



**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 MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20210104095600225 às 09:56 em 04/01/2021.

LOCALIZAÇÃO:

Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania de Aracaju

PUBLICAÇÃO:

Não



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

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200058583

Vítima: EDNALDO ALVES SANTANA

Data do Acidente: 29/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDNALDO ALVES SANTANA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **EDNALDO ALVES SANTANA**

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

Banco: **237**

Agência: **000000809-5**

Conta: **000000014705-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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 (OSTEOSÍNTESE) 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. Leticamento Porto do Gringo 65 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Soledade 12 - Cidade: Aracaju 13 - Estado: Sergipe 14 - CEP: 49089-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (913) 3223-0817

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)

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

AGÊNCIA: 0809 CONTA: 0034705 2

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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

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 Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

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

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE DIÁFISE E EPÍFISE DISTAL DA TÍBIA A ESQUERDA

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

Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA COM 01 PLACA E 06 PARAFUSOS.
Complicações: BLOQUEIO LEVE DO JOELHO E SEVERO DO 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?

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

DÉFICIT FUNCIONAL LEVE EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

☐ () "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

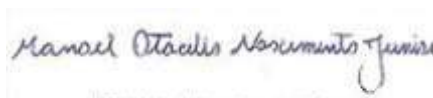
% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

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

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


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

Nome Civil: EDNALDO ALVES SANTANA (VÍTIMA)

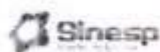
Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AL - Porto Real do Sexo: Masculino Nasc: 18/02/1968
Profissão: Motoboy Escolaridade: Ensino Fundamental Completo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Rosalia Alves Santana

Documento(s)

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

Endereço

Município: Aracaju - SE Nº: 65
Logradouro: R C
Complemento: LOTEAMENTO PORTO DO GRINGO



Delegado de Polícia Civil: Daniela Ramos Lima Barreto
Impresso por: Roberval Rodrigues Bernardino
Data de Impressão: 20/11/2019 09:41
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 122472/2019

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

CEP: 49.089-156

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

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

Nome Envolvido	Envolvimentos
Ednaldo Alves Santana	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

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

ASSINATURAS

Roberval Rodrigues Bernardino
Agente de Polícia
Matrícula 549411
Responsável pelo Atendimento

Camila dos Santos Cruz
(Comunicante)

"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 do Crime ou de Controvérsia do Código Penal Brasileiro."

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



Delegado de Polícia Civil: Daniela Ramos Lima Barreto
Impresso por: Roberval Rodrigues Bernardino
Data de Impressão: 20/11/2019 09:41
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

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: Edinaldo 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: Edinaldo Alves Santana 6 - CPF: 517.584.235-87
7 - Profissão: moto Boy 8 - Endereço: Rua e. Leticamento Porto do Gringo 65 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Solidade 12 - Cidade: Aracaju 13 - Estado: Sergipe 14 - CEP: 49.089-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 79 3222-0817

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)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0809 CONTA: 0034705 2

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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

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

BRADESCO12022020050000000000023700809000000014705168750 PAGO

☐ 01 - MUDOU-SE ☐ 02 - ENDEREÇO INSUFICIENTE ☐ 03 - NÃO EXISTE Nº INDICADO ☐ 04 - FALCIDO ☐ 05 - DESCONHECIDO ☐ 06 - RECUSADO		☐ 07 - AUSENTE ☐ 08 - NÃO PROCURADO ☐ 10 - OBJETO DANIFICADO ☐ 11 - END. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE ☐ 12 - FALTA COMPLEMENTO (COLETIV / GU) ☐ 13 - CAIXA POSTAL CANCELADA	Matricula: _____ Rubrica do Responsável: _____ Reintegrado ao Serviço Postal em: ____/____/____
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

www.consorciohonda.com.br

Ouvir: 0800 771 5707

Atendimento às Pessoas com Deficiência Auditiva: 0800 722 2341

Serviço de Atendimento ao Consumidor: 0800 722 2340

Central de Atendimento ao Cliente: (11) 2172-7007



HONDA
Consórcio

09530-401

Caetano do Sul - SP

Senador Roberto Simonsen, 304 - Santo Antônio

CJ: 45.441.789/0001-54

Administradora de Consórcio Nacional Honda Ltda.

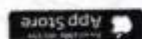
Atenção: Consórcios ativos ou excluídos do grupo, devem manter atualizadas todas as suas informações cadastrais e dados bancários.

www.consorciohonda.com.br

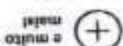
Utilize um leitor de QR code e faça o download do aplicativo. Aproveite esta facilidade!



Disponível gratuitamente na:



Google Play



e muito

NOVO!
Débito automático
Facilidade e segurança!



Resultado de
Assinatura

Oferta
de Lance

Extrato

Boleto
Eletrônico

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

Baixe o Aplicativo "Meu Consórcio".

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 75067

DATA: 29/10/2019

HORA: 19:45

USUARIO: ELMENEZES

CNS:

SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME : EDNÁLDO ALVES SANTANA DOC....: 898051
 IDADE.....: 51 ANOS NASC: 18/02/1968 SEXO...: MASCULINO
 ENDEREÇO.....: 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
 RESPONSÁVEL...: O PROPRIO TEL....:
 PROCEDÊNCIA...: 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 CLÍNICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Paciente vítima de queda de moto, sem alteração de consciência, sem náusea, vômito, dor de cabeça, referida que após queda houve episódio de tontura que foi sendo resolvida espontaneamente.

Por em tornozelo esquerdo (dado após exame físico) e edema em antebraço esquerdo.

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

Ex. físico: A - 64 anos, em estado geral bom, sem alterações; B - supino, pressão 15 mmHg.

C - em tornozelo esquerdo e em antebraço esquerdo, presença de choque hipovolêmico, pressão 82/60 mmHg; D - 64 anos, 15 mmHg; E - em tornozelo esquerdo.

DIAGNOSTICO:

CID: 110.01.00

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MEDICAÇÃO

- Rx: Perna esquerda 2P; Tornozelo esquerdo 2p.

- Paracetamol 100mg + 100ml SF 0.9% IV. 2x/dia

- Dexametasona 1mg em Solução IV. 2x/dia

DATA DA SAÍDA:

ALTA: [] DECISÃO MÉDICA [] A PEDIDO [] EVASÃO

HORA DA SAÍDA: :
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO [] DESISTÊNCIA

INTERNACÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERÊNCIA (UNIDADE DE SAÚDE):

ÓBITO: [] ATÉ 48HS [] APÓS 48HS [] FAMÍLIA [] IME [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

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

Luiz Marcelino
 CIRURGIÃO GERAL
 CRM/SE 5198

EDUARDINO DE ARAÚJO



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	NÃO	NÃO
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 JANÇADA: 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
NAO	NÃO	ORAL	NÃO	NÃO	NÃO	15
MOTIVIDADE						
EMBUULA	CADEIRANTE	ACAMADO	OUTROS			
NÃO	NÃO	SIM				

HIPÓTESE(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: Antônio Franco Cabral Ortopedia / Traumatologia CRM 180	Data: 30/10	Hora: 11:07
Hora:	Carimbo:	Responsável: SILVANIA ALVES SANTANA COORDENADORA DE UTI	

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

CRL (Autorização)	
Data:	Hora:
MR:	
Código:	
Assinatura:	

ATENÇÃO

A primeira solicitação deverá ser enviada à Central de Regulação de Leitos através do DUSV Enfermaria devidamente preenchido no máximo 03 horas a partir da data e hora da solicitação.

As atualizações dar-se-ão a cada 24 horas a partir da primeira solicitação e deverão ser registradas em Formulário de informações complementares e enviadas à Central e Regulação de Leitos, cumprindo o mesmo prazo definido no item anterior.

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

NOME DO PACIENTE: Ednaldo Alves Santana.
DATA DA ENTRADA: 24/10/2019
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:**

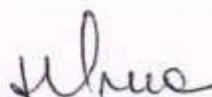
ECG
Exames laboratoriais

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Juni Marcel A. Prates - CRM 5198
Dr. Agnair 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

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 75067

DATA: 29/10/2019 HORA: 19:45 USUARIO: ELMENEZES

CNS:

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 alteração, sem síncope, sem tórax, refere
que após queda houve episódio de tontura que foi resolvido espontaneamente.

Dor em tornozelo esquerdo (semelhante a dor de crescimento) e edema na antebraço esquerdo.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

Ex. físico: A - vis. física, em isômeros cranial, em cervical; B - supino, pulso 15 bpm.

C - Sinais vitais: pressão arterial 82/60 mmHg; P - 60 bpm; S - 15 bpm; E - em repouso, sem

DIAGNOSTICO:

CID: 110.5 - lesões

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

- Rx: Perna esquerda 2P; Tornozelo esquerdo 2p.
- Propofol 100mg + 100ml SP 0.9% IV. 20/20
- Dexamet 1g em Sol AD IV.

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

Juri Marcelino
CIRURGIA GERAL
CRM/SE 5198

Oto

Dr. retiro de dentes e
corte, extra e / futuro
da Tabela Dental de

Oto Cirurgio

Dr. Otto

Dr. Agneta V. Neto
Ortopedia 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:



Faturamento Huse <faturamentohuse@gmail.com>

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

nirhuse srl <nirhuse.srl@gmail.com>
Para: faturamentohuse@gmail.com

31 de outubro de 2019 18:07

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

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

Date: qui, 31 de out de 2019 às 16:53

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

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

Boa tarde,

Liberado leito D6 da Ortopedia 2 para EDNALDO ALVES SANTANA

Código autorizativo: RL3110HCO2LD6CL4

OBS 1: Realizar a transferência hoje até às 17h, caso não seja possível, realizar amanhã a partir das 7h.

OBS 2: O leito ficará reservado para determinado paciente por até 24h, a contar do envio deste comunicado.

OBS 3: A Unidade solicitante é responsável pelo transporte e pelo quadro clínico do paciente.

OBS 4: Caso ocorra alteração no quadro clínico, favor nos informar para suspendermos a regulação.

OBS 5: Leitos liberados a partir de 17h, deverão ser ocupados a partir das 7h da manhã, sendo este o horário que dará início a contabilização das 24h da reserva do leito.

Atenciosamente,

Médico Regulador Caroline Lima

Complexo Regulatório de Saúde do Estado de Sergipe

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

Núcleo Interno de Regulação - NIR/HUSE

PRONTO SOCORRO ADULTO	PRESCRIÇÃO MÉDICA
HUSE	

Nome: Edraldo A. J. Idade: _____ Data: _____

DATA	HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
29/10/19		① Dta em	12:35
		② SF 0.9% 1500ml EV 2x1	300 500 500
		③ Dipros 0.5 EV 610ml	02 08 14
		④ Risperid 100g EV 1x1	24
		⑤ Clonaz 90g SC 1x1	26
		⑥ SS 6 + 1 cp	

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 queda.
Efe: apresentando melhora do
WOB*

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta VO, LIVRE	
2	SFO,9% 1500ML EV P/ 24HS	<i>12h 18h 24h</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	<i>12h 18h 24h</i>
5	Dipirona, 02 mL + 08 mL AD, IV, 6h/6h	<i>12h 18h 24h</i>
6	Profenid, 01 ampola IV + 100mL SFO,9%, 12h/12h	<i>12h 18h 24h</i>
7	Tramal 100mg + 250 ml SFO,9, IV, 8h/8h SUSP	<i>12h 18h 24h</i>
8	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia	<i>12h 18h 24h</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>12h 18h 24h</i>
18	CURATIVO DIARIO 1X/DIA	
19		
20		
21		
22		
23		

Dr. Rafael Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
Ortopedia Pediátrica
CRM / SE 4707 / TEOP 16744 / 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 eleva muito a dor
em repouso
com analg.

	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 1905	
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		



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE

PRONTO SOCORRO ADULTO

Página nº

Edw. A. D.

Idade:

Sexo:

Unidade de Produção:

Leito:

Nº do Prontuário:

Dr. Agenor V. Neto
Ortopedia Traumatologia
CRM 3352

EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

Página nº 2

[illegible]

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

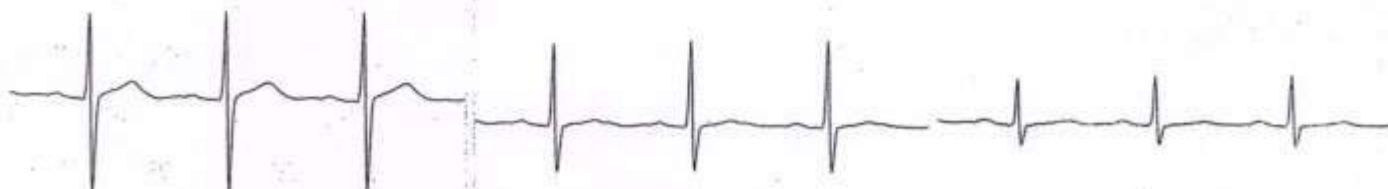
V3 10



V4 10

V5 10

V6 10



DII 10



PRÉ OPERATÓRIO.

(c) MICROMED Biotecnologia

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: 190138126980000 Doc med resp: 206790614650009 Doc diretor clínico: 206790614650009 Doc médico solic: 980016282474154
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 - 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

Telefone: (79)9964-52741

Muda Proc.?: NÃO

Município: 280030 - ARACAJU

UF: SE CEP: 49089-156

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

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

Diag. principal: S822-FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Diag. secundário:

Complementar:

Causa Óbito:

Carater atendimento: 02 - URGÊNCIA

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: -

Vínculo Previdência:

CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtde	Cmpst	Descrição
1	0408050500	980016000882767	225270(3)	0002283	0002283	1	11/2019	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
2	0408050500	980016288097379	225151(6)	3359948	3359948	1	11/2019	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
3	0702030902			02681701008169	02681701008169	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	4	11/2019	CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO
6	0302050019	980016293797847	223635	0002283	0002283	3	10/2019	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM
7	0302040021	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
9	000041512	02.681.701/0001-69				

VALORES DA PRÉVIA

VALORES DA PRÉVIA	Serviço Hospitalar		Serviço Profissional				TOTAL
	Direto		Direto		Rateado		
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	
03.01.01-CONSULTAS MEDICAS OUTROS					37,03		37,03
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. - CONDUTOR TRAUM. EM ACID. A-TRANSITO

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

Vivos: Mortos: Altas: Transf.: Óbitos:

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

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITALFBHC
Serviço de Auditoria de
Contas12/12/19
Ariane Ferreira da Motta
Supervisão Médica/SES
CRM-SE 8586
CPF 876.101.101-0012/2019
Pg 4



RAIOS - X CENTRO DIAGNÓSTICO POR IMAGENS

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

RESULTADOS DOS EXAMES

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

RADIOGRAFIA PERNA ESQUERDA 02 POSIÇÕES LAUDO:

Osteopenia justa articular.

Fratura no terço distal da 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

DATA: 04/12/2019

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 : 190136128980000

Doc med resp : 206790614650009

Doc diretor clínico : 206790614650009

Doc médico solic : 980016282474154

CNES : 0002283 - FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

CNS : 70780729515309-4

Paciente : EDNALDO ALVES SANTANA

Prontuário : 1138086

Data Nasç. : 16 / 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

Diag. secundário :

Complementar :

Causa Obito :

Calcular atendimento : 02 - URGENCIA

Modalidade : HOSPITALAR

Data Internação : 31 / 10 / 2019

Data saída : 05 / 11 / 2019

Mot saída : 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIH01 :

AIH Anterior :

AIH Posterior :

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNPJ do Empregador :

CNAER : -

Vínculo Previdência :

CBOR : -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtde	Cmpot	Descrição
1	0408050500	980016288097379	225151(6)	3359948	1	11/2019	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
2	0408050500	980016288097379	225151(6)	3359948	1	11/2019	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
3	0301010170	190065103540004	225125	0002283	1	10/2019	CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO
4	0301010170	190065103540004	225125	0002283	1	10/2019	CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO
5	0301010170	190065103540004	225125	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

VALORES DA PRÉVIA	Serviço Hospitalar		Serviço Profissional				TOTAL
	Direto		Direto		Rateado		
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	
04.08.05-CONSULTAS MÉDICAS OUTROS					37,56		37,56
04.08.05-MEMBROS INFERIORES	631,25			64,53	112,93		808,71
04.08.05-ORÇ. MED. ORTOPEDIA		235,88					235,88
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 SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALARHOSPITAL
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 ☒ 1Fem ☐ 3

DDD

79

12 - TELEFONE DE CONTATO

96452741

14 - TELEFONE DE CONTATO

99191887

5 - Nº DO PRONTUÁRIO

10 - RAÇA/COR

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com dor de cabeça, náusea, vômito, febre, tosse, dor no peito, dificuldade para respirar, etc.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Histórico clínico

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

Longo prazo de exame físico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Pneumonia

24 - CID 10 PRINCIPAL

J12.2

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

J23.0

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Histórico clínico de pneumonia

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050500

29 - CLÍNICA

Cirurgia

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Urgência

31 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

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

2261513857

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Paulo Salotti

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

31/01/19

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

Dr. Paulo Salotti

CRM-SE 3886

CRM-SE 3886

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO RILHTE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

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 (X) 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: Almeida da Mota

Supervisão Médica SES

CRM-SE 3886

CPF: 876.198.735-20

F.B.H.C- FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA 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

ENDERECO: RUA C N.65

BAIRRO: Soledade

CIDADE: Aracaju

FONE: 96452741/99191887

DATA NASC.: 18/02/1968

EST.CIVIL : Solteiro

NOME DO PAI: NAO CONSTA NO DOC. APRESENTADO

NOME DA MAE: ROSALIA ALVES SANTANA

Nº: 65

UF: SE

CPF

R.G:

IDADE: 51

PROFISSÃO

CEP: 49089156

51758423587

898051

SEXO: Masculino

 RESPONSÁVEL:

NOME DO RESPONSÁVEL: ERMOSA DA SILVA GOMES / ESPOSA

ENDERECO:

BAIRRO:

CIDADE:

UF:

 DADOS COMPLEMENTARES:

CID: S82.2-Fratura da diáfise da tibia

ORIGEM: Aracaju

DIAS INTERNAMENTO: 4

PROC.SUS: 040805050-0 Tratamento Cirurgico De Fratura Da Diafise Da

AIH.:

RX { Pre: OK
 Pós: OK

Alta

05/11/19

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

ORTOPLAN
SERGIPE
 IMPLANTES ORTOPÉDICOS

 ORTOPLAN SERGIPE LTDA EPP
 Av. Rio Branco, 106, Centro, 5º Andar SL 811, 812, 813, 816, 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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA

INSCRIÇÃO ESTADUAL

27.097.585-3

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

02.681.701/0001-69

DESTINATÁRIO

NOME / RAZÃO SOCIAL

FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

ENDEREÇO

DESEMBARGADOR MAYNARD, 174

MUNICÍPIO

ARACAJU

BAIRRO / DISTRITO

CIRURGIA

UF

SE

FONE / FAX
3212-7312

CNPJ / CPF

13.016.332/0001-06

DATA DA EMISSÃO

11/11/2019

DATA DA SAÍDA

HORA DA SAÍDA

INSCRIÇÃO ESTADUAL

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

BASE CALC ICMS

0,00

VALOR ICMS

0,00

VALOR DESCONTO

0,00

OUTRAS DESP

0,00

VALOR IPI

0,00

TOTAL DA NOTA

235,88

VALOR FRETE

0,00

VALOR SEGURO

0,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

NOSSO CARRO

ENDEREÇO

FRETE POR CONTA

0-Remetente

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEIC

UF

CNPJ / CPF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

MUNICÍPIO

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

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

DATA DO RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

 NF-e
000.041.512
SÉRIE 3

DATA: 02/11/19		TURNO DE ATENDIMENTO: ☒ MANHÃ ☐ TARDE ☐ NOITE					
AP: MUEATHKARA		FC: 82	FR:	PA:	T:		
VA: VEA		RASS:	IMS: 1	MRC:	NC: Acordado		
GLASGOW:	SEDAÇÃO:		DVA:		SpO ₂ : 96%		
VENTILAÇÃO MECÂNICA: UA		DIAS DE VM:	MODO:	FIO ₂ :	CUFF:	1	
PARÂMETROS:							
MONITORIZAÇÃO VENTILATÓRIA:		Cest:	Cdin:	Res:	IRRS:	PaO ₂ /FIO ₂ :	
		Pinsp:	CV:	PO.1:	TRE:	TESTE DE CUFF:	
PROTOCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOCE:				☐ NÍVEL 1	☐ NÍVEL 2	☐ NÍVEL 3	☐ NÍVEL 4
REAVALIAÇÃO: Paciente acordado, VEA, eupneico, consciente e orientado, sem queixas e/ou sinais de desconforto respiratório. Laboratório da conduta realizado e em tempo.							
CONDUTA: ☒ FISIOTERAPIA MOTORA ☒ FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA							
DESNAME: ☐ SIMPLES ☐ DIFÍCIL ☐ PROLONGADO - HORAS: ☐ 2 ☐ 4 ☐ 6 - FALHOU PORQUE?							
☐ RPPI	☐ MUDANÇA DE DECÚBITO	☐ TRE	☐ TMR	TIPO DE VNI:	TEMPO:	☐ RPPI	
☐ TEP	☒ POSICIONAMENTO	☐ AJUSTES NA VM	☐ INTUBAÇÃO	☐ EXTUBAÇÃO	OUTRAS:		
☐ THB	☒ EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS	☒ MONITORIZAÇÃO	☐ TRANSPORTE	☐ 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:				Viriane Rezende Fisioterapeuta CREFIO 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: ☐ FISIOTERAPIA MOTORA ☐ FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA				FISIOTERAPEUTA RESPONSÁVEL			
OBS:							



FICHA DE EVOLUÇÃO DA FISIOTERAPIA

NOME COMPLETO

Edmundo Alves 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 2cm RA

FC: 96 bpm

FR: 14 bpm

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:

Cdin:

Res:

IRRS:

PaO₂/FIO₂:

Pinsp:

CV:

P.OI:

TRE:

TESTE DE CUFF:

PROTOCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOCE:

☐ NÍVEL 1☐ NÍVEL 2☐ NÍVEL 3☐ NÍVEL 4

RE AVALIAÇÃO:

Paciente encontra-se acordado, cooperativo, orientado, anistiético. Sinais respiratórios: miato, ritmo respiratório regular, tórax e abdômen normais. Tose eficaz e infrequente. Apresenta fratura de tíbia E. hematotórax de MTO. DOR: 0. EVA: 0, com limitação grave para marcha. Alvo a paciente com os seguintes parâmetros: GV: FC: 96, PA: 140/60 mmHg, T: 35.5°C, RA: 150/60 mmHg, AP: MV+ AHTx 2cm RA. DOR: 0 EVA: 0.

CONDUTA: ☒ FISIOTERAPIA MOTORA ☒ FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIADESMAME: ☐ SIMPLES ☐ DIFÍCIL ☐ PROLONGADO - HORAS: ☐ 2 ☐ 4 ☐ 6 - FALHOU PORQUE?☐ RPP:☐ MUDANÇA DE DECÚBITO☐ TRE☐ TMR

TIPO DE VNI:

TEMPO:

☐ TEP☐ POSICIONAMENTO☐ AJUSTES NA VM☐ INTUBAÇÃO☐ EXTUBAÇÃO

OUTRAS: Inspirações em enfermeiro, inspiração fracionada, movimentação ativa assistida de MTO e MMS.

☐ THB☒ EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS☐ MONITORIZAÇÃO☐ TRANSPORTE☐ 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. dig. Breve e insubornos. ACT: Daynara Novais

Thiago Abner

CREFIO 195408-F

Preceptor de Fisioterapia

FISIOTERAPEUTA RESPONSÁVEL

EXAME

HORA

RESULTADOS

GASOMETRIA

pH:

PaO₂:PCO₂:HCO₃:

BE:

OBS:

GASOMETRIA

pH:

PaO₂:PCO₂:HCO₃:

BE:

OBS:

RAIO X:

OUTROS:

DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:

CONDUTA: ☐ FISIOTERAPIA MOTORA ☐ FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA

FISIOTERAPEUTA RESPONSÁVEL

OBS:

FICHA DE EVOLUÇÃO DA FISIOTERAPIA

NOME COMPLETO:

Edmar de Alencar Santana

DATA DE NASCIMENTO:

LEITO:

REGISTRO:

18/10/1968

D27

1138086

SEXO: ☒ MASCULINO ☐ FEMININO	IDADE: 51	DATA DE ADMISSÃO: 31/10/19		CONVÊNIO:	
DIAGNÓSTICOS: Fratura de Tibia E					
DATA: 05/11/19		TURNO DE ATENDIMENTO: ☒ MANHÃ ☐ TARDE ☐ NOITE			
AP: MH AHTX sem RA	FC: 91 bpm	FR: 18 bpm	PA: 150 x 100 mmHg	T:	
VA: AA	RASS:	IMS: 1	MRC: 55	NC:	
GLASGOW: 14	SEDAÇÃO:	DVA:		SpO ₂ : 90%	
VENTILAÇÃO MECÂNICA:	DIAS DE VM:	MODOS:	FIO ₂ :	CUFF:	/
PARÂMETROS:					
MONITORIZAÇÃO VENTILATÓRIA:	Cest:	Cdin:	Res:	IRRS:	PaO ₂ /FIO ₂ :
	Pinsp:	CV:	P.OI:	TRE:	TESTE DE CUFF:
PROTOCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOCE:			☐ NÍVEL 1	☐ NÍVEL 2	☐ NÍVEL 3 ☐ NÍVEL 4
REAValiação: Pac com BGG. Pendulas: Foram realizadas mobilizações articulares de mmss e mmii (2x30), exercício respiratório diafragmático e reduções inspiratórias (2x30). SSUVF: 81 bpm, 94% SpO ₂ , 140 x 100 mmHg, 16 bpm.					
CONDUTA: ☒ FISIOTERAPIA MOTORA ☒ FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA					
DESMAME: ☐ SIMPLES ☐ DIFÍCIL ☐ PROLONGADO - HORAS: ☐ 2 ☐ 4 ☐ 6 - FALHOU PORQUE?					
☐ RPPJ	☐ MUDANÇA DE DECÚBITO	☐ TRE	☐ TMR	TIPO DE VNI:	TEMPO:
☒ TEP	☒ POSICIONAMENTO	☐ AJUSTES NA VM	☐ INTUBAÇÃO	☐ EXTUBAÇÃO	OUTRAS:
☐ THB	☒ EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS	☐ MONITORIZAÇÃO	☐ TRANSPORTE	☐ RCP	
SECREÇÃO:	☐ PEQUENA	☐ MÉDIO	☐ GRANDE	☐ FLUIDA	☐ ESPESSA
CINESIOTERAPIA:	☐ PASSIVA	☒ ATIVA	☒ ATIVA ASSISTIDA	☐ RESISTIVA	
☐ SEDETAÇÃO NO LEITO	☐ S C/ MMII PEND	☐ SP	☐ ORT	☐ S/L	☐ ME ☐ DEA
META TERAPÊUTICA:				Natali Lima Aragão CREFITO 263866-F Preceptora UNIAGES FISIOTERAPEUTA RESPONSÁVEL	
EXAME	HORA	RESULTADOS			
GASOMETRIA		pH:	PaO ₂ :	PCO ₂ :	HCO ₃ ⁻:
GASOMETRIA		pH:	PaO ₂ :	PCO ₂ :	HCO ₃ ⁻:
RAIO X:		OUTROS:			
DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:					
CONDUTA: ☐ FISIOTERAPIA MOTORA ☐ 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 338086	
UNIDADE SOLICITANTE FUNDAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL DE CIRURGIA						CÓDIGO DA UNIDADE 0002283	CGC 13.016.332.0001-06
NOME DO PACIENTE Ednaldo Alves de Souza							
NOME DA MÃE							
ENDEREÇO COMPLETO							
DATA DE INTERNAÇÃO		HORA DE INTERVENÇÃO Hs. Min.		CARÁTER ☐ URG ☐ ELETIVA	TIPO	NÚMERO DO LETO	ENFERM.
CPF MÉDICO SOLICITANTE							
TIPO DE SOLICITAÇÃO							
☐ 1 - FERNANDEZ A MAIOR ☐ 2 - MEDICAMENTOS ESPECIAIS ☐ 3 - NUTRIÇÃO PARENTERAL ☐ 4 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ☐ 5 - HEMODINÂMICA ☐ 6 - DIÁRIA DE RECÉM NASCIDO ☐ 7 - DIÁLISE ☐ 8 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA							
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO							
☐ 9 - HEMODERIVADOS ☒ 10 - USO DE ÓRTESE/PRÓTESE ☐ 11 - CIRURGIA MÚLTIPLA		☐ 12 - UTI II ☐ 13 - UTI III ☐ 14 - OUTROS		PROCEDIMENTO 1		QTDE	PROCEDIMENTO 2
☐ 15 - DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ 16 - DIÁRIA DE UTI I		CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QTDE	PROCEDIMENTO 3	QTDE	PROCEDIMENTO 4
☐ 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		CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QTDE	DATA DA SOLICITAÇÃO
MÉDICO SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO)							
DIRETOR CLÍNICO DA UNIDADE (ASSINATURA E CARIMBO)							
JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
15. Place no e-teste 4-5-- 16. Penicilina cont. 4-5--							
ANEXOS COMPLEMENTARES							
RECEBIMENTO AUTORIZADO							
RECEBIMENTO DO NOVO PROCEDIMENTO							
RECEBIMENTO							
MOTIVO DA REJEIÇÃO							
MÉDICO COORDENADOR DA AUDITORIA (ASSINATURA / CARIMBO)							
MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA / CARIMBO)							
CPF / MÉDICO AUTORIZADOR							



NOME COMPLETO:

Edmonds Mrs
santana

DATA DE NASCIMENTO:

LETO:

REGISTRO:

1538086

DIAGNÓSTICO: Fratura simples Tibia

CONVÊNIO: 52

PROCEDIMIENTO REALIZADO: Red. Cir. C/ Fijación

DATA DA UTILIZAÇÃO: 04/10/19

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

NOTE:

CRM

Dr. Antonio E. Lara Arce
Ortopedia Traumatología
CRM 2808 TEST 6525

IDENTIFICAÇÃO DOS PRODUTOS

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

NAME: Arturo San

CNPJ:

CARTELO/ ASSINATURA:

CONTROLE DA FARMÁCIA

DATA DO RECEBIMENTO: / /

FARMACÉUTICO:

1º VIA PRONTUÁRIO

2ª VIA FORNECEDOR

3ª VIA FARMÁCIA

HOSPITAL
CIRURGIA
FICHA DE ANESTESIA

NOME COMPLETO:

Silvando Alves Santos

DATA DE NASCIMENTO:

LEITO:

REGISTRO:

1138086

SEXO: ☒ MASCULINO ☐ FEMININO

SALA OPERATÓRIA:

DATA DA CIRURGIA: *04/11/19*

IDADE: *51*

COR:

CONVÊNIO:

CIRURGIÃO:

Dr. LARA

ANESTESIOLOGISTA:

DRª. PENHOPE

1ª AUXILIAR:

2ª AUXILIAR:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fratura de fíbula (E)

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

0 pr

CIRURGIA PROPOSTA:

Correção de fratura (E)

CIRURGIA REALIZADA:

A proposta

CÓDIGO CIRÚRGICO:

PRÉ-MEDICAÇÃO:

HORA:

RESULTADO: ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

INÍCIO DA ANESTESIA

INÍCIO DA OPERAÇÃO

ALT DA ANESTESIA

RISCO OPERATÓRIO

ESTADO FÍSICO

10 : 35

10 : 50

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7

O₂

☒ MONITOR ECG

☒ OXÍMETRO PULSO

☐ CAPNÓGRAFO

☒ AM NÃO INVASIVA

☐ VENTILADOR

FLUIDOS:

10:35

OK

DROGAS

CONC.

QNT.

- 1) Midoxylon 30 mg*
- 2) Bupr. PESADA 12 mg*
- 3) Dimorf 80 mg*
- 4) Ceftriaxona 2g*
- 5) Ondansetron 8 mg*
- 6) Dexmedetomidina 10 mg*
- 7) Diprivan 2g*
- 8) Colapropina 100 mg*

ANOTAÇÕES

RAZÃO ANESTESIA

S/ INTERFERÊNCIAS

AGENTES ANESTÉSICOS:

TÉCNICA:

Ragionestesia sem intubação

INDUÇÃO:

POSICÃO:

SENTADO

LOCAL DA PUNÇÃO:

(L3-L4)

LÍQUIDO RETIRADO:

TÉCNICA:

POSICÃO APÓS:

POSICÃO OPERATÓRIA:

DDH

RESULTADO B.R.M.

DURAÇÃO DA OPERAÇÃO:

DURAÇÃO DA ANESTESIA:

CONSCIÊNCIA:

Consciente

PÓS-OPERATÓRIO: ☐ UTI ☒ SARA

DESTINO DA SRA:

☒ LEITO

☐ ALTA HOSPITALAR

CONDIÇÕES:

Estável

OBSERVAÇÕES:

Dr. Penelope Corvelho de Menezes
Anestesiologista
CRM-SE 147387

ANESTESISTA

ARACAJU, *04* de *11*

de 20 *19*

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

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

SEXO: ☒ MASCULINO ☐ FEMININO	SALA OPERATÓRIA: 06	DATA DA CIRURGIA: 09/11/19
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA COMINADA DIST. DISTAL TIBIA E.		
CIRURGIA PROPOSTA: REDUÇÃO CIRÚRGICA E/FIXAÇÃO		
CIRURGIA REALIZADA: D. PROXIMA		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: FRATURA COMINADA DIST. DISTAL TIBIA		
CIRURGIÃO: DR. ANDRÉ LARA		
1º AUXILIAR:		
2º AUXILIAR:		
3º AUXILIAR:		
ANESTESIOLOGISTA: DR. PRISCILA		
ANESTESIA REALIZADA: XRR FICHA ANESTÉSICA		
INÍCIO DA ANESTESIA:	INÍCIO DA CIRURGIA:	TÉRMINO DA CIRURGIA:
		TÉRMINO DA ANESTESIA:

EQUIPAMENTOS:			
MICROSCÓPIO CIRÚRGICO: ☐	INTENSIFICADOR DE IMAGENS: ☐	BISTURI ELÉTRICO: ☐	TRÉPANO
CRANIÓTOMO PNEUMÁTICO: ☐	SISTEMA DE ENDOSCOPIA: ☐	ULTRASSOM: ☐	

MATERIAIS ESPECIAIS UTILIZADOS:
PLACA DCP E PARAFUSOS

ANTISSEPSIA:
LOUK TÓPICO E/CLORHEXIDINA

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. MARCAR ANTERIOR
2. COLOCAR CAMPO
3. INCISÃO ANTÉRIOR PERNA ESQ.
4. REDUÇÃO E/OU
5. FIXAÇÃO C/ PLACA E PARAFUSOS
6. SURTIOS POR PARAFUSOS DIR. PRF
7. CURATIVO
8. FIM DO PROCEDIMENTO

Dr. Antônio E. Lara Aze
Ortopedia Traumatologia
CRM-3808 TEST 8888

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 está curando o osso
frat. no momento Atual está 150
cm. Nervo

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 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 Oramorfidu, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos SOS
- 10 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 DIÁRIO 1X/DIA



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

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

Número do pedido DPVAT: 3200058583

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

Nome do beneficiário: Edinaldo Alves Santana

CPF do beneficiário: 088.813.765-01

Nome do solicitante: Edinaldo Alves Santana

CPF do solicitante: 088.813.765-01

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (79) 99969-0167
DDD

Tel. Comercial: (79) 98809-0167
DDD

Tel. Residencial: (79) 3822-0817
DDD

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

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

☐ NÃO

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

☐ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☒ Outros: Laudo de radiografia e fotos.
(DESCREVER)

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

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

Fraturei a perna, passei por cirurgia e 10 anos depois com ajuda de andador; porém recebi apenas 25% do valor da perna. Esse valor está incorreto, visto que minha seqüela é superior a 75%.

Macapá-SE, 19.03.2020

Local e Data

Edinaldo Alves Santana

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

IMPORTANTE:

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

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

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



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 Ednaldo Alves Santos
- ② Idade: 51 anos de
- ③ Data do acidente: 29/10/2019.
- ④ Diagnóstico: Fratura do diáfise da tíbia E. CID S82.2.
- ⑤ Tratamento: Tratamento cirúrgico da fratura da tíbia 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

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

VITIMA Edmundo Alves Santana
 DATA DO ACIDENTE 29/10/2019 CPF DA VITIMA 517.584.235-87
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM
 A VITIMA É Edmundo Alves Santana
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua E. Voltemento, Povo do Girango
 Nº 65 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Solitude
 CIDADE Aracaju UF SE CEP 49089-000
 E-MAIL _____ TELEFONE (79) 3222-0817

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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) CPF DA VITIMA (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 VITIMA E RELATÓRIO 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 VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM 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 VITIMA 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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORTIIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM 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 VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 • MORTE = R\$ 13.500,00
 • INVALIDEZ PERMANENTE - ATE 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 ATE 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, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 04 Fevereiro 2020IDENTIDADE 898.051

ASSINATURA

Edmundo Alves Santana

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____