

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLEMISSON RODRIGUES DE SOUZA

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000027252988-6

Nr. da Autenticação A4F9700CD1352B99

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/02/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLEMISSON RODRIGUES DE SOUZA

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000027252988-6

Nr. da Autenticação 77F88A67A70C463C

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190685771

Cidade: Aracaju

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: CLEISSON RODRIGUES DE SOUZA

Data do acidente: 19/06/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA/LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO A DIREITA

Descrição do exame físico: Ao exame físico do pé direito apresenta eversão aos 0°, inversão aos 0°, pé normal, sem amputação, com encurtamento, marcha com claudicação, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, articulação metatarsofalangeana aos 0°. Apresenta na região observada pé com presença de atrofias, cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração anormal, temperatura anormal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau total no pé direito.

Resultados terapêuticos: REALIZADO REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA/LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO COM 03 FIOS DE KIRCHNER E COLOCAÇÃO DE TALA GESSADA, APRESENTOU INFECÇÃO DA FERIDA COM NECROSE FOI SUBMETIDO A SUBSTITUIÇÃO (TROCA) DOS 03 FIOS DE KIRCHNER, DESBRIDAMENTOS CIRÚRGICOS, CURATIVOS E ANTIBIOTICOTERAPIA, A CICATRIZAÇÃO OCORREU POR 2º INTENÇÃO, RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO DIA 02/08/2019, FICOU SENDO ACOMPANHADO EM NÍVEL AMBULATORIAL PELA ORTOPEDIA, SENDO REALIZADO NESTE PERÍODO SESSÕES DE FISIOTERAPIA MOTORA

Sequelas permanentes: PERDA TOTAL DA FUNÇÃO DO PÉ DIREITO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 22/01/2021

Conduta mantida: Não

Observações: Vítima já indenizada por dano grave do pé direito.

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 pés	50 %	Em grau completo - 100 %	50%	R\$ 6.750,00
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190685771 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEISSON RODRIGUES DE SOUZA **Data do acidente:** 19/06/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA E COMINUTIVA DO CALCÂNEO DIREITO COM EXTENSO FERIMENTO.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO COM MARCHA CLAUDICANTE (+++/+4), COM APOIO DE MULETAS, FORÇA MUSCULAR DO PÉ DIMINUÍDA (+/+5), EM VIRTUDE DA DOR E BLOQUEIO, PRESENÇA DE CICATRIZ IRREGULAR E RETRAÍDA NA FACE MEDIAL E POSTERIOR DO PÉ, CALCANHAR E TORNOZELO, AUMENTO DO VOLUME DO CALCÂNEO (CALO ÓSSEO), EDEMA DE MODERADO VOLUME NO TORNOZELO E PÉ, DOR E BLOQUEIO TOTAL NO TORNOZELO E RETRO, PARCIAL DO MESO E ANTE PÉ, PERDA DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO
AMPLITUDE DE MOVIMENTO ARTICULAR DO TORNOZELO: DORSIFLEXÃO 00° / EXTENSÃO 10°

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 20/12/2019

Conduta mantida:

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50



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, 10 de Fevereiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190685771

Vítima: CLEMISSE RODRIGUES DE SOUZA

Data do Acidente: 19/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLEMISSE RODRIGUES DE SOUZA

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 funcional completa de um dos pés 50%	
Graduação: Em grau completo 10%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 50,00%	
Valor a indenizar: 50,00% x 13.500,00 =	R\$ 6.750,00

Recebedor: CLEMISSE RODRIGUES DE SOUZA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000027252988-6

Tipo: CONTA CORRENTE

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



**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: 3190685771

Nome do(a) Examinado(a): CLEMISSESON RODRIGUES DE SOUZA

Endereço do(a) Examinado(a): trav alexandre reis, 93, , São Cristóvão/SE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP/SE / 1536475

Data e local do acidente: 19/06/2019 - São Cristóvão/SE

Data e local do exame: 22/01/2021 - Aracaju/SE

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA/LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO A DIREITA

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

PERICIA DO VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 19/06/2019, SENDO REALIZADO REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA/LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO COM 03 FIOS DE KIRCHNER E COLOCAÇÃO DE TALA GESSADA, APRESENTOU INFECÇÃO DA FERIDA COM NECROSE FOI SUBMETIDO A SUBSTITUIÇÃO (TROCA) DOS 03 FIOS DE KIRCHNER, DESBRIDAMENTOS CIRÚRGICOS, CURATIVOS E ANTIBIOTICOTERAPIA, A CICATRIZAÇÃO OCORREU POR 2º INTENÇÃO, RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO DIA 02/08/2019, FICOU SENDO ACOMPANHADO EM NÍVEL AMBULATORIAL PELA ORTOPEDIA, SENDO REALIZADO NESTE PERÍODO SESSÕES DE FISIOTERAPIA MOTORA, RECEBEU ALTA DEFINITIVA EM 04/11/2019, (INFORMADO PELA PERICIA DO, SEM COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL). O QUADRO EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

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

Ao exame físico do pé direito apresenta eversão aos 0°, inversão aos 0°, pé normal, sem amputação, com encurtamento, marcha com claudicação, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, articulação metatarsofalangeana aos 0°. Apresenta na região observada pé com presença de atrofia, cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração anormal, temperatura anormal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau total no pé direito.

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

Sim

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

Sim

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

PERDA TOTAL DA FUNÇÃO DO PÉ DIREITO PÉ DIREITO

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo 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"

() "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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Pé Direito - Total - 100%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:

OBSERVAÇÃO: O QUADRO EVOLUIU COM INSUFICIÊNCIA VASCULAR PERIFÉRICA, ULCERA E FIBROSE NO TORNOZELO E PÉ, O EVOLUIU COM DISTROFIA SIMPÁTICO REFLEXA NO PÉ DIREITO



Manoel Otacilio Nascimento Junior
Manoel Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827



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, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190685771

Vítima: CLEMISSE RODRIGUES DE SOUZA

Data do Acidente: 19/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLEMISSE RODRIGUES DE SOUZA

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\$ 5.062,50
Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%	
Graduação: Em grau intenso 75%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 50%) 37,50%	
Valor a indenizar: 37,50% x 13.500,00 =	R\$ 5.062,50

Recebedor: CLEMISSE RODRIGUES DE SOUZA

Valor: R\$ 5.062,50

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000027252988-6

Tipo: CONTA CORRENTE

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



 REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO 	
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1649149316	 NOME CLEMISON RODRIGUES DE SOUZA DOC (CONTEÚDO / ORG. EMISSORA) 1536475 SER SE CPF 801.800.515-04 DATA NASCIMENTO 05/05/1984 FUNÇÃO ANA MARIA RODRIGUES DE SOUZA PERMISSÃO ACD CAT. 01 AB
	Nº REGISTRO 05950040901 VALIDADE 18/04/2023 1ª EMISSÃO 09/12/2013
	OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO.
	Assinatura do Titular Clemison Rodrigues de Souza LOCAL ARACAJU, SE DATA DE EMISSÃO 20/04/2018
	Assinatura do Emissor Luisana Cândida Dada Chagas de Melo SERGIPE 54201691774 88020795408
PROIBIDO PLASTIFICAR 1649149316	SERGIPE

CARTA DE REANÁLISE

E

SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

Eu, CLEMISSON RODRIGUES DE SOUZA venho através desta, solicitar o pedido de reanálise do meu processo, o qual sofri lesões que me deixaram com sequelas permanentes para quais as mesmas lesões sejam melhor avaliadas, já que houve agravamentos das mesma, como consta no relatório em anexo, sendo assim, não concordo com a avaliação e o valor pago indenizado feito pela seguradora e estou a disposição para ser avaliado por uma perícia médica.

Contatos: 079 99606-3112/079 99989-1177

Aracaju/se, 01/12/2020

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

80180051504

Emílio Ben Rodrigues de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

Emílio Ben Rodrigues de Souza

80180051504

Deliberto

T-300 Alexandre José

43 casa

11 - Bairro: Rosa Edze

12 - Cidade: São Cristóvão

13 - Estado: SE

14 - CEP: 44.100-00

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD): (71) 4606-3112

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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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: Banco 206 NUL Pagamentos S.A.

AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐ AGÊNCIA: 0001 CONTA: 072529886

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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(vários)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 32 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 05 DEZ 2019

Assinatura do representante legal (se houver)

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (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: 3190685771
Nome do(a) Examinado(a): Cleisson Rodrigues de Souza
Endereço do(a) Examinado(a): Trav Alexandre Reis, 93
Rosa Elze São Cristovão SE CEP: 49100-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 1536475
Data local do acidente: [19/06/2019]
Data local do exame: [20/12/2019] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA EXPOSTA E COMINUTIVA DO CALCÂNEO DIREITO COM EXTENSO FERIMENTO.

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

Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DE CALCÂNEO COM 03 FIOS DE KIRSCHNER E SUTURA DO EXTENSO FERIMENTO, EVOLUIU COM NECROSE DOS TECIDOS SENDO REALIZADO DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO E CURATIVOS, A CICATRIZAÇÃO OCORREU POR 2ª INTENÇÃO, Complicações: BLOQUEIO TOTAL DO TORNÓZELO E RETRO PÉ E MODERADO DO MESO E ANTE PÉ, RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS
Data da Alta: 03/09/2019

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

AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO COM MARCHA CLAUDICANTE (+++/+4), COM APOIO DE MULETAS, FORÇA MUSCULAR DO PÉ DIMINUÍDA (+/-5), EM VIRTUDE DA DOR E BLOQUEIO, PRESENÇA DE CICATRIZ IRREGULAR E RÉTRAÍDA NA FACE MEDIAL E POSTERIOR DO PÉ, CALCANHAR E TORNÓZELO, AUMENTO DO VOLUME DO CALCÂNEO (CALO ÓSSEO), EDEMA DE MODERADO VOLUME NO TORNÓZELO E PÉ, DOR E BLOQUEIO TOTAL NO TORNÓZELO E RETRO, PARCIAL DO MESO E ANTE PÉ, PERDA DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNÓZELO
AMPLITUDE DE MOVIMENTO ARTICULAR DO TORNÓZELO: DORSIFLEXÃO 00° / 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 SEVERO DA FUNÇÃO DO PÉ DIREITO.

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

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

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

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

☐ () "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

PÉ - Lado Direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

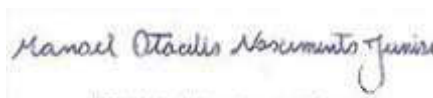
% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

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: 120358/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/11/2019 11:22 Data/Hora Fim: 14/11/2019 11:52
Delegado de Polícia: Daniela Ramos Lima Barreto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especial de Delitos de Trânsito

Data/Hora do Fato: 19/06/2019 19:15

Local do Fato

Município: Aracaju (SE)
Logradouro: Rua de Belém com Av. José Conrado de Araújo
Complemento: esquina

Bairro: Industrial

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CLEISSON RODRIGUES DE SOUZA (VÍTIMA , COMUNICANTE , ENVOLVIDO)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: SE - Aracaju	Sexo: Masculino	Nasc: 05/05/1984
Profissão: Técnico em Manutenção de Elevadores			
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: ANA MARIA RODRIGUES DE SOUZA			

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 801.800.515-04
RG - Carteira de Identidade: 1536475

Endereço

Município: São Cristóvão - SE
Logradouro: TV ALEXADRE REIS
Bairro: ROSA ELZE
Telefone: (79) 98861-7778 (Celular)

Nº: 93
CEP: 49.100-000

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)
--

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Aracaju - SE

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 024.733.365-47	Placa OEJ8181
Renavam 00513235078	Número do Motor KC16E7D010419
Número do Chassi 9C2KC1670DR010419	Ano/Modelo Fabricação 2013/2013
Cor PRETA	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Aracaju	Marca/Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI



Delegado de Polícia Civil Daniela Ramos Lima Barreto
Impresso por: Claudionor Mauricio Dos Santos
Data de Impressão: 14/11/2019 11:52
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: 120358/2019

Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 26/02/2013	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
CLEISSON RODRIGUES DE SOUZA	Possuidor
Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Cor PRETA	Marca/Modelo POLO/WW
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido, Meio Empregado	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Relata o noticiante que no dia, local e horário mencionados acima estava conduzindo a moto Honda/CG pela rua, do lado direito da via, quando ao passar pela esquina foi surpreendido por um carro Polo cruzando pelo lado direito da avenida mencionada acima, sendo desta maneira que veio a colidir com a dianteira da lateral esquerda da moto que só parou ao chocar-se em uma árvore. Devido ao impacto o noticiante caiu no chão próximo a um poste de energia, lesionando o tornozelo. Em seguida, o noticiante foi atendido pelo Samu e encaminhado para HUSE. Aduziu também que o condutor do carro Polo evadiu-se do local do ocorrido. Devido ao impacto houve danos materiais na moto Honda.

ASSINATURAS



Claudionor Mauricio Dos Santos
Agente de Polícia
Matrícula 808053
Responsável pelo Atendimento


CLEISSON RODRIGUES DE SOUZA
(Envolvido / Vítima / Comunicante)

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

80180051504

Emilson Rodriques de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

Emilson Rodriques de Souza

80180051504

Deliberto

T-300 Alexandre

43 casa

11 - Bairro: Rosa Edze

12 - Cidade: São Etebrão

13 - Estado: SE

14 - CEP: 44.100-00

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD): (71) 4606-3112

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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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: Banco 206 NUL Pagamentos S.A.

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

AGÊNCIA: 0001 ☐ CONTA: 07252988 ☐ 6

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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(vários)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 32 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Assinatura do representante legal (se houver)

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

05 DEZ 2019

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Clemisson Rodrigues de Souza
DATA DA ENTRADA: 19/06/2019
DATA DA SAÍDA: 02/08/2019

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.

HISTÓRICO CLÍNICO:

Vítima de acidente de moto, cursando com fratura luxação exposta do pé direito, submetido a tratamento cirúrgico em 20/06/2019 = Redução da luxação + fixação com 3 fios de kirchner + tala navicular e calcâneo-cuboide. Evoluiu com perda de substância em calcâneo direito, sendo orientado curativo com kollagenase. Em 03/07/2019 foi submetido novo ato cirúrgico = Desbridamento em calcanhar D, retirada de material interposto na articulação, realizado nova fixação percutânea com 3 fios k. Em 30/07/2019 foi submetido a 3ª cirurgia = Desbridamento de tecido necrótico em calcâneo direito. Apresentou boa evolução, ferimento em bom aspecto com programação cirúrgica de cobertura de forma eletiva. Recebeu alta em 02/08/2019 sob orientações.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Laboratoriais / radiografias

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Daniel Bispo de Andrade Filho – CRM 1295
Dr. Rodrigo Alencar Santos – CRM 5592

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

ARACAJU, 09 de Outubro de 2019


Dr. Wanderlaine Diniz
Intensivista / Clínica Médica
CRM/SE 3506

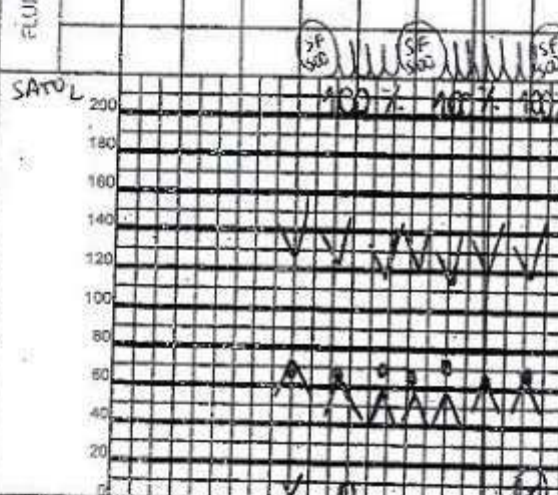
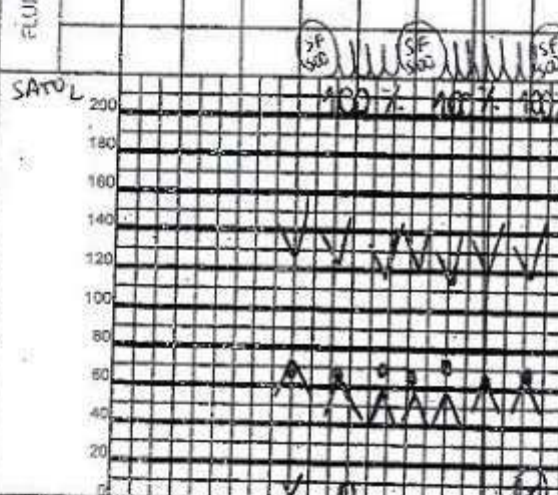
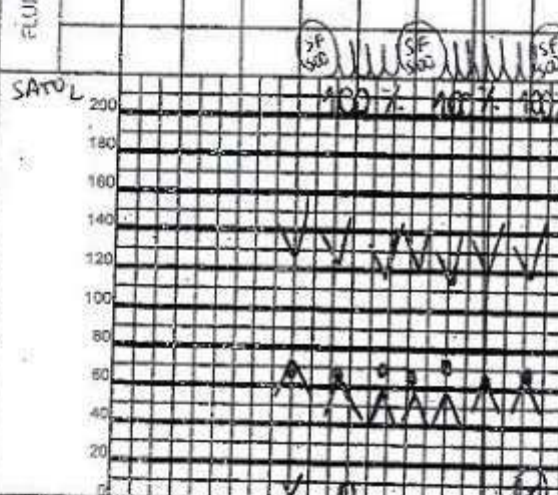


MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO / SAME / ITUSE

OK 8/ rel. ^{da} condicionar.

(F. 2.)

15

HUSE		BOLETIM DE ANESTESIA		 							
PACIENTE: Clemissom Rodrigues de Souza			REGISTRO: 907								
UNIDADE:		MÉDICO:		LEITO:							
CIRURGIA PROGRAMADA		CIRURGIA REALIZADA		DATA							
Ho cirúrgico de fatura exposta em p ^o ① a proposta		a proposta		20/06/19							
ANESTESIOLOGISTA		TÉCNICA ANESTÉSICA		MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA							
Dr. Silvio / RZ Radmilla		raquianestesia									
CIRURGIÃO		AUXILIAR		ASA							
Dr. Antônio / Dr. Jorge				I							
HORA DE INÍCIO	HORA DE TÉRMINO	ACESSO VENOSO	POSICÃO								
00:45	01:50	AVP L HSE	DDH → sentado → DDH								
00h 15 30 45	01h 15 30 45	02h 15 30 45	15 30 45	15 30 45							
<table border="1"> <thead> <tr> <th>AGENTES INALATÓRIOS</th> <th>FLUIDOS</th> <th>SAT_{O2}</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>  </td> </tr> </tbody> </table>						AGENTES INALATÓRIOS	FLUIDOS	SAT _{O2}			
AGENTES INALATÓRIOS	FLUIDOS	SAT _{O2}									
											
CEC OUTROS Raquianestesia lombal a nível de L3-L4, mediana, agulha 26G Birmcke, punção única, LCR cristalino + injeção de 15g Bupivacaína pesada e 0,1g Morfina. Se intercorrer.											
MONITORIZAÇÃO											
PA NÃO INVASIVA		X	PVC								
PA INVASIVA			TEMPERATURA								
ELETROCARDIOGRAFIA		X	DIURESE								
OXIMETRIA		X	VENTILAÇÃO								
CAPNOGRAFIA			PAM								
AGENTES ANESTÉSICOS											
1. Dormamid 2g				ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO							
2. Nilpendol 0,5g				NOME: U/abom							
3. Ramitilina 50g				1ª Dose as: 00:55 horas							
4. Ondimetran 8g				2ª Dose as: horas							
5. Peramitran 10g				3ª Dose as: horas							
6. Dipirona 2g											
OBSERVAÇÕES											
ENCAMINHADO PARA: UNIDADE											

2182

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: Uemerson Pontes de Jesus
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Luxação do pé
CIRURGIA REALIZADA: Tratamento cirúrgico da luxação do pé
CIRURGIÃO: JORGE ALDI (Tolo novilha e
AUXILIARES: ANTONIO GOES Gilcares - cirurgião
ANESTESIA: Bloqueio ANESTESISTA: J. S. S.
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: Nemo

() CIRURGIA LIMPA () CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA
(x) CIRURGIA CONTAMINADA () CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? () SIM () NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

() VIAS AÉREAS SUP. () PULMONAR () URINÁRIA () SNC () TGI
() CUTÂNEO () AP. CARDIO-VASCULAR () PLEURA () OUTROS

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. Ponte em DDH sob anestesia
 2. Luxação mecânica do pé
 3. Anestesia e colocação de
 4. Luxação mecânica e deslocamento do pé
 5. em reboque
 6. Redução da luxação Tolo novilha
 7. e colocação de fixação com 03 fios de nylon
- Fixação com 03 fios de nylon
- Feitura de parafusos
- Curetas

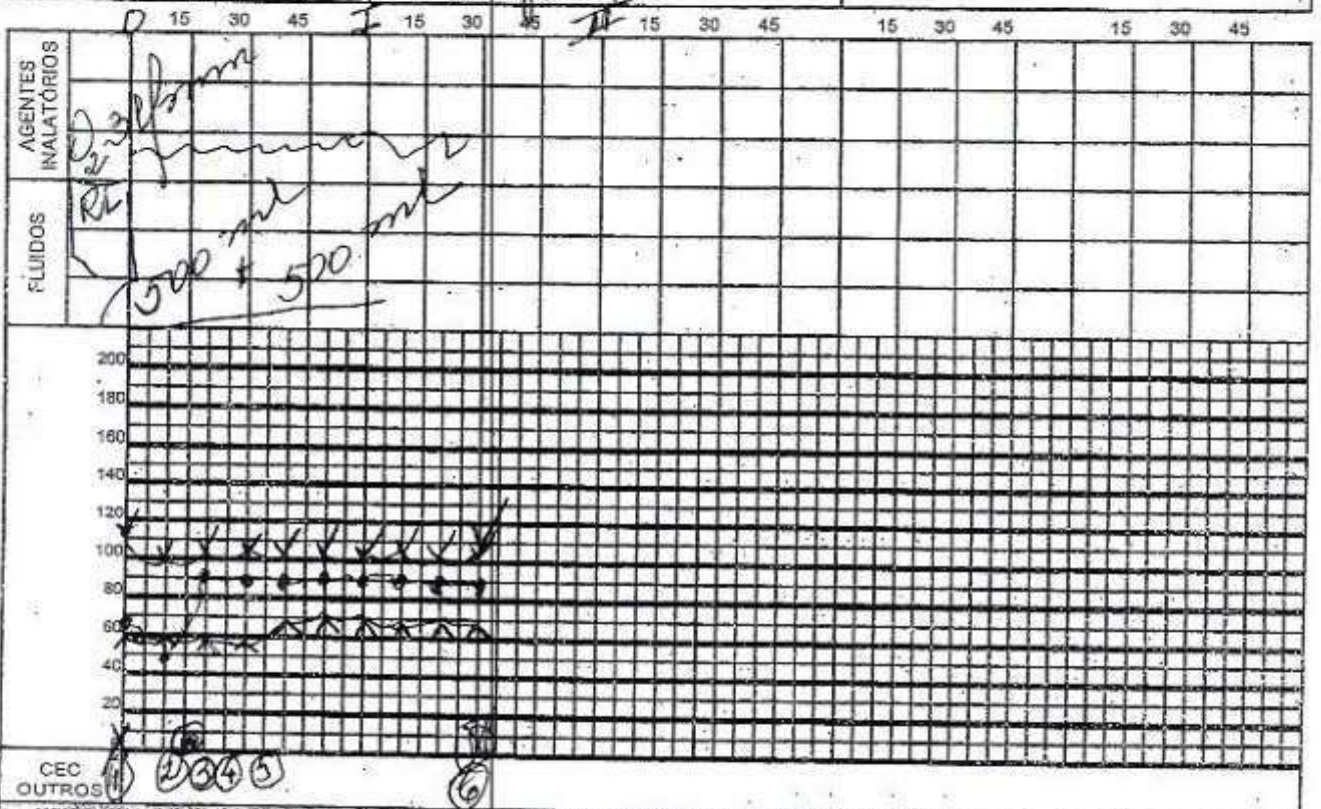
DATA: 10/06/18

Assinatura do Cirurgião

Jorge Aldi de A. Siqueira
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 1605

78

HUSE		BOLETIM DE ANESTESIA			
PACIENTE: <u>Clemisson Rodrigues de Souza</u>			REGISTRO: <u>907</u>		
UNIDADE:		MÉDICO:		LEITO:	
CIRURGIA PROGRAMADA: <u>Redução e fixação da luxação do ombro pé direito</u>			CIRURGIA REALIZADA:		DATA: <u>13/07/19</u>
ANESTESIOLOGISTA: <u>Maria Célia Souza Ribeiro</u>		TÉCNICA ANESTÉSICA: <u>Rapídeo</u>		MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA:	
CIRURGIÃO: <u>Dr. Márcio + Dra. Fernanda</u>		AUXILIAR: <u>FNS: Valdir</u>		ASA:	
HORA DE INÍCIO: <u>10:45</u>	HORA DE TÉRMINO: <u>12:15</u>	ACESSO VENOSO: <u>Periférico</u>		POSICÃO:	



MONITORIZAÇÃO		CONDIÇÃO DE ALTA PARA CPA	
PA NÃO INVASIVA	X	PVC	
PA INVASIVA		TEMPERATURA	
ELETROCARDIOGRAFIA	X	DIURESE	
OXIMETRIA	X	VENTILAÇÃO	
CAPNOGRAFIA		PAM	

AGÊNCIAS ANESTÉSICAS	DOSE	ANESTÉSICO E PROFÍLAXIA
1. <u>Função L4-5 apêndice 25</u>		NOME: <u>Cefalotina</u>
2. <u>Injeção 15 mg nupropina pes + 0,1 mg de morf, danal me. diluir</u>		1ª Dose as: <u>11:00</u> horas
3. <u>glusina 0,5 mg + Driptomid 15 mg IV</u>		2ª Dose as: horas
4. <u>Cefalotina 2,0 g IV</u>		3ª Dose as: horas
5. <u>Dexametasona 10 mg + IV</u>		
6. <u>Vasodilator 8,0 mg RL</u>		
7. <u>Midocaina 1,5% 40 mg IV</u>		
8. <u>Midocaina 1,5% 40 mg IV</u>		
9. <u>60 mg RL IV</u>		
Presença de estímulos após pré-medicar no macado eletrocardiográfico resolvido e relaxado		
TERMINADO PARA		UNIDADE

Dra. Maria Célia Souza Ribeiro
Anestesiologista
CRM-SP 0261

Vol. 15
08

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE
FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: Cláudio Rodolpho da Silva
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fr. luxação de clavicula p.d.
CIRURGIA REALIZADA: Redução aberta e fixação percutânea
CIRURGIÃO: Marco Rocha
AUXILIARES: Vitor Fernando
ANESTESIA: Rapava ANESTESISTA Marco Celio
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: o.u.

() CIRURGIA LIMPA () CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA
() CIRURGIA CONTAMINADA (x) CIR. INFECTADA
INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? (x) SIM () NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:
() VIAS AÉREAS SUP. () PULMONAR () URINÁRIA () SNC () TGI
() CUTÂNEO () AP. CARDIO-VASCULAR () PLEURA () OUTROS

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. Paciente em DD4 sob anestesia
2. Redução empírica + antiespasmódico + analgésico com o paciente em posição de decúbito dorsal
3. Redução definitiva com fios em calcâneo p.d. por
4. extensor que estabiliza
5. Redução definitiva e redução anterior do p.d. com
6. placas
7. Redução definitiva utilizando-se as técnicas
8. Redução definitiva aberta e fixação percutânea com 3x
9. Redução definitiva do luxatório
10. Redução definitiva e redução anterior do p.d.
11. Curativo com gaze e gaze em calcâneo
12. Curativo definitivo com gaze
13. A.S.P.A

DATA 03/07/19

DR. MÁRCIO M. ROCHA
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgião do Joelho
Cirurgião de Mão e do Tornozelo
CRM-SE 3562 / Assistente do Cirurgião

#ORTOPEDIA

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 8547
CNS:DATA: 19/06/2019
SETOR: 06-SUTURAHORA: 21:08
USUARIO: ELSANTOS**FAE LANÇADA**

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : CLEMISSE RODRIGUES DE SOUZA
 IDADE : 35 ANOS NASC: 05/05/1984
 ENDEREÇO : TRAV. ALEXANDRE REIS
 COMPLEMENTO : 709205265509239 BAIRRO: ROSA ELZE
 MUNICIPIO : ARACAJU UF: SE
 NOME PAI/MAE : NAO CONSTA / ANA MARIA RODRIGUES DE SOUZA
 RESPONSÁVEL : JESSICA-IRMA/SAMU
 PROCEDENCIA : ARACAJU - CAPITAL
 ATENDIMENTO : ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
 CASO POLICIAL : NAO PLANO DE SAUDE : NAO
 ACID. TRABALHO : NAO VEIO DE AMBULANCIA : SIM

DOC....: 1536475
 SEXO...: MASCULINO
 NUMERO: 093
 CEP....: 49000-000
 TEL....: 79 9994956
 77

TRAUMA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS: *Colisão moto x carro no trânsito. Trauma fémur tibia*

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

Exame físico: ABC = P - CCA = 15p, 10a e - dor + deprimido + ferimentos an
 MDP / pe @. Alexs neg. G diminua na vitas som. Neg exam / cep

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

*ferida - Soto = 10a - FC: 84 bpm.
 (retine exposta em pe e / fémur ???)*

DIAGNOSTICO: *Politraumatismo*CID: *227*

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MEDICACAO

*1 Colar cervical
 2 RL - 2000ml 8v 42gk 500 500 500 500
 3 Keflin 1g 8v 42gk 21:40
 4 Profend 100mg + 100ml 16,9v 8v -> Faltam mais 2
 5 Medicamentos da ortopedica / Lix. cir. ferida*

DATA DA SAÍDA:

HORA DA SAÍDA:

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO [] DESISTENCIA
 INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

PRITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA

EXAME DE RADIOLOGIA - HUSE

REALIZADO EM 19/06/19

AS 21:54

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO

Exames. Rodolfo

*pe @ 2p
 pe @ 2p*

*Carimbo: Marcos Rodrigues de Souza
 Médico*



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÕES DIÁRIAS



DATA: 01 / 08 / 2019.

43° DIH

NOME: Clemisson Rodrigues de Souza 35anos - A 4.2

DIAGNÓSTICO (S): Fratura Exposta Pé D + HAS + Lesão Pele

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1°. Dieta Livre	
2°. Gelco Salinizado	
3°. Kefazol 1 g EV 8/8hs ou Keflin 1 g EV 6/6hs	08 12 18 24
4°. Gentamicina 240mg + SF 0,9% 200 ml EV 1x dia SUSP	
5°. Dipirona 2ml + 8 ml AD EV ou Paracetamol 40gts VO 6/6hs SOS	18 24
6°. Nauseidron 8mg EV 08/08hs SOS	
7°. Antak 50mg EV ou 150mg VO 12/12hs / Omeprazol 40mg EV ou VO às 12/12hs	18 24
8°. Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% EV ou VO 8/8hs SUSP	
9°. Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% EV 12/12hs SOS	
10°. Captopril 25mg VO 8/8hs se PAS > 180 mmHg e PAD > 110 mmHg SOS	
11°. Glicose 25% 04amp. EV se Glicemia < ou = 80mg/dl SOS	
12°. Clexane 40mg SC 1 x dia ou Heparina 5000UI SC 12/12hs	
13°. Dextro 6/6hs SUSP	
14°. Insulina Regular SC, após o dextro. 201 - 250: 02UI 251 - 300: 04UI 301 - 350: 06UI 351 - 400: 08UI > ou = 401: 10UI	
15°. Curativos Diários 1 x dia	(x) SF 0,9% + Gazes
16°. SSVV 6/6hs	12 18 24 0
17°. Atenolol 25mg VO 1 x dia	18 24
18°. Fernegam 25mg VO às 22hs	24
19°. Diazepam 5mg VO 12/12hs	8
20°	
21°	
22°	

02/08/19

Ata Hospitalar

Dr. Rodrigo Alencar Santos
MR, Ortopedia e Traumatologia
CRM/SE 5592

Daniel Bispo de Andrade Filho
Frm. Traumatologia-Ortopedia
CRM 1295

Dr. Daniel Bispo CRM 1295

Nome do Paciente: Clemensson Antunes de Souza Idade: Sexo:
Unidade de Produção: Leito: Nº do Prontuário:

00061P

Fratura de Fêmur - esquerda
e fratura do pé D. Submucosa
e tratamento cirúrgico, com fixação
por placas e parafusos. Aft. total removida
e colocada em curativo.

Jorge Aldi de A. Simões
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 1606