10</p> <p>67:15</p> <p>67:20</p> <p>67:25</p> <p>67:30</p> <p>67:35</p> <p>67:40</p> <p>67:45</p> <p>67:50</p> <p>67:55</p> <p>68:00</p> <p>68:05</p> <p>68:10</p> <p>68:15</p> <p>68:20</p> <p>68:25</p> <p>68:30</p> <p>68:35</p> <p>68:40</p> <p>68:45</p> <p>68:50</p> <p>68:55</p> <p>69:00</p> <p>69:05</p> <p>69:10</p> <p>69:15</p> <p>69:20</p> <p>69:25</p> <p>69:30</p> <p>69:35</p> <p>69:40</p> <p>69:45</p> <p>69:50</p> <p>69:55</p> <p>70:00</p> <p>70:05</p> <p>70:10</p> <p>70:15</p> <p>70:20</p> <p>70:25</p> <p>70:30</p> <p>70:35</p> <p>70:40</p> <p>70:45</p> <p>70:50</p> <p>70:55</p> <p>71:00</p> <p>71:05</p> <p>71:10</p> <p>71:15</p> <p>71:20</p> <p>71:25</p> <p>71:30</p> <p>71:35</p> <p>71:40</p> <p>71:45</p> <p>71:50</p> <p>71:55</p> <p>72:00</p> <p>72:05</p> <p>72:10</p> <p>72:15</p> <p>72:20</p> <p>72:25</p> <p>72:30</p> <p>72:35</p> <p>72:40</p> <p>72:45</p> <p>72:50</p> <p>72:55</p> <p>73:00</p> <p>73:05</p> <p>73:10</p> <p>73:15</p> <p>73:20</p> <p>73:25</p> <p>73:30</p> <p>73:35</p> <p>73:40</p> <p>73:45</p> <p>73:50</p> <p>73:55</p> <p>74:00</p> <p>74:05</p> <p>74:10</p> <p>74:15</p> <p>74:20</p> <p>74:25</p> <p>74:30</p> <p>74:35</p> <p>74:40</p> <p>74:45</p> <p>74:50</p> <p>74:55</p> <p>75:00</p> <p>75:05</p> <p>75:10</p> <p>75:15</p> <p>75:20</p> <p>75:25</p> <p>75:30</p> <p>75:35</p> <p>75:40</p> <p>75:45</p> <p>75:50</p> <p>75:55</p> <p>76:00</p> <p>76:05</p> <p>76:10</p> <p>76:15</p> <p>76:20</p> <p>76:25</p> <p>76:30</p> <p>76:35</p> <p>76:40</p> <p>76:45</p> <p>76:50</p> <p>76:55</p> <p>77:00</p> <p>77:05</p> <p>77:10</p> <p>77:15</p> <p>77:20</p> <p>77:25</p> <p>77:30</p> <p>77:35</p> <p>77:40</p> <p>77:45</p> <p>77:50</p> <p>77:55</p> <p>78:00</p> <p>78:05</p> <p>78:10</p> <p>78:15</p> <p>78:20</p> <p>78:25</p> <p>78:30</p> <p>78:35</p> <p>78:40</p> <p>78:45</p> <p>78:50</p> <p>78:55</p> <p>79:00</p> <p>79:05</p> <p>79:10</p> <p>79:15</p> <p>79:20</p> <p>79:25</p> <p>79:30</p> <p>79:35</p> <p>79:40</p> <p>79:45</p> <p>79:50</p> <p>79:55</p> <p>80:00</p> <p>80:05</p> <p>80:10</p> <p>80:15</p> <p>80:20</p> <p>80:25</p> <p>80:30</p> <p>80:35</p> <p>80:40</p> <p>80:45</p> <p>80:50</p> <p>80:55</p> <p>81:00</p> <p>81:05</p> <p>81:10</p> <p>81:15</p> <p>81:20</p> <p>81:25</p> <p>81:30</p> <p>81:35</p> <p>81:40</p> <p>81:45</p> <p>81:50</p> <p>81:55</p> <p>82:00</p> <p>82:05</p> <p>82:10</p> <p>82:15</p> <p>82:20</p> <p>82:25</p> <p>82:30</p> <p>82:35</p> <p>82:40</p> <p>82:45</p> <p>82:50</p> <p>82:55</p> <p>83:00</p> <p>83:05</p> <p>83:10</p> <p>83:15</p> <p>83:20</p> <p>83:25</p> <p>83:30</p> <p>83:35</p> <p>83:40</p> <p>83:45</p> <p>83:50</p> <p>83:55</p> <p>84:00</p> <p>84:05</p> <p>84:10</p> <p>84:15</p> <p>84:20</p> <p>84:25</p> <p>84:30</p> <p>84:35</p> <p>84:40</p> <p>84:45</p> <p>84:50</p> <p>84:55</p> <p>85:00</p> <p>85:05</p> <p>85:10</p> <p>85:15</p> <p>85:20</p> <p>85:25</p> <p>85:30</p> <p>85:35</p> <p>85:40</p> <p>85:45</p> <p>85:50</p> <p>85:55</p> <p>86:00</p> <p>86:05</p> <p>86:10</p> <p>86:15</p> <p>86:20</p> <p>86:25</p> <p>86:30</p> <p>86:35</p> <p>86:40</p> <p>86:45</p> <p>86:50</p> <p>86:55</p> <p>87:00</p> <p>87:05</p> <p>87:10</p> <p>87:15</p> <p>87:20</p> <p>87:25</p> <p>87:30</p> <p>87:35</p> <p>87:40</p> <p>87:45</p> <p>87:50</p> <p>87:55</p> <p>88:00</p> <p>88:05</p> <p>88:10</p> <p>88:15</p> <p>88:20</p> <p>88:25</p> <p>88:30</p> <p>88:35</p> <p>88:40</p> <p>88:45</p> <p>88:50</p> <p>88:55</p> <p>89:00</p> <p>89:05</p> <p>89:10</p> <p>89:15</p> <p>89:20</p> <p>89:25</p> <p>89:30</p> <p>89:35</p> <p>89:40</p> <p>89:45</p> <p>89:50</p> <p>89:55</p> <p>90:00</p> <p>90:05</p> <p>90:10</p> <p>90:15</p> <p>90:20</p> <p>90:25</p> <p>90:30</p> <p>90:35</p> <p>90:40</p> <p>90:45</p> <p>90:50</p> <p>90:55</p> <p>91:00</p> <p>91:05</p> <p>91:10</p> <p>91:15</p> <p>91:20</p> <p>91:25</p> <p>91:30</p> <p>91:35</p> <p>91:40</p> <p>91:45</p> <p>91:50</p> <p>91:55</p> <p>92:00</p> <p>92:05</p> <p>92:10</p> <p>92:15</p> <p>92:20</p> <p>92:25</p> <p>92:30</p> <p>92:35</p> <p>92:40</p> <p>92:45</p> <p>92:50</p> <p>92:55</p> <p>93:00</p> <p>93:05</p> <p>93:10</p> <p>93:15</p> <p>93:20</p> <p>93:25</p> <p>93:30</p> <p>93:35</p> <p>93:40</p> <p>93:45</p>				



DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME COMPLETO: <i>ZONALDO ANTONIO LIMA</i>	
DATA DE NASCIMENTO: <i>18/02/1968</i>	LEITO: <i></i>
REGISTRO: <i></i>	

SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	SALA OPERATÓRIA: <i>06</i>	DATA DA CIRURGIA: <i>09/11/19</i>	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <i>FRANOS COMUNICANTES DIF. DIREITA E ESQ.</i>			
CIRURGIA PROPOSTA: <i>RESESSAO CIRURGICA C/ FIXACAO</i>			
CIRURGIA REALIZADA: <i>O PROCEDIMENTO</i>			
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: <i>FRANOS COMUNICANTES DIF. DIREITA DIREITA</i>			
CIRURGÃO: <i>DR ANTONIO LIMA</i>			
1º AUXILIAR:			
2º AUXILIAR:			
3º AUXILIAR:			
ANESTESIOLOGISTA: <i>DR A PRIMOPE</i>			
ANESTESIA REALIZADA: <i>XRR FICHA ANESTÉSICA</i>			
INÍCIO DA ANESTESIA:	INÍCIO DA CIRURGIA:	TÉRMINO DA CIRURGIA:	TÉRMINO DA ANESTESIA:
EQUIPAMENTOS:			
<input type="checkbox"/> MICROSCÓPIO CIRÚRGICO:	<input type="checkbox"/> INTENSIFICADOR DE IMAGENS:	<input type="checkbox"/> BISTURI ELÉTRICO:	<i>TREPANDO</i>
<input type="checkbox"/> CRANIÓTOMO PNEUMÁTICO:	<input type="checkbox"/> SISTEMA DE ENDOSCOPIA:	<input type="checkbox"/> ULTRASSOM:	

MATERIAIS ESPECIAIS UTILIZADOS:

PLAOS DCP E PDRSUL

ANTISSEPSIA:

LOCAIS TÓPICOS C/ CHLORHEXIDINA

PROCEDIMENTOS REALIZADOS E VIAS DE ACESSO:

DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO: posição, uso de coxim, via de acesso, técnica realizada, descrição das lesões e dos órgãos examinados, exames radiológicos transoperatórios, relatar obtenção de peças cirúrgicas para histopatologia, biópsias, secreções colhidas para estudos laboratoriais, lavagens, tipo de suturas, tipo de curativo, etc.

*1. MARCOS ANTERIO**2 COLOLOS M COMPOES**3 INCISAO SURGIDA PERNAS E AS**4 RESESSAO EXTRAD**5 FIXACAO C/ PLAS E PDRSUL**6 SURGIDA CONFERIDOS DIF PEG**7 CURADO**8 FIM DA CIRURGIA*

Dr. Antonio E. LIMA ARA
Cirurgião Traumatologista
CRM-SP 1007800
CET/SP

09/11/19
p. 56

Evolução/Prescrição Médica

DATA

31/10/19

NOME: EDNALDO ALVES SANTANA

ALA: VERDE TRAUMA 1 LEITO: CORREDOR GÊNERO: MASCULINO IDADE: 51

DIAGNÓSTICOS: FRATURA DE TIBIA DISTAL ESQ.

Evolução Médica: *Perdo eleu canuto eviu um
 eleu no mudo. Ande com 100%
 colante*

Prescrição Médica

~~HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO~~

1	Dietas VO. LVRF		
2	SFO,9% 1500ML EV P/ 24HS		
3	Kefirin 1g, IV, 6h/bh OU Kefazol 1g, IV, 8h/8h SUSP		
4	Ranitidina, 02 mL + 18 mL AD, IV, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, IV, às 6:00		
5	Dipirona, 02 mL + 08 mL AD, IV, 6h/6h		
6	Profenid, 01 ampola IV + 100mL SFO,9%, 12h/12h		
7	Tramal 100mg + 250 mL SFO,9, IV, 8h/8h <i>(190g)</i>		
8	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia		
9	Glutamiprila, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos SOS		
10	Glicemias capilar, 6h/6h, se diabético		
	Insulina regular, conforme glicemia:		
	<200 = Ø	251 - 300 = 4U	351 - 400 = 8U
	201 - 250 = 2U	301 - 350 = 6U	> 400 = 10U
	Glicose 25%, 40ml, IV, se glicemia < 70		
	otopril 25mg, VO, se PAS > 180mmHg ou PAD > 110mmHg SOS		
	G + SSVV 6h/6h		
	amicina 240mg , EV, 1x/dia SUSP		
	VO DIARIO 1X/DIA		





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3800058583

Data da solicitação: 19/03/2020
 DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Ednaldo Alves Santana

CPF do beneficiário: 058.813.765-01

Nome do solicitante: Ednaldo Alves Santana

CPF do solicitante: 058.813.765-01

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (79) 99969-0167

Tel. Comercial: (79) 98809-0167

Tel. Residencial: (79) 38222-0847

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA

DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros: Laudo de radiografia e fotos.
(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Venho solicitar a reanálise do meu processo de invalidez do seguro DPVAT, pois o valor liberado não está correto.

Faturei a perna, passei por cirurgia e só andei com ajuda de andador; porém recebi apenas 25% do valor da perna. Esse valor está incorreto, visto que minha sequelas é superior a 45%.

Macapá - SE, 19-03-2020
 Local e Data
Ednaldo Alves Santana

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

RESULTADOS DOS EXAMES

Protocolo: RX 38246-57 Atendimento: 06/02/20 - LAS5
Cliente: EDNALDO ALVES SANTANA
Identidade: 898051 /SE Nascimento: 18/02/1968, 52 anos
Contato: (79)99833-2833
Convênio: PAGO NA LACLISE

RADIOGRAFIA Perna Esquerda 02 posições

LAUDO:

- Fratura em consolidação no terço proximal da fíbula.
- Fratura no terço distal da tibia com placa e parafusos de fixação.
- Esporão plantar no calcâneo.
- Osteofitos marginais, redução do espaço articular e esclerose tibiotalar posterior.
- Osteopenia justa articular.



Dr. Patrícia Gomes Pinto
CRM 1975

A avaliação clínica e técnica do laudo, é exclusivamente do médico. Em caso de dúvida, nossos profissionais estão a disposição para qualquer esclarecimento.

JESUS ESTÁ VIVO, BEM VIVO NO NOSSO MEIO, FIQUE EM PAZ !







Relatório-Médico - DPVAT

- ① Ednaldo Alves Santos
- ② Idade: 51 anos
- ③ Data do acidente: 29/10/2019.
- ④ Diagnóstico: Fratura da diáfise da tíbia E. CID 582.2.
- ⑤ Tratamento: Tatuamento crurígi co da fratura da tíbia + placa e parafusos.
- ⑥ Sequelas:
 - (a) Edema residual
 - (b) necessidade de andar já p/locomoção.

Obs. Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.

Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE

www.lacrise.com.br

Fone: (79) 3253-7200

Whatsapp: (79) 3253-7200

MARQUE LOGO SEU PRÓXIMO ATENDIMENTO, TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.



Lactise
consultas e exames

- (c) Dor no pene E.
- (d) Claudicação.
- (e) Material metálico na pene.
Saqueo: 25%.

Aracaju, 13/02/2020
Paul

Dr. Masayuki Ishi
CRM 1276
CPF: 453.000.478-34

Obs. Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.

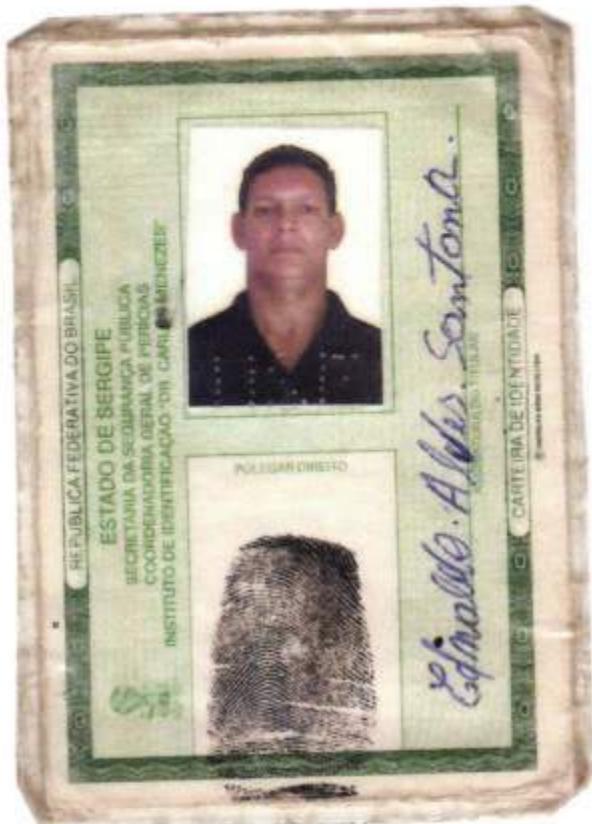
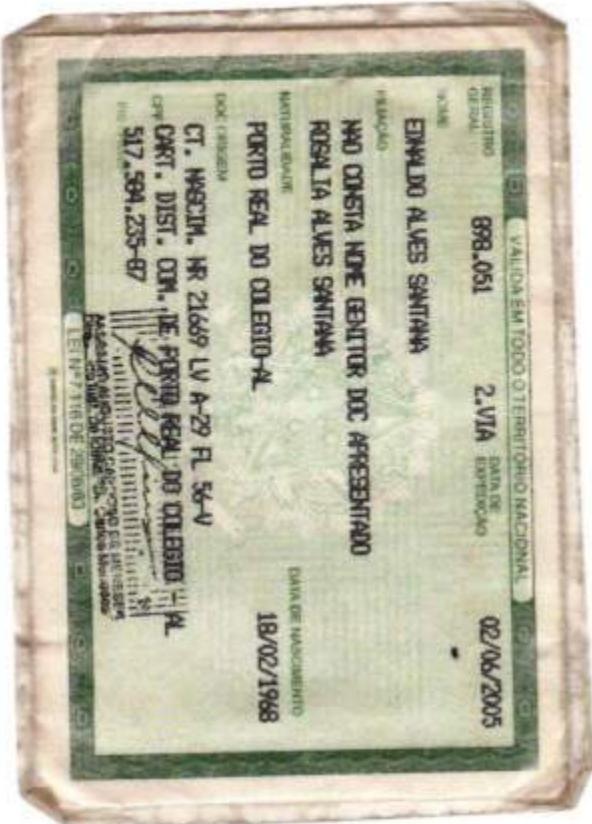
Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE

www.lactise.com.br

Fone: (79) 3253-7200

WhatsApp: (79) 3253-7200

MARQUE JÁ SEU PRÓXIMO ATENDIMENTO, TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Edonaldo Alves SantanaDATA DO ACIDENTE 29/10/2019 CPF DA VÍTIMA 517.584.235-87

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTEESCO COMA VÍTIMA É Edonaldo Alves SantanaENDERECO DO PORTADOR Rua E, Vila Santo - Pojo do GringoNº 65

COMPLEMENTO

UF SECEP 49089-000CIDADE Aracaju

E-MAIL

TELEFONE (31) 3222 0817

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

 REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

 CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

065: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA, MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PÁO OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO Morte = R\$ 13.500,00

INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM A TABECA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULARIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 04/11/2019

DATA

IDENTIDADE 898.051

NOME

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA, MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PÁO OU MÃE.

ASSINATURA Edonaldo Alves Santana