

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/10/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 8.775,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02391

CONTA: 00000026324-3

Nr. da Autenticação A22F8AF4E634AD5B

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014768670 **Cidade:** Carmópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS **Data do acidente:** 02/02/2014 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 2º, DO 4º E DO 5º METACARPOS COM LESÃO DOS LIGAMENTOS À ESQUERDA. FRATURA DO 1º METATARSO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA (++/+4), DOR, EDEMA E PERDA DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO DO 2º, 3º, 4º E 5º QUIRODÁCTILOS, 2º, 3º, 4º E 5º QUIRODÁCTILOS EM SEMI FLEXÃO CONTÍNUA À ESQUERDA. MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE (+/4+), EDEMA DE MODERADO VOLUME, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA PROJEÇÃO DO 1º METATARSO, FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA NO PÉ.

Resultados terapêuticos: FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 02/02/2014 E RECEBEU ALTA NO DIA 06/02/2014. FOI TRATADO COM IMOBILIZAÇÃO GESELLADA DA FRATURA DE METACARPO E REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM FIOS DE KIRSCHNER DA FRATURA DE METATARSO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DA MÃO ESQUERDA E DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 07/10/2014

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Manoel Otacílio Nascimento Junior

CRM do médico: 1827

UF do CRM do médico: SE

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 uma das mãos	70 %	Em grau intenso - 75%	52,5 %	R\$ 7.087,50
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25%	12,5 %	R\$ 1.687,50
Total			65 %	R\$ 8.775,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

PRESTADOR

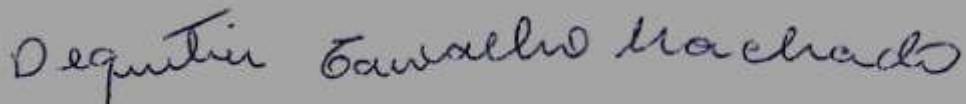
ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: DEQUITIER MACHADO

CRM do médico: 52.93843-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Dequitier Tawallu Machado



Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2014

Carta n°: 5450793

A/C: ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS

Sinistro: 2014768670
Vitima: ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS
Data Acidente: 02/02/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS

Valor: R\$ 8.775,00

Banco: 104

Agência: 000002391

Conta: 0000026324-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	8.775,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R\$ 7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

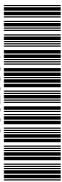
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

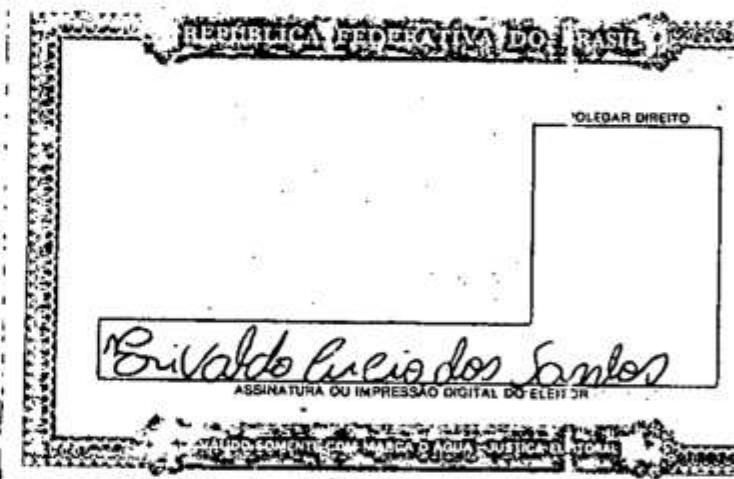
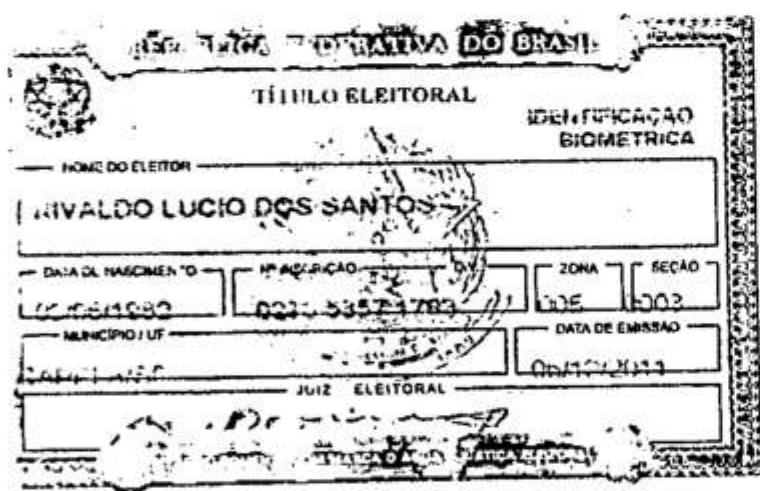
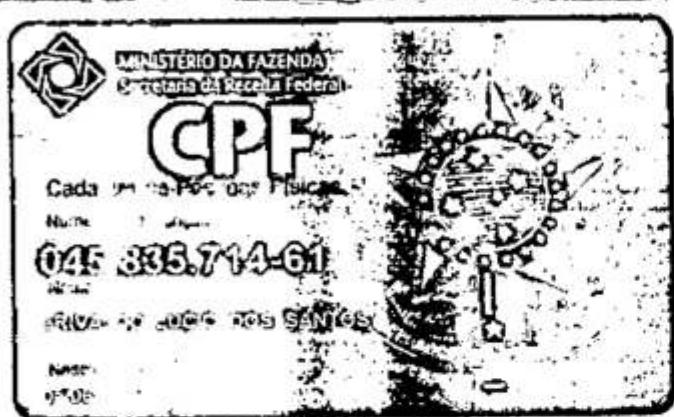
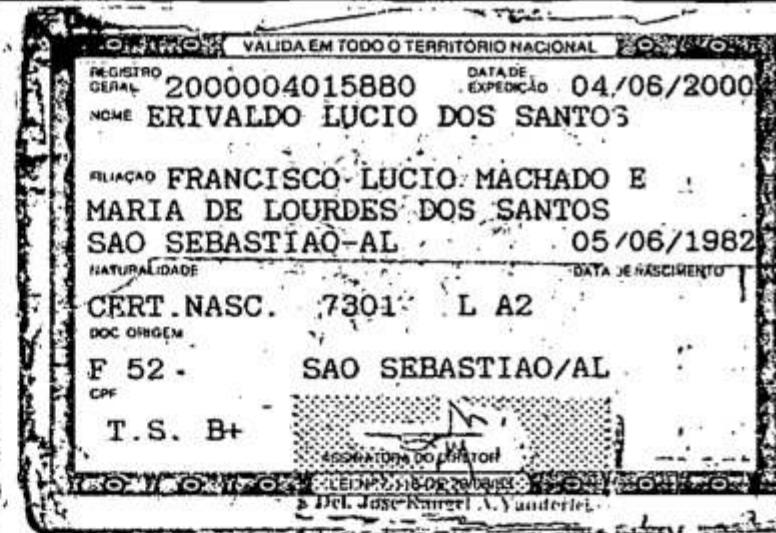
NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO

-100-03-



SABEMISSEGURADORAS/A
03 SET 2014
RICOH IMAGING CO., LTD.



Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2014

Carta nº: 5071713

A/C: ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS

Sinistro: 2014768670
Vitima: ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS
Data Acidente: 02/02/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Sabemi Seguradora S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



A3-4
Autópedica

OK

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 937536
CNS:DATA: 02/02/2014 HORA: 22:08 USUARIO: CSSOUZA
SETOR: 06-SUTURA

NOME : ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS
 IDADE.....: 33 ANOS NASC: 00/00/0000
 ENDERECO.....:
 COMPLEMENTO.....:
 MUNICIPIO.....: CARMOPOLIS
 NOME PAI/MAE...:
 RESPONSAVEL...:
 PROCEDENCIA...: CARMOPOLIS
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTONETAS)
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE
 BAIRRO:
 UF: SE CEP...:
 TEL...:
 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:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

Paciente encaminhado pelo SAMU em protocolo com suspeita de acidente motociclistico c/ capacete, qd queixa de dor em max F e pé E.

As queixas: A) dor periorbita, restringindo colar cervical após manobra

ANOTACOES DA ENFERMAGEM: Dor em dor B) cefálico C) humor acuado
 micamente estéril, abdomen indolor, gástrica atóxica D) constipação e orientada E) sinusite de grau II em max F,

DIAGNOSTICO: FCC em pé E.

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

- 1) Dipirona 2 gr m/ EV
- 2) Propofol 0,1amp EV
- 3) Alta da cirurgia
- 4) À Autópedica

5) SAT 500 mg EV

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

SABEM/SEGURADORAS/A
03 SET 2014

RIO DE JANEIRO, RJ

RX max. E (

RX pt E

Sp
Fondazione Cariplo
Centro Studi e Ricerche
Società Italiana di Cardiologia

RX: gravità um 4° - 5° QDF
gravità de 1° rotatorio E

Sp
Domenica 01/05/11 - Per il controllo dei toni delle fasi C1
fase neutra del succinto metodologico (SI 2011). Amostrare
toni con espansione da 0 a 100% e con espansione
discreta. Si necessita della modellatura
cognitiva.

- caso: ① ammalato III P- cuneo
② mani 5.0! Cheh!
③ notate/scrivere le + SPG
④ test 5000+5000' 5M-
⑤ AV, CIR AVIS - è che era molto

Sp

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 88533
Numero do CNS....: 0000000000000000
Nome.....: ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS
Documento.....:
Data de Nascimento: 1/01/1981 Tipo :
Sexo.....: MASCULINO Idade: 33 anos
Responsavel.....:
Nome da Mae.....:
Endereco.....:
Bairro.....: Cep.: 00000-000
Telefone.....:
Municipio.....: 2801504 - - SE
Nacionalidade....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 937536
Clinica.....: 918 - CENTRO CIRURGICO SRPA
Leito.....: 999.0032
Data da Internacao: 03/02/2014
Hora da Internacao: 08:36
Medico Solicitante: 000.222.643-02 - FERNANDA MESQUITA DE BRITO CASTRO
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: VCDSOUZA

INFORMACOES DE SAIDA

Proc. Realizado:
Dt.Hr Saida:
Especialidade:
Tipo de Saida:
CID Principal:
CID Secundario:
Principal:
Secundario:
Outro:

SABEM/SEGURADORA/S/A
03 SET 2014
RIO DE JANEIRO, RJ



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE



Evolução Médica

Nome do Paciente: EDUARDO LEÔNIDO DOS SANTOS Leito:

Nº Prontuário/FAE: _____ Sexo: M Idade: 13 Peso: _____

Data	Hora	Evolução
04/02/2014		<p>- Fatores expositos ao fogo mata rasteiro tipo II, acido fogo mata ovelhas.</p>
		<p>- Entorso, ferimentos dos tipos I e II metade carniçado queimado a fumaça em 80% segundo grau envolvendo todo o dorso (R) e pernas envolvendo 80% da face esquerda.</p>
		<p>- Sintomas de tempo curto com insatisfação e insatisfação circundante com edema e dor intensa.</p>
		<p>- Descrição da face (R) com dor intensa.</p>
		<p>- No entorno da face há desvaneceamento circundante que é descrito no lado direito circundante.</p>
05/02/2014		<p>- Necessita ser realizada a cirurgia dia 06/02 para que possa ser feita a remoção circundante da pele queimada.</p>
		<p>SABEMOS HIRADORA S/A Orlando Ferreira Junes Ortopedia e Traumatologia CRM-12958076427 03 DEZ 2014 RIO DE JANEIRO - RJ</p>

Trotz Ceteris

**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - HOSPITAL DE URGÊNCIAS D.**



Fundação
Hospitälar
de São Paulo

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM INTERNAMENTO

 GOVERNO DE SERGIPE SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HUSe - HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE SERGIPE	 Fundação Hospitalar do Saúde	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM INTERNAMENTO
---	--	---



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

"Cathole is west"



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: ~~Sebastião Lemos dos Santos~~

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Sintomas de dor no lado esquerdo.

CIRURGIA REALIZADA: *Prostatactomy enucleation - TURP*

CIRURGIÃO: Dra. Ana Soárez

AUXILIARES DE LOS SERVICIOS

ANESTESIA: *60 ml* ANESTESISTA: *DR. MIGUEL SANTOS*

DIAGNÓSTICO PÓS- OPERATÓRIO:

- CIRURGIA LIMPA CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA
 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

DESCRICAÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

DATA: 21/02/2017 ORIGINE: ESTADO DE SÃO PAULO



Assinatura do Cirurgião

SABEMI SEGURADORAS S/A
03 SET 2014

Rodrigo Mota

- Ofereço trabalho prático dos Testes,
 peço suas fotos, anteriores ao meu (E) e pT(E),
 buscando com reflexos das lesões do meu
 caso. Peço favor. Meu paciente
 exercer suas atividades de sua forma.

(Tela Telefon Muni)

(569, 566, 562, 592)

Cepa: 13/06/11


 Dr. Leopoldo Sales
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM-SE 183

Matriz: Rua Siqueira de Menezes, 402
 Fone/Fax: (79) 3263-2010
 Capela/SE - CEP 49700-000

Filial I: Calçadão da Getúlio Vargas, 151 - Centro
 Fone/Fax: (79) 3272-1512
 Japaratinga/SE - CEP 49960-000

Filial II: Av. L - nº 07
 Fone/Fax: (79) 3254-2825
 Conj. João Alves Filho - Socorro/SE
 CEP: 49160-000

Filial III: Rua General Siqueira, 81
 Fone/Fax: (79) 3275-1819
 Maruim/SE - CEP 49770-000

Filial IV: Rua Lagarto, 1769 - São José
 Fone/Fax: (79) 3023-4486 / 3023-4742
 Aracaju/SE - CEP 49015-270

E-mail: labclin.laboratorio@bol.com.br

Cartório do 1º Ofício

Autentico esta cópia como
 reprodução fiel do original apresentado
Capela-SE, 19 de 08 de 2014

Jilton Santos Mota
 Tabelião Substituto



SABEM SÉGURO(DRAS/A
 03 SET 2014
 RIO DE JANEIRO, RJ



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Erivaldo Lúcio dos Santos

DATA DA ENTRADA: 02/02/2014

DATA DA SAÍDA: 06/02/2014

INTERNAMENTO: PS () ENFERMARIA (✓) UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

ACCOLDEU FRACTURÍSTICO COM DOR EM MÃO ESQUERDA E PÉ ESQUERDO. FERIMENTO CORTICORTUSO EM PRÉ-ESQUERDO. CGM. DIAGNÓSTICO DE FRACTURAS EM MÃO ESQUERDA E PÉ ESQUERDO. TRANSFERIDO PARA UMA UNIDADE CIRÚRGICA E FEZU ACTA FME.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Foi submetido em 06/02/14 A TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FRACTURAS DE PÉ ESQUERDO E MÃO ESQUERDA SOB ANESTESIA GERAL E BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL.

EXAMES COMPLEMENTARES:

RADIOGRAFIAS DE MÃO ESQUERDA, PÉ ESQUERDO

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dra FERNANDA MESSALITA DE R. CASTRO. Dr ORLANDO FERREIRA ALVES. Dr PAULO SÉRGIO O. LIMA. Dr THIAGO F. FASCEMENTO. Dr JOÃO FERREIRA. Dra MARINA FERREIRA SANTIAGO (ANESTESISTA)

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

ARACAJU, 18 de JULHO de 2014

Izac Souza de Mendonça

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

Izac Souza de Mendonça

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário. Análise de Prontuário / SAME / HU/SE CRM / SE 1518

Izac Souza de Mendonça
Análise de Prontuário / SAME / HU/SE
CRM / SE 1518
SABEMISSEGURADORAS
03 SET 2014
RIO DE JANEIRO