



**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	Distribuição: 02/10/2020
Número Único: 0040452-81.2020.8.25.0001	Competência: Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

Assuntos

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

Dados das Partes

Requerente: 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 Apensados:

--

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 MENEDEZ (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**.

Cumprе 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 descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitória 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 exposto 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 CHRYSYIAN 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

BRADESCO1202202005000000000023700809000000014705168750 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

BRADESCO170320200500000000002370080900000001470568040 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 irretroatável 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 desconstituí-la 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 vício 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 ressaltar 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 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 SESENTA 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.”

⁸ art.

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 a 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 honorários 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 exposto 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 nexos 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 graduação (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 GRADAÇÃO

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	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
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 cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
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	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 membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
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					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
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	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
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; **JOSELAINÉ 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 n.º 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

JOSELAINÉ 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: **00000014705-2**

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, retorne 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



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, retorne 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



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



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

Valoração 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 TORNOZELO, 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 TORNOZELO 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 TORNOZELO E PÉ. AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO JOELHO: EXTENSÃO 00° / FLEXÃO 45°
AMPLITUDE ARTICULAR DO TORNOZELO: 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 TORNOZELO 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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 517.584.235-87 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
7 - Profissão: Moto Boy 8 - Endereço: Rua e Loteamento Porto do Guincho 65 9 - Número: _____ 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Soledade 12 - Cidade: Aracaju 13 - Estado: Sergipe 14 - CEP: 49089-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (79) 3223-0917

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: _____
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:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itau (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0809 CONTA: 0034705 2 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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 Líder 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: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (val nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

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 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | 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)

**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 SÉVERO DO TORNOZELO E PÉ, RESTRIÇÃO LEVE DO MOVIMENTO DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO E GRAVE DO TORNOZELO 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 TORNOZELO, 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 TORNOZELO 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 TORNOZELO E PÉ.
AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO JOELHO: EXTENSÃO 00° / FLEXÃO 45°
AMPLITUDE ARTICULAR DO TORNOZELO: DORSIFLEXÃO 05° / EXTENSÃO 10°**

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

Sim () Não

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

Sim () Não

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (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 seqüela permanente"

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

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

Região Corporal (Seqüela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo

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

Região Corporal (Seqüela):

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

Região Corporal (Seqüela):

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

Região Corporal (Seqüela):

% 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) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Manoel Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA 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)
Logradouro: Avenida Santos Dumont

Bairro: Atalaia

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

ENVOLVIDO(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
Logradouro: R C Nº: 65
Complemento: LOTEAMENTO PORTO DO GRINGO
Bairro: Soledade CEP: 49.089-156
Telefone: (79) 98869-5651 (Celular)

Nome Civil: EDNALDO ALVES SANTANA (VÍTIMA)

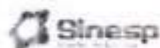
Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AL - Porto Real do Sexo: Masculino Nasc: 18/02/1968
Profissão: Motoboy Escolaridade: Ensino Fundamental Completo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Rosalia Alves Santana

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 517.584.235-87
RG - Carteira de Identidade: 898.051

Endereço

Município: Aracaju - SE
Logradouro: R C Nº: 65
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) 98869-5851 (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)

Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 342-Comunicação Falsa de Crime ou de Controvérsia do Código Penal Brasileiro.

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 517.584.235-87 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
7 - Profissão: Moto Boy 8 - Endereço: Rua e. Leticramento Porto do Guincho 65 9 - Número: _____ 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Soledade 12 - Cidade: Aracaju 13 - Estado: Sergipe 14 - CEP: 49089-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (79) 3223-0917

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: _____
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:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itau (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0809 CONTA: 0014705 2 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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 Líder 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: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (val nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

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 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | 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)

Matrícula: _____	<input type="checkbox"/> 13 - CAIXA POSTAL CANCELADA	<input type="checkbox"/> 06 - RECUSADO
Rubrica do Responsável: _____	<input type="checkbox"/> 12 - FALTA COMPLEMENTO (COLETIV / GU)	<input type="checkbox"/> 05 - DESCONHECIDO
Reintegrado ao Serviço Postal em: _____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/> 11 - END. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE	<input type="checkbox"/> 04 - FALECIDO
	<input type="checkbox"/> 10 - OBJETO DANIFICADO	<input type="checkbox"/> 03 - NÃO EXISTE Nº INDICADO
	<input type="checkbox"/> 08 - NÃO PROCURADO	<input type="checkbox"/> 02 - ENDEREÇO INSUFICIENTE
	<input type="checkbox"/> 07 - AUSENTE	<input type="checkbox"/> 01 - MUDOU-SE
PARA USO DOS CORREIOS - DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO		

HONDA
Consórcio



ARIBE N S SOCORRO

22/10/2019

	CTCE SALVADOR BA PL7 EDNALDO ALVES SANTANA RUA C 65 LOT PORTO DO GRINGO SOLEDADE 49089-000 ARACAJU SE	42001/85S-1-4
		7213343637214020000008098530281019
		Data da postagem: 28/10/19

SA0080985 TGS

00025070

Central de Atendimento ao Cliente: (11) 2172-7007
Serviço de Atendimento ao Consumidor: 0800 722 2340
Atendimento às Pessoas com Deficiência Auditiva: 0800 722 2341
Ouvidoria: 0800 771 5707
www.consorciotionacionalhonda.com.br

Administradora de Consórcio Nacional Honda Ltda.
CJ: 45.441.789/0001-54
Senador Roberto Simonsen, 304 - Santo Antônio
Caetano do Sul - SP
P: 09530-401



HONDA
Consórcio

Além dos Consórcios ativos ou excluídos do grupo, deverá manter atualizadas todas as suas informações cadastrais e dados bancários.

www.consorciotionacionalhonda.com.br

Os serviços do Consórcio Honda que você mais utiliza agora na palma da sua mão!

Baixe o Aplicativo "Meu Consórcio"

Disponível gratuitamente na:

- App Store
- Google Play

Utilize um leitor de QR code e faça o download do aplicativo. Aproveite esta facilidade!

Novos

- Boleto Eletrônico
- Extrato
- Oferta de Lance
- Resultado de Assembleia
- Debito automático + facilidade e segurança
- + e muito mais!

No. DO BE: 75067
CNS:

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

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Paciente vítima de queda de moto, sem alteração de consciência, não sincope, não tórax, refere que após queda houve episódio de tontura que foi bem resolvida espontaneamente.
Por em tornozelo esquerdo (SINAU após lesão) e estenose em artéria esquerda.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

em físico: A - via aérea, em insubstância normal, em condução; B - supereco, presença 15 irpm.
C - em pulmões presentes ou sinais de choque hipovolêmico, frequência 82 bpm; D - Glicemia 15; E - em artéria e tornozelo esquerdo.
CID: 110.0105

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

- Rx: Perna esquerda 2P; Tornozelo esquerdo 2p.
- Propofol 100mg + 100ml SF 0.9% IV. 2x/dia
- Oxiprenolol 1g em Sol AD IV. 2x/dia

DATA DA SAIDA: / /

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

HORA DA SAIDA: :
[] DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IME [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

EXAME DE RADIOLOGIA - HUSE
REALIZADO EM 29/10/19
AS 20:41 HORAS

Carimbo: Iuri Marcelino Soares
CIRURGIA GERAL
CRM/SE 5198



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 NASCIM: **18/02/68**
ENDEREÇO: **RUA C LOT PORTO DO GRINGO Nº 06** IDADE: **51**
CNS: **707607295153094 PLANO DE SAÚDE: NÃO** ESTADO: **SERGIPE**
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

PARAMÉTRIOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS

PRESSÃO ARTERIAL	SATURACÃO DE O2	FREQUÊNCIA CARDÍACA	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	GLUCEMIA	URÉIA	CREATININA
130x92	98%	80	18	105	NDD	NDD
HEMOGLOBINA	LEUCÓCITOS	POTÁSSIO	USO DE O2: SIM () NÃO ()	SECRETIVO: SIM () NÃO ()	INTUBADO: SIM () NÃO ()	COLAR CERVICAL: SIM () NÃO ()

12.9	13.1	nao	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
INFORMAÇÕES CLÍNICAS ADICIONAIS						
DOENÇA CRÔNICA JANGADA: SIM/NÃO	INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: SIM/NÃO	ALIMENTAÇÃO: ORAL () SNE () NPT () GTT ()	ISOLAMENTO: SIM () RESP () CONTATO () NÃO ()	INSUF. RENAL: SIM/NÃO	ANTIBIÓTICOS: DIAS DE USO (Dx)	ESCALA DE COMA DE GLASGOW: AQ/MRV/MRM
JAO	NÃO	ORAL	NÃO	NÃO	NÃO	15
MOTIVIDADE						
EAMBULA	CADEIRANTE	ACAMADO	OUTROS			
NÃO	NÃO	SIM				

IPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)
FRATURA DE TIBIA DISTAL ESQ.

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO
FALTA DE VAGA

É VEDADO AO MÉDICO

Art. 35. Exagerar a gravidade 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		NIR	
Data: 30/10	Assinatura: <i>Antônio Franco Cabral</i> Ortopedia / Traumatologia CRM 130	Data: 30/10	Hora: 11:07
Carimbo:		Responsável: <i>SILVANIA ALVES SANTANA</i> COORDENADORA	

Médico do NIR		CRL (RECEBIMENTO)	
Data:	Assinatura:	Data:	Hora:
Hora:	Carimbo:	Responsável:	

Comentários Médico CRL		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.



RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Ednaldo Alves Santana.
DATA DA ENTRADA: 20/10/2019
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 motociclístico deu entrada no HUSF apresentando fratura da tíbia distal esquerda.
Foi internado e transferido para o Hospital Cirurgia.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

ECG
Exames laboratoriais

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Juni Marcel S. Prates - CRM 5198
Dr. Agemar V. Neto - CRM 3352
Dr. Rafael Gonçalves - CRM 4707
Dr. Thiago M. Cheal - CRM 4728

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

ARACAJU, 19 de novembro de 2019

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 USUARIO: ELMENEZES
SETOR: 06-SUTURA

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Paciente vítima de queda de moto, sem consciência, após síncope, após 2 dias, refere que após queda houve episódio de tontura que foi tendo resolução espontânea.

Dor em tornozelo esquerdo (já em repouso) e exacerbação em antebraço esquerdo.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

Em físico: A- vis. físicos, em inspeção visual, em ausculta; B- suplexo, pulso 15 irpm.
C- Sinais vitais presentes ou sinais de choque hipovolêmico, frequência 82 bpm; P- Glicemia 15; E- em repouso, imobilizado em antebraço esquerdo.
CID: 110-5-1005

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

- Rx: Paracetamol 2P; Tornozelo esquerdo 2p.
- Propofol 100mg + 100ml SF 0.9% IV. *Em falta*
- Oxirvan 1g em Sol AD IV. *20/20*

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

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

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IME [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

EXAME DE RADIOLOGIA - HUSE
REALIZADO EM 29/10/19
AS 20:41 HORAS

Carimbo: Yuri Marcel Borges
CIRURGIA GERAL
CRM/SE 5198

oto

Dr. retiro de aparelho
oto, para o futuro
da Tabela Dental de

Dr. Cruzes

Dr. Neto

Dr. Agnes V. Neto
Otopedia Traumatologia
CRM 3352

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE
=====

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo...: 8698
Numero do CNS.....: 0000000000000000
Nome.....: EDNALDO ALVES SANTANA
Documento.....: 898051 Tipo :
Data de Nascimento: 18/02/1968 Idade: 51 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: NAO CONSTA
Nome da Mae.....: ROSALIA ALVES SANTANA
Endereco.....: RUA C-LOT.PORTO DO GRINGO 6 707607295153094
Bairro.....: SOLEDADE Cep.: 49000-000
Telefone.....:
Município.....: 2800308 - - SE
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: SERGIPE

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 Saida:
Especialidade:
Tipo de Saida:
CID Principal:
CID Secundario:
Principal:
Secundario:
Outro:

HUSE
ELETROCARDIOGRAMA (S)
EXAMES(S) RE
DATA: 30/10/19
HORÁRIO: 15:45
TÉCNICO: *[Signature]*

PRONTO SOCORRO ADULTO	PRESCRIÇÃO MÉDICA
HUSE	

Nome: Eduardo A J Idade: _____ Data: _____

DATA	HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
29/10/19		① Dto em	12:25
		② SF 0,9% 1500ml EV 2x1	300 500 500
		③ Dipros 0,5 EV 6101	02 08 12
		④ Rofenil 100g EV 1x1x1	24
		⑤ Cloran 90g SC 1x1	26
		⑥ SS v + cep	

[Signature]
Dr. Agenor V. Neto
Ortopedia Traumatologia
CRM 3352

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:

*Paciente - melhora a seguir.
Efe: observando a evolução
NO (P)*

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta VO, LIVRE	
2	SFO,9% 1500ML EV P/ 24HS	<i>lll lll lll</i>
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	<i>lll lll lll</i>
6	Profenid, 01 ampola IV + 100mL SF0,9%, 12h/12h	<i>(24) f</i>
7	Tramal 100mg + 250 ml SF0,9, IV, 8h/8h SUSP	
8	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia	<i>lll</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	<i>lll</i>
18	CURATIVO DIARIO 1X/DIA	
19		
20		
21		
22		
23		

Dr. Rafael Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
Ortopedia Pediátrica
CRM / SE 4707 / TEOP 15744 / TEGP 810

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: Não elei curado em um
plu no mudo. Acido dub 150
cp. Acido

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta VO, LIVRE	
2	SFO,9% 1500ML EV P/ 24HS	
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 0200 (905)	
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		
20		
21		
22		
23		

*Facilitado para
transferência para
p. 11 e*

ECG de Repouso

Exame: 8480

Reg.Clin.: VERDE TR

Data: 30/10/2019

Nome: EDNALDO ALVES SANTANA -HUSE 30.10.2019

Nasc.: 18/02/1968

FC 82 bpm

Filtros: 60Hz Muscular

Vel.: 25 mm/s

DI 10

DII 10

DIII 10



aVR 10

aVL 10

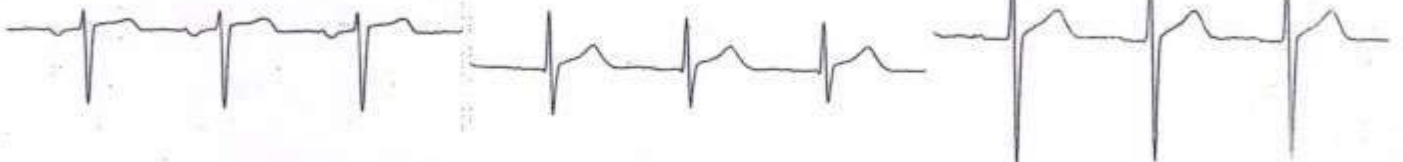
aVF 10



V1 10

V2 10

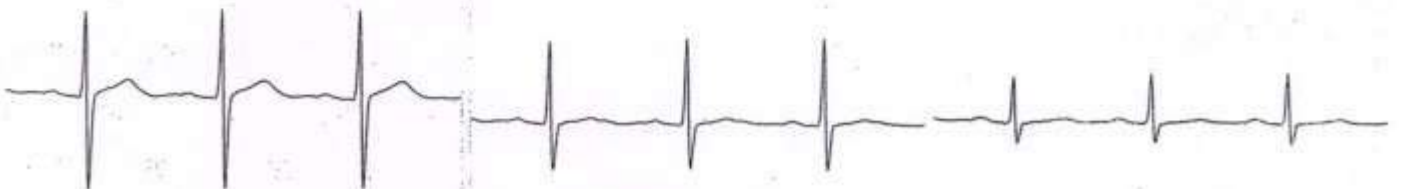
V3 10



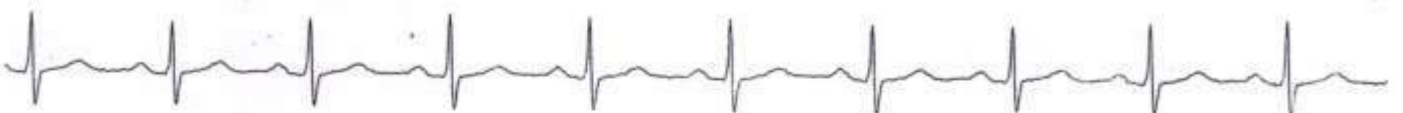
V4 10

V5 10

V6 10



DII 10



PRÉ OPERATÓRIO.

O.E.: M280030801

ESFERA: PRIVADO

APRESENTAÇÃO: 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: 190138128980000 Doc med resp: 206790614650009 Doc diretor clínico: 206790614650009 Doc médico solíc: 980016282424154
CNES: 0002283 - FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA CNS: 70760729515309-4

Paciente: EDNALDO ALVES SANTANA Prontuário: 1138086
Data Nasc.: 18/02/1968 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 010 - BRASILEIRO Tipo Doc.: Identidade Doc: 898051
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

Complementar:

Carater atendimento: 02 - URGENCIA

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

Liberação SISAIH01:

AIH Anterior:

AIH Posterior:

Diag. secundário:

Causa Óbito:

Modalidade: HOSPITALAR

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNPJ do Empregador:

CNAER: -

Vinculo Previdência:

CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtde	Cmpt	Descrição
1	04080505000	980016000832767	225270(3)	0002283	0002283	1	11/2019	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
2	04080505000	980016288097379	225151(6)	3359948	3359948	1	11/2019	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
3	07020309002	980016000832767	225270(3)	02684701000159	02684701000159	1	11/2019	PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM
4	0301010170	190065103540004	225125	0002283	0002283	1	10/2019	CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO
5	0301010170	190065103540004	225125	0002283	0002283	1	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
1	000041512	02.681.701/0001-69				

VALORES DA PRÉVIA	Serviço Hospitalar		Serviço Profissional				TOTAL
	Direto		Direto		Rateado		
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	
03.01.01-CONSULTAS MEDICAS OUTROS					37,05		37,05
03.02.04-ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA	14,01						14,01
03.02.05-ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS	19,05						19,05
04.08.05-MEMBROS INFERIORES	631,25			64,53	112,93		808,71
07.02.03-OPM EM ORTOPEDIA		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. - CONDUCTOR TRAUM. EM ACID. ̢-TRANSITO

Número de Nascidos: Número de Saídas: Nº Pré-Natal:

Vivos: Mortos: Altas: Transf.: Óbitos:

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

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

12/12/19
Ariane Ferreira da Motta
Supervisora Médica/SES
CRM-SE 3586
CPF 876.000.000

12/2019
Pg 4

FBHC
Serviço de Auditoria de
Contas



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 tíbia 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 a disposição para qualquer esclarecimento.

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

O.E: M280030801 ESFERA: PRIVADO APRESENTAÇÃO: 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 solíc : 980016282474154
CNS : 0002283 - FUNDAÇÃO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA CNS : 70760729515309-4

Paciente : EDNALDO ALVES SANTANA Prontuário : 1138086
Data Nasc. : 18 / 02 / 1968 Sexo : MASCULINO Nacionalidade : 010 - BRASIL Tipo Doc. : Identidade Doc : 898051

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

Complementar :
Causa Obito :
Modalidade : HOSPITALAR

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

Liberação SISAIH01 : AIH Anterior : AIH Posterior :

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

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtde	Cmpot	Descrição
2	0408050500	980016288097379	225151(6)	3359948	-	3359948	1	11/2019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
4	0301010170	190065103540004	225125	0002283	0002283	1	10/2019 CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO	

DADOS DE OPM

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

VALORES DA PRÉVIA

	Serviço Hospitalar		Serviço Profissional				TOTAL
	Direto		Direto		Rateado		
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	
04.08.05-MEMBROS INFERIORES	631,25			64,53	112,93		808,71
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. A-TRANSITO

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

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

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

SUS Sistema Ministério Único de da Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

HOSPITAL CIRURGIA

Identificação do Estabelecimento de Saúde
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
FUNDAÇÃO 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, Nº, BAIRRO)
RUA C N.65 SOLEDADE
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
ARACAJU

8 - DATA DE NASCIMENTO 18/02/1968
9 - SEXO Masc X 1 Fem 3
10 - RAÇA/COR 1138086
12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 96452741
14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 99191887
17 - COD. IBGE MUNICÍPIO
18 - UF SE
19 - CEP 49089156

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com dor na região da articulação do ombro direito há 2 dias. História de trauma recente.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Instabilidade articular

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

Radiografia = exame físico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Protno 7.310

24 - CID 10 PRINCIPAL

S122

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

V230

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Abertura e fechamento de fratura de rádio

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050500

29 - CLÍNICA

Ortopedia

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Emergência

31 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

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

2261513857

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Paulo Roberto

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

31/01/19

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

Dr. Paulo Satotti
Ortopedia
CRM-44517E07-12509

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

281910060531-1

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Assinatura: Iremair da Mota
Supervisão Médica SES
CRM-SE 3686
CPF: 876.198.735-20

F.B.H.C- FUNDAÇÃO DE EFICIÊNCIA 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: 707607295153094

ATENDIMENTO: 1138086

NOME: EDNALDO ALVES SANTANA N°: 65
 ENDEREÇO: RUA C N.65 UF: SE CEP: 49089156
 BAIRRO: Soledade CPF: 51758423587
 CIDADE: Aracaju R.G.: 898051
 FONE: 96452741/99191887 IDADE: 51 SEXO: Masculino
 DATA NASC.: 18/02/1968 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
 ENDEREÇO:
 BAIRRO: CIDADÊ: UF:

 DADOS COMPLEMENTARES:

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

RX { Mãe: OK
 Pai: OK

Alta

05/11/19



ORTOPLAN SERGIPE LTDA EPP
 Av. Rio Branco, 196, 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

000.041.512
SÉRIE 3
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO
 2819 1102 6817 0100 0169 5500 3000 0415 1210 4566 3273

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal
 ou no site da Sefaz Autorizadora

PROTOCOLO 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
FUNDAÇÃO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

ENDEREÇO
DESEMBARGADOR MAYNARD, 174

MUNICÍPIO
ARACAJU

UF
SE

BARRIO / DISTRITO
CIRURGIA

CNPJ / CPF
13.016.332/0001-06

CEP
49055-210

INSCRIÇÃO ESTADUAL

DATA DA EMISSÃO
11/11/2019

DATA DA SAÍDA

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA
000041512/001 10/02/2020 235,88

CÁLCULO DO IMPOSTO

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

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
NOSSO CARRO

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPECIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

FRETE POR CONTA
0-Remetente

CODIGO ANTT

PLACA DO VEIC

UF

CNPJ / CPF

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNED	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	ALIQ 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

VIMAN Sistemas | www.viman.com.br

RESERVADO AO FISCO

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: FUNDAÇÃO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA - DESEMBARGADOR MAYNARD, 174, CIRURGIA,
 49055-210-ARACAJU-SE

NF-e
000.041.512
SÉRIE 3

DATA DO RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

DATA: 02/11/19		TURNO DE ATENDIMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> MANHÃ <input type="checkbox"/> TARDE <input type="checkbox"/> NOITE			
AP: MUEATHKARA	FC: 82	FR:	PA:	T:	
VA: VEA	RASS:	IMS: 1	MRC:	NC: Acordado	
GLASGOW:	SEDAÇÃO:	DVA:		SpO ₂ : 96%	
VENTILAÇÃO MECÂNICA: NA		DIAS DE VM:	MODO:	FI _O ₂ :	CUFF: 1
PARÂMETROS:					
MONITORIZAÇÃO VENTILATÓRIA:	Cest:	Cdin:	Res:	IRRS:	PaO ₂ /FI _O 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, VEA, eupneico, consciente e orientado, sem queixas e/ou sinais de desconforto respiratório. Laboratório da conduta, realizada, sinte				
CONDUTA: <input checked="" type="checkbox"/> FISIOTERAPIA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA					
DESNOME: <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	OUTRAS:
<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
CINESIOTERAP A:	<input type="checkbox"/> PASSIVA	<input checked="" type="checkbox"/> ATIVA	<input type="checkbox"/> ATIVA ASSISTIDA	<input checked="" type="checkbox"/> RESISTIVA	
<input checked="" type="checkbox"/> SEDESTAÇÃO NO LEITO	<input checked="" 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 TERAPÊUTICA:			Viriane Rezende FISIOTERAPEUTA CREFIT 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:	OUTROS:				
DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:					
CONDUTA: <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA MOTORA <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA					
OBS:					
FISIOTERAPEUTA RESPONSÁVEL					



FICHA DE EVOLUÇÃO DA FISIOTERAPIA

NOME COMPLETO: Edinaldo Abner Santana
 DATA DE NASCIMENTO: 18/02/1968 LEITO: 027 REGISTRO: 1138086

SEXO: MASCULINO FEMININO IDADE: 51 DATA DE ADMISSÃO: 31/10/19 CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICOS: Fratura de tíbia E

DATA: 01/11/19 TURNO DE ATENDIMENTO: MANHÃ TARDE NOITE

AP: MV+ AHTx 22cm RA FC: 96 bpm FR: 14 infm PA: 150x100 mmHg T: 36.8

VA: VE 12/5V RASS: IMS: MRC: NC:

GLASCOW: SEDAÇÃO: DVA: SpO₂:

VENTILAÇÃO MECÂNICA: DIAS DE VM: MODO: FIO₂: CUFF: /

PARÂMETROS:

MONITORIZAÇÃO VENTILATÓRIA:	Cest:	Cdín:	Res:	IRRS:	PaO ₂ /FIO ₂ :
	Pinsp:	CV:	P.OI:	TRE:	TESTE DE CUFF:

PROTÓCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOZE: NÍVEL 1 NÍVEL 2 NÍVEL 3 NÍVEL 4

RE AVALIAÇÃO: Saciedade encorajada - se acordado, cooperativo, orientado, anisotico. Sonda respiratória mista, ritmo respiratório regular, tórax e abdômen normais. Tese eficaz e infusão adequada. Apresenta fratura de tíbia E. miorretrofia de MTO. DABG: 0, EVA: 0, com limitação grave para marcha. Alvo a fratura com os seguintes parâmetros: GV = FC: 96, FA: 14 infm, T: 35.5°C, PA: 150/100 mmHg, AP: MV+ AHTx 22cm RA. DABG: 0, EVA: 0.

CONDUTA: FISIOTERAPIA MOTORA FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA

DESMAME: SIMPLES DIFÍCIL PROLONGADO - HORAS: 2 4 6 - FALHOU PORQUE?

<input type="checkbox"/> RPP	<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: <u>Insuficiências em infu, insuficiência funcional da musculatura ativa assistida de MTO e MMS</u>
<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 RESISTIVA

SEDESTAÇÃO NO LEITO S C/ MMII PEND SP ORT S/L ME DEA

META TERAPÊUTICA: promover expansão pulmonar e conforto respiratório; prom, dige, Brevimis e emoluborno. ACT: Daynara Nogueira

Thiago Abner
 CREFITO 155408-F
 Preceptor de Fisioterapia
 FISIOTERAPISTA RESPONSÁVEL
 Estado - Foz de Iguaçu

EXAME	HORA	RESULTADOS					
GASOMETRIA		pH:	PaO ₂ :	PCO ₂ :	HCO ₃ :	BE:	OBS:
GASOMETRIA		pH:	PaO ₂ :	PCO ₂ :	HCO ₃ :	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:

Edmar de Alves Santana

DATA DE NASCIMENTO:

18/02/1968

LEITO:

D27

REGISTRO:

3138086

SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	IDADE: 51	DATA DE ADMISSÃO: 31/10/19	CONVÊNIO:
DIAGNÓSTICOS: <u>Fratura de Tibia E</u>			
DATA: 05/11/19	TURNO DE ATENDIMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> MANHÃ <input type="checkbox"/> TARDE <input type="checkbox"/> NOITE		
AP: <u>MH AHTX sem RA</u>	FC: <u>91 bpm</u>	FR: <u>18 rpm</u>	PA: <u>150 x 100 mmHg</u>
VA: <u>AA</u>	RASS:	IMS: <u>1</u>	MRC: <u>55</u>
GLASGOW: <u>SEDAÇÃO</u>	DVA:	SpO ₂ : <u>90%</u>	
VENTILAÇÃO MECÂNICA:	DIAS DE VM:	MODOS:	FiO ₂ : CUFF: <u>/</u>
PARÂMETROS:			
MONITORIZAÇÃO VENTILATÓRIA:	Cest:	Cdín:	Res:
	Pinsp:	CV:	P.OI:
PROTOCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOZE:		<input type="checkbox"/> NÍVEL 1	<input type="checkbox"/> NÍVEL 2
		<input type="checkbox"/> NÍVEL 3	<input type="checkbox"/> NÍVEL 4
REAValiação: <u>Pet sem BGG. Pendidas: Foram realizadas mobilizações articulares de mmss e mmii (2x30), exercício respiratório diafragmático e sedues inspiratórios (2x30) SSUVF: 81 bpm, 94% SpO₂, 140 x 100 mmHg, 16 rpm.</u>			
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"/> RPPJ	<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE DECÚBITO	<input type="checkbox"/> TRE	<input type="checkbox"/> TMR
<input checked="" type="checkbox"/> TEP	<input checked="" type="checkbox"/> POSICIONAMENTO	<input type="checkbox"/> AJUSTES NA VM	<input type="checkbox"/> INTUBAÇÃO
<input type="checkbox"/> THB	<input checked="" type="checkbox"/> EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS	<input type="checkbox"/> MONITORIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> TRANSPORTE
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"/> 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 TERAPÊUTICA: <u>Ana Gabriela Alves Santana - Estagiária</u>		Natali Lima Aragão CREFITO 263066-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:			
CONDUTA: <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA MOTORA <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA			
FISIOTERAPEUTA RESPONSÁVEL			
OBS:			

LAUDO MÉDICO SUPLEMENTAR

Nº DO LAUDO DE AIH: _____ SEQUÊNCIA: _____ Nº DO LAUDO DE ALTO CUSTO: _____ Nº DO CARTÃO SUS: _____ Nº DO PRONTUÁRIO: **538086**

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

PACIENTE: **Arnaldo de Souza**

NOME DA MÃE: _____

ENDEREÇO COMPLETO: _____

DATA DE INTERNAÇÃO: _____ HORA DE INTERNAÇÃO: _____ Hs. _____ Min. CARÁTER: URG ELETIVA TIPO: _____ NÚMERO DO LETO: _____ ENFERM.: _____ CPF MÉDICO SOLICITANTE: _____

TIPO DE SOLICITAÇÃO

1 - FERNANÇIA A MAIOR 4 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA 7 - DIÁLISE

2 - MEDICAMENTOS ESPECIAIS 5 - HEMODINÂMICA 8 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

3 - NUTRIÇÃO PARENTERAL 6 - DIÁRIA DE RECÉM NASCIDO

9 - HEMODERIVADOS 10 - USO DE ÓRTESE/PRÓTESE 11 - CIRURGIA MÚLTIPLA

12 - UTI II 13 - UTI III 14 - OUTROS

15 - DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 16 - DIÁRIA DE UTI I

17 - MUDANÇA DE PROCEDIMENTO 18 - MUDANÇA DE AIH 1 PARA AIH 5

19 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5 20 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5 - PÓS TRANSPLANTE

21 - NOVA AIH 22 - PSIQUIATRIA 23 - CUIDADOS PROLONGADOS 24 - ACOMPANHANTE PÓS-TRANSPLANTE 25 - REABILITAÇÃO

MÉDICO SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO): _____ DIRETOR CLÍNICO DA UNIDADE (ASSINATURA E CARIMBO): _____

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: _____

DATA DA SOLICITAÇÃO: _____

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

ADOS DA HISTÓRIA CLÍNICA E DO EXAME FÍSICO

15. Place de estufa 4-5--

16. Penupia cont. w/ 4-5--

AMEI COMPLEMENTARES: _____

ATAJAMENTO: _____

CELHIAMENTO AUTORIZADO: _____

REJEIÇÃO DO NOVO PROCEDIMENTO: _____

REJEIÇÃO: SIM NÃO MOTIVO DA REJEIÇÃO: _____

SUPERVISOR: _____

MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA / CARIMBO): **Antônio E. de Souza** CRM-SE 3686

CPF / MÉDICO AUTORIZADOR: _____

MÉDICO COORDENADOR DA AUDITORIA (ASSINATURA / CARIMBO): _____

52/52/59

Ednaldo Alves Santana

DATA DE NASCIMENTO:

LEITO:

REGISTRO:

18/02/68

027

1138086

RASTREAMENTO DE INTEGRADORES QUÍMICOS

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO:

CIRURGIÃO:

Dr Antonio Lara

ENFERMEIRO:

Lorena

ANESTESIOLOGISTA:

Dr Penelope

CIRCULANTE DE SALA:

Laryssa

INSTRUMENTADOR:

Mauro

DATA

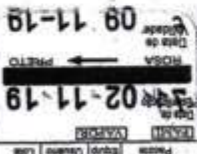
04/11/19

SALA CIRÚRGICA:

08

GRAMPEAR INTEGRADORES QUÍMICOS NOS ESPAÇOS ABAIXO:

CC 03 CAPOTAS DOS CAMPOS C/IM.



5/11/19
11/10
Esonne
+ 08/03

2072202
2072218

Caixa de Pequena Porte



para

et = 372
L = 3



et = 372
L = 3

C. de inf

Art. 10

031 00109
0010109



DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME COMPLETO EDUARDO NUNES SILVA		
DATA DE NASCIMENTO: 18/02/1968	LEITO:	REGISTRO:

SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	SALA OPERATÓRIA: 06	DATA DA CIRURGIA: 09/11/19
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRONTO COMITADA DIST. DISTAL TUBO F.		
CIRURGIA PROPOSTA: RESUM C/ FIXAÇÃO		
CIRURGIA REALIZADA: D PROXIMAS		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: FRONTO COMITADA DIST. DISTAL TUBO F.		
CIRURGIÃO: DR ANTONIO LARA		
1º AUXILIAR:		
2º AUXILIAR:		
3º AUXILIAR:		
ANESTESIOLOGISTA: DRA PRISCILA		
ANESTESIA REALIZADA: XPR FICHA ANESTÉSICA		
INÍCIO DA ANESTESIA:	INÍCIO DA CIRURGIA:	TÉRMINO DA CIRURGIA:
		TÉRMINO DA ANESTESIA:

EQUIPAMENTOS:			
MICROSCÓPIO CIRÚRGICO: <input type="checkbox"/>	INTENSIFICADOR DE IMAGENS: <input type="checkbox"/>	BISTURI ELÉTRICO: <input type="checkbox"/>	TREPANO
CRANIÓTOMO PNEUMÁTICO: <input type="checkbox"/>	SISTEMA DE ENDOSCOPIA: <input type="checkbox"/>	ULTRASSOM: <input type="checkbox"/>	

MATERIAIS ESPECIAIS UTILIZADOS:

PLACA DCP E PARAFUSOS

ANTISSEPSIA:

LOUK TÓPICO E / CHLORHEXIDINA

PROCEDIMENTOS REALIZADOS E VIAS DE ACESSO:

DESCRIÇÃO 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. MARCAÇÃO ANTERIOR
2. COLOCAR CAMPO
3. INCISÃO ATRÁS PERNA ESQ.
4. RESUM FRAÇÃO
5. FIXAÇÃO C/ PLACA E PARAFUSOS
6. SUTURAS COM PARAFUSOS DIR PRF
7. CURATIVO
8. FIM DO PROCEDIMENTO

Dr. Antônio E. Lara Azev
Oncologia Translacional
CRM-2008 TEOT 8828

Ass.: 09/11/19

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: Não esse curado esse não
está no muito Acido duv 150
co. Acido
PRESCRIÇÃO MÉDICA
HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO

- 1 Dieta VO. LIVRE
 - 2 SFO,9% 1500ML EV P/ 24HS
 - 3 Ketin 1g, IV, 6h/6h OU Kefazol 1g, IV, 8h/8n SUSP
 - 4 Ranitidina, 02 mL + 18 mL AD, IV, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, IV, às 6:00
 - 5 Dipirona, 02 mL + 08 mL AT, IV, 6h/6h
 - 6 Profenid, 01 ampola IV + 100mL SFO,9%, 12h/12h
 - 7 Tramal 100mg + 250 ml SFO,9, IV, 8h/8h ~~250~~ (90)
 - 8 Cloxane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia
 - 9 Cromoglicida, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos SOS
 - 0 Glicemia capilar, 6h/6h, se diabético
- Insulina regular, conforme glicemia:
- | | | |
|----------------|----------------|----------------|
| <200 = 0 | 251 - 300 = 4U | 351 - 400 = 8U |
| 201 - 250 = 2U | 301 - 350 = 6U | > 400 = 10U |
- Glucose 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





EDIVALDO ALVES SANTANA
DATA: 13-15-2019
ID:
Pessoa 23 Y. M
NASC: 18-0-Masculino



RAIOS - X CENTRO DIAGNÓSTICO POR IMAGENS

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

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 tíbia 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 !







Lactise
consultas e exames

Relatório Médico - DPVAT

- 1) Eduardo Alves Santos
- 2) Idade: 51 anos de
- 3) Data do acidente: 29/10/2019.
- 4) Diagnóstico: Fratura do diáfise da tibia E. CID S82.2.
- 5) Tratamento: Tratamento cirúrgico da fratura da tibia e placa e parafusos.
- 6) Sequelas:
 - a) Edema residual
 - b) necessidade de andador p/ locomoção.

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 LOGO SEU PRÓXIMO ATENDIMENTO. TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.



Lactise
consultas e exames

- (c) Dor na perna E
 - (d) Claudicação
 - (e) Material metálico na perna E
- Sequela: 25%

Aracaju, 13/02/2020

Masayuki Ishi
Dr. Masayuki Ishi
CRM 1276
CPF: 453.080.478-34

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 LOGO SEU PRÓXIMO ATENDIMENTO, TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Edinaldo Alves Santana

DATA DO ACIDENTE 29/10/2019 CPF DA VÍTIMA 517.584.235-87

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Edinaldo Alves Santana

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua E. Poltemanto Posto do Gringo

Nº 65 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Suladora

CIDADE Aracaju UF SE CEP 49089-000

E-MAIL _____ TELEFONE (79) 32 22 0817

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- X REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- X 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)
- X CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- X NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATORIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- X BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- X COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- X 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 - INVALIDEZ PERMANENTE

- () 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 DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () 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)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATORIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORTIIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIAS ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (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)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA 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 FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 04 Fevereiro 2020

IDENTIDADE 898.051

ASSINATURA Edinaldo Alves Santana

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____