

# 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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio	12,5 %	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## 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.  
CNS:

DATA: 28/10/2013 HORA: 10:51 USUARIO: VCDSOUZA  
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  
 7  
 PROCEDENCIA...: ARACAJU - CAPITAL  
 ATENDIMENTO...: REVISAO  
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO  
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

## DADOS CLÍNICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **ANOTACOES DA ENFERMAGEM:**

#### **DIAGNOSTICO:**

CID:

## **PRESCRICAO**

## HORARIO DA MEDICACAO

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 [ ] IML [ ] ANAT. PATOL

Edilma Santos Alves  
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

**HUSZ**  
**ELETROCARDIOGRAMA**  
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

**EX-100**

Date: 1

**Horário:**

DELIMOS

**DELPHOS**



FUNDAÇÃO HOSPITALAR  
DE SAÚDE

Fundação  
Hospitalar  
de Saúde

## HOSPITAL REGIONAL JOSÉ FRANCO SÓBRINHO

### TERMO DE RESPONSABILIDADE (AUTORIZAÇÃO DE CIRURGIA)

Eu, Rinaldo Alves RG \_\_\_\_\_

autorizo a cirurgia de frat. Radio Bistal D

Estou ciente que a cirurgia, independentemente de todos os cuidados a serem tomados, experienciadas 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 requerem procedimentos adicionais e não previstos. Estou ciente da data e descrição neste informe, que poderão ser indicados visando o sucesso do tratamento. Igualmente sou sabedor(a) de que a base da capacidade técnica e dos esforços de recuperação é a saúde, não existe garantia ou segurança ABSOLUTA no resultado desta cirurgia, com relação ao resultado final da doença.

Edilma Santos Alves

Assinatura:

RECUSADO  
18 MAR 2014  
DELPHOS



GOVERNO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



Fundação  
Hospitalar  
de 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 da fracação.

C10 552-5

DATA 14,01,14

**MÉDICO ( Assinatura e carimbo)**

2014 RELEASE UNDER E.O. 14176

18 MAR 2014  
JELPHOB



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

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*fr.1. Rx do Mto*

SERVICO DE ENFERMAGEM

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

*PX 18/10/103*

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

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

IML [ ] ANAT. PATOL

HUSE

*Eduardo Santos Alves*  
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARAMBIO DO MEDICO  
EXAME: *28/10/103*

Data: *28/10/103*Horario: *18 MAR 2016*Tecnico: *DELPHOS*

RECORRIDO  
18-MAR-2016  
DELPHOS

REGISTRO GERAL		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
NAME	764.243	2.VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO
FILHO(A)			25/04/2006
RIVALDO ALVES			
MARIA DAS JESUS ALVES			
NATURALIDADE			
ARACAJU-SE			
DOC. ORIGEM			
C1. CASAL, NR. 2011 LV. 807 FL. 08AV			
CPF/CART. DIST. COM. PORTO REAL DO COLEGIAZ.			
PIS / PASEP / 525.097.605-00			
PIS / PASEP / 12107827581			
ASSOCIAÇÃO DO BEM			
LEIA OS TERMOS DE CONCESSÃO			
ADVERTÊNCIA: FALSIFICAÇÃO É PENA DE MORTA			
Assinatura do Iraem - da Jardim Maranguape			
DATA DE NASCIMENTO	11/07/1963		

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
 Receita Federal  
 Cadastro de Pessoas Fisicas

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**  
 Número  
**575.097.605-00**

Nome  
**RIVALDO ALVES**

Nascimento  
**11/07/1963**

**VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

\*1004037



SEGURANÇA LIDER IMPRINT SETOR PROTÓCOLO 14-FRR-2014 18:02 495386 1/1

18 MAR 2014  
 DELPHOS

Laudo Pericial  
Digitalizado

22.3.2014

monica  
Assinatura

LAUDO DO IML - LESOES CORPORAIS

\*100403



INSTITUTO MÉDICO LEGAL  
**LAUDO PERICIAL**  
**Lesões Corporais**

*Rivaldo Alves*

*Laudo nº 10364/2013*

SEBRAE/SC LIDER INSTITUTO SETOR PROTOCOLO: 14-998-2014 18:03 495394 11



21/10/13



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

Assinatura

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	Sexo CASADO	Cor PARDA	Nascimento 11/07/1963	Idade 50	Naturalidade ARACAJU
Estado Civil Instrução ENSINO				Profissão AUXILIAR DE ALMOXARIFADO	UF SE
FUNDAMENTAL				Nome do Pai	
Endereço AVENIDA SANTA GLEIDE Nº 2437		Bairro NOVA LIBERDADE		Município ARACAJU/SE.	
Nome da Autoridade CARIMBO NÃO LEGÍVEL DO DELEGADO		Função CARIMBO NÃO LEGÍVEL DO DELEGADO		Unidade 10ª DELEGACIA METROPOLITANA	
1º Perito Relator CR. FRANCISCO MÁXIMO DE JESUS	0529	Cremesel/Crose	2º Perito Relator	Cremesel/Crose	MS - 10364/2013
Local da Perícia Sala do IML			Tipo	Causa	

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/Quesitos Respostas

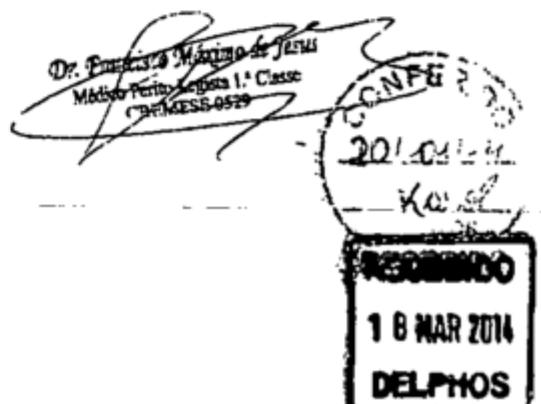
Comentário Médico - Forense

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.

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA - 14-4868-28214-19-02 4953395 1/1



Quesitos/Respostas

1º Houve ofensa à integridade ou à 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  
Dr. Francisco Máximo de Jesus  
Médico Perito Legista 1.ª Classe  
CRM/SE 0529

MS - 10364/2013

Perito Ferial  
Digitalizado

23 / 03 / 14

Máximo

SEBRAE/RS/LJER/DRMT/SETOR PROTOCOLO # 14-NP-2014 18/03/2014 18:03 4953396 14

