

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: 09/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SINVALDO DE JESUS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00059

CONTA: 00000089069-7

Nr. da Autenticação C1FD71F0B5D9C560

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: 13/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.691,55

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SINVALDO DE JESUS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00059

CONTA: 00000089069-7

Nr. da Autenticação 3700A346F7F42CDC

NOME DO PACIENTE: Silvando de Jesus Santos

DATA DA ENTRADA: 24/09/19

DATA DA SAÍDA: 24/09/19 57a H = 12:25h

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 () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente vítima de acidente de trânsito seu destino ou viagem

A, B, C e D = seu alteração.

E - lesões faciais - contusão de tendão percutal - 3º degrau nasal (Esquerda)

Diagnóstico = Politrauma

Conduta = cepalotórax + Exams + Anest.

Análise de Ortopedia → Trauma ótico - contuso na nasal (E), lesões cortico-contusa de dedo médio bicipital II lesões tendais externa

Solução cura da cir. plástica

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Histórico Clínico:

EXAMES COMPLEMENTARES:

Radiografia - nasal (E) 2P.

Radi. de Tórax - Aráculos - normais.

MÉDICOS ASSISTENTES:

João F. Alves - CRM - 2486

Fátima Ferreira - CRM - 2056

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

ARACAJU, 12 de novembro de 2019

Hélio Sampaio F. de C. Júnior
MÉDICO - CRM-SE 1745

25/09/19 - Paciente comum, oggi, nas urgências - curvas, sang

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 57217
CNS:

DATA: 24/09/2019 HORA: 12:25 USUÁRIO: CMSLEITE
SETOR: 06-SUTURA

NUCLEO DE

EPIDEMICO

DOC

SEXO

MASCULINO

NUMERO: 24

IDENTIFICACAO DO PACIENTE
: SINVALDO DE JESUS SANTOS
: 57 ANOS NASC: 16/09/1962
: RUA ORLANDO FERREIRA
MENTO...: 708407213413364 BAIRRO: INDUSTRIAL
LPIO....: ARACAJU UF: SE CEP...:
PAI/MAE...: OSVALDO DOS SANTOS /ALEIRA DE JESUS PEREIRA
ESPOSAVEL...: TRAZIDO PELO SAMU - FILHO - JOAO TEL...: 0799870722
ROCEDENCIA...: INDUSTRIAL
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: [] RAIOS X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

DATA DA ENFERMAGEM: *Exame de suspeita de acidente motociclistico com lesões contundentes com lesões de tecido moelleiro predominante c/ lesões na 3*

AGNOSTICO: *Exame de suspeita de acidente motociclistico com lesões contundentes com lesões de tecido moelleiro predominante c/ lesões na 3*

CID: T02

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Exame de suspeita de acidente motociclistico com lesões contundentes com lesões de tecido moelleiro predominante c/ lesões na 3

Medicamento: 50 mg (EV)

Anal - Tórex (EV) + mao 500 (COP)

Medicamento: 50 mg (EV)

EXAME DE RADIOLOGIA - HU:

REALIZADO EM 24/09/19

AS 13:06 HORA

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

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

UNIDADE DE SAUDE:
ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA Fátima S. Pereira CRM 2056 [] ANAT. PATOL
Cirurgia Geral / Endoscopia

NATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Exame de suspeita de acidente motociclistico com lesões contundentes com lesões de tecido moelleiro predominante c/ lesões na 3

24/09/19 - Tel. Trajedix:

Fixar colo-ossos no and fixar.
As artéria dorsal do joelho (máis esquerda)
em ponto de inserção articular e a tendão extensores
solicta para a limpa plástica.

João Ferreira
Ortopedia e Traum
CRM-SE 2486-7

44m # hincia basal #

Relevox = # linhas finas,

linhas grossas / reticuladas

linhas grossas / reticuladas

SS: Massagem muscular plástica
(segundo ortopédica).

Fátima S. Pereira
CRM 2056
Cirurgia Geral / Endoscopia



Fundação
Hospitalar
de Saúde

GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE (HUSE)
RECEITUÁRIO

PACIENTE: Sinusite de 1º e 2º grau

Encaminho para
exames no setor de
exames no setor de
laboratório externo a
III e IV andares (E)

RECEITURÍA

PACIENTE

DATA 10/10/19
111

MÉDICO (Assinatura e Carimbo)

Assinatura e Carimbo
Dr. Trajano Pinto
HSE



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



NOME:

Júmara de Freitas Lima

RELATÓRIO DE ALTA

DIAGNÓSTICO:

Po Júmara de Freitas Lima
3 DPO M.R. Síntese lim
perd. de sustentação (tela 3 mm)

PROCEDIMENTO:

DATA DA INTERNAÇÃO: _____

DATA DO PROCEDIMENTO: 15/10/19

DATA DA ALTA: _____

ORIENTAÇÕES:

- Repouso em casa e manter MMSS elevados
- **NÃO** retirar tala ou curativo
- Retorno no HUSE com Dr. Luis Mitiári Jr.

no dia 15/10/19 7h

Dr. Luis Mitiári Junior
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM 3733

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL JOSE FRANCO SOBRINHO

Anvisa

No. DO BE: 801093 DATA: 04/10/2019 HORA: 05:53 USUARIO: MMRSANTOS
 CNS: 165889866030001 SETOR: 01-ACOLHIMENTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : SINVALDO DE JESUS SANTOS DOC...: 685736
 IDADE.....: 57 ANOS NASC: 16/09/1962 SEXO...: MASCULINO
 ENDERECO....: RUA ORLANDO F DOS SANTOS NUMERO: 24
 COMPLEMENTO...: BAIRRO: INDUSTRIAL
 MUNICIPIO....: ARACAJU UF: SE CEP...: 49065-000
 NOME PAI/MAE...: OSVALDO DOS SANTOS /ALZIRA DE JESUS PEREIRA
 RESPONSAVEL...: O PROPRIO TEL...: 9870-7220
 PROCEDENCIA...: ARACAJU-SE
 ATENDIMENTO...: NAO INFORMADOS
 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: / / 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

I. AVALIAÇÃO DE RISCO / ATENDIMENTO DO ENFERMEIRO

1. Queixa / Motivo que levou a procurar o Pronto Socorro: () Busca espontânea () Encaminhamento

2. Cronologia / Início dos Sintomas:

3. História Pregressa: () CARDIACO () RENAL () HAS () DM () TRANS. MENTAL () ALERGIAS
Outros:

Outros:

4. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: HORA: 4. RECLASIFICAÇÃO: HCRA:

4. RECLASSIFICAÇÃO: **HCBA:**

HCRA:

TAX: _____ °C F.R.: _____ mm

TAX: _____ % F.R.: _____ ppm

— bpm
— rpm

HGT: mol/d SatO₂: %

TAX: _____ F.R.: _____ (pm)
HGT: _____ m/dy Sat 023: _____ %

NOT: _____ mg.dz. CATÓL: _____ %
DISCO: / VASIL / Verde / VIMARIEL / VERMEL

HGT: _____ mm HGT: SATOZ: _____ %
BUSTO: / MAMMA: / WERTS: / LAMMELD: / WERMLING:

RISCO: () AZUL () VERDE () AMARELO () VERMELHO RISCO: () AZUL () VERDE () AMARELO () VERMELHO

RISCO: () AZUL () VERDE () AMARELO () VERMELHO

Entenderam (Assinatura e Carimbo): _____ Entenderam (Assinatura e Carimbo): _____

II. ATENDIMENTO MEDICO

1. História Clínica:

2.HD:

3. Terapêutica:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

III. ANOTACÃO DE ENFERMAGEM

IV. TRIAGEM MÉDICA

- Sem queixas ou sintomas potencialmente graves.
 - Sem alteração na ausculta cardíaca ou pulmonar.
 - Paciente com perfil da atenção Primária.

Conforme classificação de risco e as codições observadas acima, encaminho a UBS.

Médico:

SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
 SERVIÇO DE CIRURGIA DA MÃO HOSPITAL SOCORRO
 PRESCRIÇÕES DIÁRIAS

DATA: 4 / 12 / 2019

NOME: Vinícius A. J. dos Santos

DIAGNÓSTICO(S): _____

Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º. Dieta Livre	SND
2º. Gelco Salinizado	em uso
3º. Keflin 1 g EV 6/6hs ou Kefazol 1 g EV 8/8hs	recepção
4º. Dipirona 2ml + 8 ml AD EV 6/6hs	18 24 06 12
5º. Profenid 100 mg + 100 ml SF 0,9 % EV 12/12hs.	20 08
6º. Omeprazol 40mg vo 1x dia.	06
7º. Nauseodron 1 amp Ev de 8/8 hs S/N	SOS
8º. Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% EV 8/8hs LENTO	24 08 16
9º. Membro superior elevado e observação rigorosa da perfusão distal	gr. t.
10º. Sinais vitais e cuidados gerais de 4 em 4 horas	20 24 04 08 12
11º. Alta após as <u>19</u> horas com receita e acompanhante	orientação
	Kália Matos Soárez de Alcântara Enfermeira CORENSE 465.969
	CRM 3733

EVOLUÇÃO MÉDICA:



**ENCAMINHAMENTO
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE**



ENCAMINHO O PACIENTE: Senhor 76-502

DIAGNÓSTICO: _____

ORIENTAÇÕES:

- PRORCURAR RECEPÇÃO DO HOSPITAL DA SOCORRO, NO DIA 09/10/19 AS 8 HORAS PARA INTERNAÇÃO PARA CIRURGIA DA MÃO.
- LEVAR TODOS OS EXAMES REALIZADOS (RADIOGRAFIAS, EXAMES DE SANGUE E ELETROCARDIOGRAMA E OUTROS CASO SOLICITADOS)
- CIRURGIA AGENDADA PARA O DIA 09/10/19 AS 7 H.
- JEJUM APÓS 23 HORAS DO DIA 03/10/19.

ATENÇÃO: O NÃO COMPARTECIMENTO DO PACIENTE NO DIA E HORA DESCrito ITEM 1º DAS ORIENTAÇÕES, IMPLICARÁ DESISTÊNCIA NA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO E CONSEQUENTE DISPONIBILIZAÇÃO DA VAGA PARA O PRÓXIMO PACIENTES EM LISTA DE ESPERA.

03/10/19

Fernanda de Melo Garcia
Médica CRMSE 5858



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE – HUSE
PRONTO SOCORRO ADULTO**

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o

Sr(a) Simaldo de Souz Santos

atendido(a) neste serviço, necessita afastar-se de suas atividades por

15 dia(s) (quinze)

CID: S66-3.

Aracaju, 24 de Set de 2019

ATENCIOSAMENTE,

Paulo Cz Viana
CRM 2950
Cirurgião Plástico



HOSPITAL REGIONAL NOSSA SENHORA DO SOCORRO

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE:	J. M. M. de S. L. 30 anos m/c	
DIAGNÓSTICO PRÉ - OPERATÓRIO:		
CIRURGIA REALIZADA:	J. M. M. de S. L.	
CIRURGÃO:	Dr. Luiz Mitidieri	
AUXILIARES:		
ANESTESIA:	ANESTESISTA:	
DIAGNÓSTICO PÓS - OPERATÓRIO:		
<input checked="" type="checkbox"/> CIRURGIA LIMPA	<input type="checkbox"/> CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA	
<input type="checkbox"/> CIRURGIA CONTAMINADA	<input type="checkbox"/> CIR. INFECTADA	
INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO?	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
<input type="checkbox"/> VIAS AÉREAS SUP.	<input type="checkbox"/> PULMONAR	<input type="checkbox"/> URINÁRIA
<input type="checkbox"/> SNC	<input type="checkbox"/> TGI	
<input type="checkbox"/> CUTÂNEO	<input type="checkbox"/> AP. CARDIO - VASCULAR	<input type="checkbox"/> OUTROS

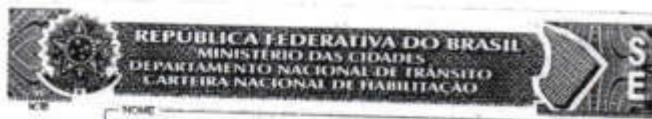
DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

- ① DDA
② Amput. bnt hep. + Comp. ext.
③ Gang.
④ Implant. de dito mao ② +
 amput. no planc.
⑤ Urtig. lige. Entom. em 30
 d/o mao ② vomitor lom per
 di. Sulfam. lige. comp. 1.
⑥ Tumor. gitt.
⑦ Amput. das bordas laterais mao
 ext.
⑧ Rov. d. gout.
⑨ Hematoma
⑩ Urtig. lige. no planc.
⑪ Comp. ext.
⑫ S. de gout.
⑬ S. de gout.

DATA: 4/10/10

Cirurgião

Dr. Luiz Mitidieri Jr.
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM 3733



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

SE

NOME
SINVALDO DE JESUS SANTOS



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR/UF
685736 SSP SE

CPF
352.619.435-15 DATA NASCIMENTO
16/09/1962

FUNÇÃO

OSVALDO DOS SANTOS

ALEIRIA DE JESUS
PEREIRA

PERMISSÃO
ACC CAT HABITACAO
AB

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1650994126

Nº REGISTRO

06864292459

VALIDADE

27/06/2021 21/06/2017

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO:

Sinvaldo de Jesus Santos

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
ARACAJU, SE

DATA DE EMISSÃO
25/06/2018

Luziana Cândida Dida Chagas de Melo
Luziana Cândida Dida Chagas de Melo
DIRETORA PRESIDENTE

40550858368
88021025169

ASSINATURA DO INSSER

SERGIPE

PROIBIDO PLASTIFICAR

1650994126

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190723357 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SINVALDO DE JESUS SANTOS **Data do acidente:** 24/09/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA DE MÃO COM FERIMENTO LACERO CONTUSO E LESÃO DE TENDÃO DO EXTENSOR DO 3º QUIRODÁCTILO À ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DA MÃO DIMINUÍDA (+++/+5), EM VIRTUDE DA DOR E BLOQUEIO NO 3º QUIRODÁCTILO, CICATRIZ CIRÚRGICA IRREGULAR NA FACE POSTERIOR DA MÃO E DO 3º QUIRODÁCTILO, DOR E BLOQUEIO NA MÃO E NO 3º QUIRODÁCTILO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO 2º E 3º QUIRODÁCTILO (DEDOS EM MARTELO). REDUÇÃO LEVE DA CAPACIDADE DE PREENSÃO DA MÃO.

Resultados terapêuticos: PERICIADO VÍTIMA DE COLISÃO CARRO X MOTO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 04/02/2019 O QUADRO FOI TRATADO COM TENORRAFIAS E SUTURAS POR PLANOS DO FERIMENTO DA MÃO, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL. ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: Limitação funcional da mão esquerda

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 02/03/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL EM 03/01/2020. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA EM GRAU MODERADO.

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 uma das mãos	70 %	Em grau residual - 17,9 %	12,53%	R\$ 1.691,55
		Total	12,53 %	R\$ 1.691,55

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190723357 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SINVALDO DE JESUS SANTOS **Data do acidente:** 24/09/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA LACERO-CONTUSO DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TENORRAFIA E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

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 DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:

Observações: DOC PÁG. 01 04 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 17 //

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

**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: **3190723357**

Nome do(a) Examinado(a): **SINVALDO DE JESUS SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Orlando Ferreira Santos, 23 - Aracaju - SE - CEP 49065056

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /SE**] **685 736**

Data e local do acidente: [**24/09/2019**] **ARACAJU/SERGIPE**

Data e local do exame: [**02/03/2020**] **Aracaju** [**SE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

TRAUMA DE MÃO COM FERIMENTO LACERO CONTUSO E LESÃO DE TENDÃO DO EXTENSOR DO 3º QUIRODÁCTILO À ESQUERDA.

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

AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DA MÃO DIMINUÍDA (+++/+5), EM VIRTUDE DA DOR E BLOQUEIO NO 3º QUIRODÁCTILO, CICATRIZ CIRÚRGICA IRREGULAR NA FACE POSTERIOR DA MÃO E DO 3º QUIRODÁCTILO, DOR E BLOQUEIO NA MÃO E NO 3º QUIRODÁCTILO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO 2º E 3º QUIRODÁCTILO (DEDOS EM MARTELO). REDUÇÃO LEVE DA CAPACIDADE DE PREENSÃO DA MÃO.

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

[] Sim [] Não

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

PERICIADO VÍTIMA DE COLISÃO CARRO X MOTO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 04/02/2019 O QUADRO FOI TRATADO COM TENORRAFIAS E SUTURAS POR PLANOS DO FERIMENTO DA MÃO, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.ALTA MÉDICA

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

[] Sim [] Não

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

Limitação funcional da mão esquerda

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"

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

Região Corporal (Sequela):

Mão esquerda

% 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):

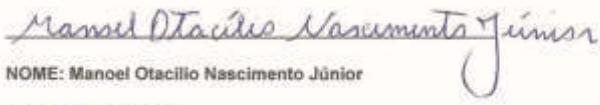
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

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
a valoração do dano corporal.

**VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL EM 03/01/2020. A
INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA EM GRAU
MODERADO.**


NOME: Manoel Otacilio Nascimento Júnior

CRM: 1827 SERGIPE

Manoel Otacilio Nascimento Junior - CRM: 1827 - SE

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, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190723357 **Vítima: SINVALDO DE JESUS SANTOS**

Data do Acidente: 24/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SINVALDO DE JESUS SANTOS

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: SINVALDO DE JESUS SANTOS

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000000059

Conta: 0000089069-7

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, retorno 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



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, 19 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190723357 **Vítima: SINVALDO DE JESUS SANTOS**

Data do Acidente: 24/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SINVALDO DE JESUS SANTOS

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\$ 1.691,55

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

Graduação: Em grau residual 17,9%

% Invalidez Permanente DPVAT: (17,9% de 70%) 12,53%

Valor a indenizar: 12,53% x 13.500,00 = R\$ 1.691,55

Recebedor: SINVALDO DE JESUS SANTOS

Valor: R\$ 1.691,55

Banco: 104

Agência: 000000059

Conta: 0000089069-7

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, retorno 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



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 ASI: 3 - CPF da vítima: 302.619.435-15 4 - Nome completo da vítima: *Ginaldo de Jesus Santos*

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

5 - Nome completo: *Ginaldo de Jesus Santos* 6 - CPF: 302.619.435-15
 7 - Profissão: *Lima de ferro* 8 - Endereço: *Rua Silviano Ferreira das Santas* 9 - Número: 23 10 - Complemento:
 11 - Bairro: *Industrial* 12 - Cidade: *Chacajá* 13 - Estado: *SE* 14 - CEP: 29065-036
 15 - E-mail: *ginaldo.santos.1992@outlook.com.br* 16 - Tel.(DDD): 0913022-0812

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

AGÊNCIA: <i>0059</i> CONTA: <i>89069-7</i>	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
--	---	-----------------------------	---

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 (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 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? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou testamento (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> 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 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 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: *Chacajá - SE, 27.12.2019*

Ginaldo de Jesus Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 106440/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/10/2019 09:11 Data/Hora Fim: 10/10/2019 09:39
Delegado de Polícia: Daniela Ramos Lima Barreto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especial de Delitos de Trânsito

Data/Hora do Fato: 24/09/2019 11:15

Local do Fato

Município: Aracaju (SE)

Bairro: Centro

Logradouro: Rua Itabaiana

Complemento: Próximo ao quartel da Polícia Militar

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: SINVALDO DE JESUS SANTOS (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Capela Sexo: Masculino Nasc: 16/09/1962
Profissão: Armador
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Aleira de Jesus Fereira

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 352.619.435-15

Endereço

Município: Aracaju - SE

Logradouro: Rua Orlando F. dos Santos

Nº: 24

Bairro: Industrial

Telefone: (79) 98844-5485 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino

Endereço

Município: Aracaju - SE

Telefone: (79) 98812-9660 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário 311.523.505-44	Placa JHV4068
Renavam 00118225740	Número do Motor D4DH760Q044996
Número do Chassi 93YBSR1RH9J185760	Ano/Modelo Fabricação 2009/2008
Cor PRATA	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Aracaju	Marca/Modelo RENAULT/SANDERO EXP1016V



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 106440/2019

Modelo RENAULT/SANDERO EXP1016V	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 19/12/2018	Situação do Veículo NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 352.619.435-15	Placa QKQ5333
Renavam 01041848673	Número do Motor KC16E6F031418
Número do Chassi 9C2KC1660FR031418	Ano/Modelo Fabricação 2015/2014
Cor VERMELHA	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Aracaju	Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN EX
Modelo HONDA/CG 150 TITAN EX	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 30/04/2019	Situação do Veículo NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Sinvaldo de Jesus Santos	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Relata o noticiante que no dia, local, e horário acima mencionados estava passando pela rua do lado direito da via quando foi surpreendido pelo carro Sandero que vinha pela esquerda da via, contornando à direita da via para entrar em um estacionamento, que por isso veio a colidir com sua moto Honda/CG que estava do lado direito. Devido ao impacto rompeu o ligamento dos dedos da mão esquerda. Por fim declarou que não tem interesse em processar criminalmente contra o autor/infrator.

ASSINATURAS

Agente de Polícia Judiciária
Delegado Figueiredo de Souza

Laércio Figueiredo de Souza
Agente de Polícia
Matrícula 640916
Responsável pelo Atendimento

Sinvaldo de Jesus Santos
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) responsável responsável pelas informações acima esclarecidas e ciente com poderes responder civil e criminalmente pela presente declaração que devo assinar, conforme previsto nos Artigos 338- Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

25/09/19 - Raccolte continue sono, oggi, mai superiori alle normali, tranne
che nel 1970-1971.

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 57217
CNS:

DATA: 24/09/2019 HORA: 12:25 USUARIO: CMSLEITE
SETOR: 06-SUTURA *Nic.*

IDENTIFICACAO DO PACIENTE
: SINVALDO DE JESUS SANTOS
: 57 ANOS NASC: 16/09/1962
: RUA ORLANDO FERREIRA
: 708407213413364 BAIRRO: INDUSTRIAL
: ARACAJU UF: SE CEP....
: OSVALDO DOS SANTOS /ALEIRA DE JESUS PEREIRA
: TRAZIDO PELO SAMU - FILHO - JOAO TEL...: 0799870722
: INDUSTRIAL 0
: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: SIM
: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

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

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

DADOS CLINICOS: *Visceral 24* DATA PRIMEIROS SINTOMAS: *1/1*

3 DA ENFERMAGEM: Existe confusão com lesões de
multitude presentes a dir, no 3º

AGNOSTICO: *Indeterminado*

CID: T02

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

~~Exames de op. FEG~~
exames de op. FEG
exames de op. FEG
exames de op. FEG
exames de op. FEG

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :
[] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): _____

UAS (UNIDADE DE SAUDE):
ATE 48HS [] APOS 48H

[] FAMILIA Fátima S. Pereira CRM 2056 [] ANAT. PATOL
Cirurgia Geral / Endoscopia

NATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

→ Lx da mat Psgn produz &
↳ von früheren Menschen