

BANCO BRADESCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANÇA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/10/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RIVALDO ALVES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03162-3

CONTA: 000001017697-2

Nr. Autenticação

BRADESCO2110201405000000000023703162000001017697168750 PAGO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014219953

Cidade: Aracaju

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RIVALDO ALVES

Data do acidente: 25/10/2013

Seguradora: YASUDA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/08/2014

Valoração do IML: 13

Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DIREITO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITACAO FUNCIONAL EM PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL /PUNHO ESQUERDO : 50% DE 25%= 12,5%

Documentos complementares:

Observações:

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 dos punhos	25 %	Em grau médio	12,5 %	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

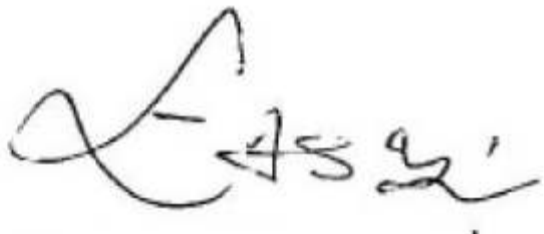
Visão Médica Ltda

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 891557 DATA: 28/10/2013 HORA: 10:51 USUARIO: VCDSOUZA
CNS: SETOR: 05-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : RIVALDO ALVES DOC....: 764243
IDADE.....: 50 ANOS NASC: 11/07/1963 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: AV SANTA GLEIDE/LOT NOVA LIBERDADE NUMERO: 2437
COMPLEMENTO...: SAO CARLOS BAIRRO: OLARIA
MUNICIPIO.....: ARACAJU UF: SE CEP....: -
NOME PAI/MAE...: NAO CONSTA /MARIA DAS DORES ALVES
RESPONSAVEL...: O PROPRIO TEL....: 79-3252273
PROCEDENCIA...: ARACAJU - CAPITAL 7
ATENDIMENTO...: REVISAO
CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: 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:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

fm. By do Rino

PR / ECG / 10/3

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA 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 [] IML [] ANAT. PATOL

Edilma Santos Alves
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

HUSE
ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO
EXAME: 28/10/13

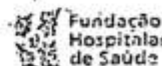
Data: 28/10/13

Horário:

Técnico:

RECIBIDO
18-MAR-2014
DELPHOS

SEBASTIAO LIMA PONT SETOR 05-01-14-18-2014 10:53 495332 1/1



HOSPITAL REGIONAL JOSÉ FRANCO SOBRINHO

TERMO DE RESPONSABILIDADE (AUTORIZAÇÃO DE CIRURGIA)

Eu, Rivaldo Alves, RG. _____

autorizo a cirurgia de frat. Radio Nistal D

Estou ciente que a cirurgia, independentemente de todos os cuidados a serem tomados, experiência profissional e técnica adequada a ser utilizada, sempre envolvem riscos e podem levar a complicações conhecidas e outras imprevisíveis, mas que tudo será feito para impedir o seu aparecimento.

Estou ciente, ainda, de que podem ocorrer complicações durante o procedimento cirúrgico, e que estas intercorrências podem exigir providências imediatas, a critério do(a) médico(a), para assegurar minha integridade física e saúde. Assim, autorizo as medidas que forem necessárias, indicadas pelo(a) médico(o), incluindo eventual remoção de urgência, internação em unidade de terapia intensiva, remoções para outras instituições com recursos que meu caso exigir.

Da mesma forma, fui informado(a) que existem complicações associadas à anestesia proposta para esta cirurgia, como reações alérgicas, pouco ou muito graves, aos anestésicos e demais medicamentos a serem utilizados.

Tenho conhecimento que durante o procedimento cirúrgico ou no período de pós-operatório, podem aparecer situações inusitadas que requiriram procedimentos adicionais e não previstos no presente termo e descritos neste informe, que poderão ser indicados visando o sucesso do tratamento.

Ignorante sou sabedor(a) de que usar da capacidade técnica e dos esforços de minha equipe, não existe garantia ou segurança ABSOLUTA no resultado desta cirurgia, com relação à minha doença.

Edilma Santos Alves

Assinatura

SEMPRE LIBERAR O PAZ 15/03/2014 14:16:53 455393 1/1

RECEBIDO

18 MAR 2014

DELPHOS



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



AMBULATÓRIO DE RETORNO DO HUSE

RECEITUÁRIO

PACIENTE: Rivaldo Alves

O paciente acima está em
reabilitação de fratura do
punho (operado em 26/11/13) e
ainda necessita de mais 2 meses
de afastamento do trabalho

CID 552-5

DATA 14/01/14

Dr. Andrey Smit
Ortopedista
CRM 825

MÉDICO (Assinatura e carimbo)

SESPRODOR LIDER PRAT SETOR PROTOCOLO 14-MAR-2014 18:02 495389 1/1

18:00
18 MAR 2014
VALINHOS



MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO RE: 891557

DATA: 28/10/2013 HORA: 10:51

USUARIO: VCDSOUZA

CNS:

SETOR: 05-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : RIVALDO ALVES
IDADE : 50 ANOS NASC: 11/07/1963
ENDERECO : AV SANTA GLEIDE/LOT NOVA LIBERDADE
COMPLEMENTO : SAO CARLOS BAIRRO: OLARIA
MUNICIPIO : ARACAJU UF: SE CEP :
NOME PAI/MAE : NAO CONSTA /MARIA DAS DORES ALVES
RESPONSAVEL : O PROPRIO TEL : 79-3252273
PROCEDENCIA : ARACAJU - CAPITAL
ATENDIMENTO : REVISAO
CASO POLICIAL : NAO PLANO DE SAUDE : NAO TRAUMA : NAO
ACID. TRABALHO : NAO VEIO DE AMBULANCIA : 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:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA:

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO

HORA DA SAIDA:

[] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

HUSE

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Data: 28/10/13

Horário:

Técnico:

RECIBIDO
18-MAR-2014
DELPHOS

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA
COORDENADORIA GERAL DE PERICIAS
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO "DR. CARLOS MENDES"

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSIGNATUVA DO TITULAR

Rivaldo Alves

ADILSON DA SILVA

COLEGAR DIRETO

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

764.243 2. VIA DATA DE EXPIRACAO 25/04/2006

NOME RIVALDO ALVES

RELACAO MAO CONSTA DOC. APRESENTADO

NATURALIDADE IREIA DAS DRES ALVES

ARMADILHE

DOC ORIGEM

CI. CASMI. NR. 2011 LV. R07 FL. 088W

CPF. 047.015.104.000

PTS. 575.097.605-00

DATA DE NASCIMENTO 11/07/1963

ASSINATURA DO TITULAR

ADILSON DA SILVA

Assessor do Instituto de Identificacao - Dr. Carlos Mendes

MINISTERIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Fisicas

COMPROVANTE DE INSCRICAO

Número
575.097.605-00

Nome
RIVALDO ALVES

Nascimento
11/07/1963

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICACAO

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO

*1004037



SECRETARIA LIDER OPART SETOR PROTOCOLO 14-MR-2014 18:42 495386 1/1

18 MAR 2014
DELPHOS

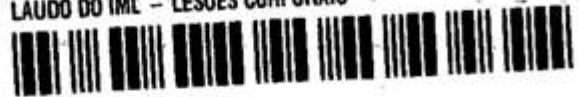
Laudu Pericial
Digitalizado

21 / 03 / 14

Manica
Assinatura

LAUDO DO IML - LESOES CORPORAIS

*100403



INSTITUTO MÉDICO LEGAL
LAUDO PERICIAL
Lesões Corporais

Rivaldo Alves

Laudu nº 10364/2013

SEMPRODIA LINEAR PRINT SETOR PROTOCOLO# 14-MR-2014 10:03 495394 1/1

RECEBIDO
18 MAR 2014
DELPHOS

21/01/14



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIAS
INSTITUTO MÉDICO LEGAL "DR. AUGUSTO LEITE"

LAUDO DO EXAME DE LESÕES CORPORAIS

sexta-feira, 20 de dezembro de 2013

Nº Laudo
10364/2013

Dados Da Vítima

Nome da Vítima
RIVALDO ALVES

Nascimento
11/07/1963

Idade
50

Naturalidade
ARACAJU

Estado Civil

Sexo

Cor

Profissão

UF

CASADO

MASCULINO

PARDA

AUXILIAR DE ALMOXARIFADO

SE

Instrução

Nome da Mãe

Nome do Pai

ENSINO

MARIA DAS DORES ALVES

NÃO DECLARADO

FUNDAMENTA

Endereço

Bairro

Município

AVENIDA SANTA GLEIDE Nº 2437

NOVA LIBERDADE

ARACAJU/SE

Nome da Autoridade

Função

Unidade

CARIMBO NÃO LEGÍVEL DO DELEGADO

CARIMBO NÃO LEGÍVEL

10ª DELEGACIA METROPOLITANA

1º Perito Relator

Cremeset/Crose

2º Perito Relator

Cremeset/Crose

DR. FRANCISCO MÁXIMO DE JESUS

0529

MS - 10364/2013

Local da Perícia

Tipo

Causa

Sala do IML

Histórico/Descrição

Histórico

Relata o periciado que por volta das 22h30 do dia 25/10/2013 foi vítima de atropelamento por um carro enquanto trafegava em sua bicicleta.

Descrição

Ao exame apresenta aumento e volume do terço inferior do antebraço direito acompanhado de uma cicatriz cirúrgica com 8,0cm de extensão em face interna. Limitação de flexão e extensão do punho. Relatório médico CRM 1998 "Fratura de extremidade distal do rádio, submetido a osteossíntese com placa e parafusos.

Comentário Médico/Conclusão/Questos Respostas

Comentário Médico - Forense

Ante o exposto, podemos afirmar que existe nexo entre as lesões e ação contundente. As lesões não trazem perigo de vida, porém se faz necessário afastá-lo de suas ocupações habituais por período superior a 30 dias.

Conclusão

- 1) Houve ofensa à integridade física da vítima.
- 2) Lesões produzidas por ação contundente.
- 3) Exame realizado as 09h50 do dia 20/12/2013.

Dr. Francisco Máximo de Jesus
Médico Perito Legista 1ª Classe
CRM 1998-0529

CONFE
20/12/14
Kael

RECEBIDO
18 MAR 2014
DELPHOS

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA - 14-MAR-2014 10:03 495395 1/1

Quésitos/Respostas

1º) Houve ofensa a integridade ou a saúde do paciente?
Sim.


2º) Qual o instrumento ou meio que produziu a ofensa?
Ação contundente.

3º) A ofensa foi produzida com emprego de veneno, fogo, explosivo, asfixia, tortura ou por meio insidioso ou cruel, ou que podia resultar perigo comum?
Não.

4º) Da ofensa resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta (30) dias?
Sim.

5º) Da ofensa resultou perigo de vida?
Não.

6º) Da ofensa resultou incapacidade incurável perda ou inutilização de membro, sentido ou função ou deformidade permanente?
Depende de perícia complementar com 120 dias.


DR. FRANCISCO MÁXIMO DE JESUS
0529
Dr. Francisco Máximo de Jesus
Médico Perito Legista 1.ª Classe
CREMESE 0529

MS - 10364/2013

Perícia Pericial
Digitalizado

23 / 03 / 14

maneira

SEJUS00081 LIDER DEPART SETOR PROTOCOLOS 14-MAR-2014 18:53 4953396 1/1

RECEBIDO
18 MAR 2014
DELPHOS