

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: 000000089069-7

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: 000000089069-7

Nr. da Autenticação 3700A346F7F42CDC

NOME DO PACIENTE: Siavaldo 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 sem danos ou ferimentos
A, B, C e D = sem alterações
E - lesas látero - contusas de tendão paraf - 3º dedo mão (Esquerda)
Diagnóstico = Polítrama
Conduta = ortopédica + Exame + Análise
Análise de Dactiloscopia - Trauma físico - contuso na mão (E), lesas físico - contusa
de dedo médio esquerda // lesas tendão externa
Soluções ou da Cir. plástica

HISTÓRICO CIRÚRGICO:**EXAMES COMPLEMENTARES:**

Radiografia - mão (E) 2P.
Rad. de Tórax - Análise - normal

MÉDICOS ASSISTENTES:

João F. Alves - CRM - 2486
Fátima Pereira - 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

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 57217
CNS:

DATA: 24/09/2019
SETOR: 06-SUTURA

HORA: 12:25
USUARIO: CMSLEITE

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

: SINVALDO DE JESUS SANTOS

: 57 ANOS NASC: 16/09/1962

: RUA ORLANDO FERREIRA

: 708407213413364 BAIRRO: INDUSTRIAL

: ARACAJU

: OSVALDO DOS SANTOS

: TRAZIDO PELO SAMU - FILHO - JOAO

: INDUSTRIAL

: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)

: NAO

: NAO

PLANO DE SAUDE....: NAO

VEIO DE AMBULANCIA: SIM

SEXO: MASCULINO

NUMERO: 24

CEP....:

/ALEIRA DE JESUS PEREIRA

TEL....: 0799870722

0

TRAUMA: SIM

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: *paciente com trauma* DATA PRIMEIROS SINTOMAS: *1/1/1*

paciente com trauma motociclistico com lesao no membro superior direito - ABCD: 0
3 DA ENFERMAGEM: E = lesao contusa com lesao de
medula no membro superior direito, no 3

AGNOSTICO: *trauma*

CID: T02

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Tratamento com analgesico 50 mg (EV)
Cond. torax (ap) + med. sang. (O2p)
med. antiplaquetaria 300 mg (O2p)

EXAME DE RADIOLOGIA - HU!
REALIZADO EM 24/09/19
AS 13:06 HORA

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

IA (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

→ Lx da mat Psiquiatria PA-obliqua
→ no futuro

24/09/19 - Pale. de J. J. J. J. J.

Primeira avaliação na mão esquerda.
A estrutura normal do dedo médio, esquerdo,
com pontos de referência e pontos de referência
e espera-se que a estrutura do dedo médio esteja
sólida para a cirurgia plástica.

44h # cirurgia geral #

Realizar = 2 incisões quadradas,
2 incisões, 1 para o dedo médio,
2 incisões, 1 para o dedo anelar.

3: Análise da cirurgia plástica
(segundo ortopedia).

João Ferreira
Ortopedia e Trauma
CRM-SE 2488

Fátima S. Pereira
CRM 2056
Cirurgia Geral / Endoscopia



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE (HUSE)

RECEITUÁRIO


PACIENTE: Sinvaldo de Jesus S.

Encaminhado para
Atendimento de
emergência nos d. HUSE
less todo exame de
ITU e ITU 2 unidades (E)

PACIENTE

DATA

1 10 19


MÉDICO (Assinatura e Carimbo)



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE SAÚDE

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



Fundação
Hospitalar
de Saúde

NOME:

Simone da Silva Lima

RELATÓRIO DE ALTA

DIAGNÓSTICO:

PO Juvemul esquerdo
3º grau no (R) Segmento 1
para a distância 15cm 5mm

PROCEDIMENTO:

DATA DA INTERNAÇÃO: ____/____/____

DATA DO PROCEDIMENTO: 17/10/19

DATA DA ALTA: ____/____/____

ORIENTAÇÕES:

- Repouso em casa e manter MMSS elevados

- **NÃO** retirar tala ou curativo

- Retorno no HUSE com Dr.

no dia 15/10/19

7h

Dr. Luiz Mitidieri Junior
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia de Mão
CRM 3733

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL JOSE FRANCO SOBRINHO

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 Progressiva: () CARDIACO () RENAL () HAS () DM () TRANS. MENTAL () ALERGIAS
Outros:

4. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

HORA:

P.A.: x

F.C.: bpm

TAX: °C

F.R.: irpm

HGT: mg/dL SatO2: %

RISCO: () AZUL () Verde () AMARELO () VERMELHO

Enfermeiro (Assinatura e Carimbo):

4. RECLASSIFICAÇÃO:

HCRA:

P.A.: x

F.C.: bpm

TAX: °C

F.R.: irpm

HGT: mg/dL SatO2: %

RISCO: () AZUL () Verde () AMARELO () VERMELHO

Enfermeiro (Assinatura e Carimbo):

II. ATENDIMENTO MÉDICO

1. História Clínica:

2.HD:

3. Terapêutica:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

III. ANOTAÇÃO 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 condições 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. 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	sem receita
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. Nauseidron 1 amp Ev de 8/8 hs S/N	SNS
8º. Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% EV 8/8hs LENTO	24 08 12
9º. Membro superior elevado e observação rigorosa da perfusão distal	9.12.19
10º. Sinais vitais e cuidados gerais de 4 em 4 horas	20 24 04 08 12
11º. Alta após as 19 horas com receita e acompanhante	Ciente
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div>  <p>Dr. Lúcia Mitidieri Junior Ortopedia / Traumatologia Clínica da Mão CRM 3793</p> </div> <div> <p>Kátia Matos S. de Alcântara Enfermeira CORENISE 465.969</p> </div> </div>	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Médica



ENCAMINHAMENTO

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE



Fundação
Hospitalar
de Saúde

ENCAMINHO O PACIENTE:

Sr. Maria da Glória

DIAGNÓSTICO:

ORIENTAÇÕES:

- PROCURAR RECEPÇÃO DO HOSPITAL DA SOCORRO, NO DIA 09/10/19 AS 4 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 APOS 23 HORAS DO DIA 03/10/19.

ATENÇÃO: O NÃO COMPARECIMENTO 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 Pinto Garcia
Médica CREMESE 5858



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

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o

Sr(a) Sivaldo de Jesus 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 2850
Cirurgião Plástico



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



Fundação
Hospitalar
de Saúde

HOSPITAL REGIONAL NOSSA SENHORA DO SOCORRO

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: *Simone da Silva Lemos*
DIAGNÓSTICO PRÉ - OPERATÓRIO: *lesão fratura fechada do 3º dedo da mão direita*
CIRURGIA REALIZADA: *amputação*
CIRURGIÃO: *Dr. Luiz Mitidieri*
AUXILIARES:

ANESTESIA: ANESTESISTA:

DIAGNÓSTICO PÓS - OPERATÓRIO:

(☒) CIRURGIA LIMPA () CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA

() CIRURGIA CONTAMINADA () CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? () SIM () NÃO

() VIAS AÉREAS SUP. () PULMONAR () URINÁRIA () SNC () TGI

() CUTÂNEO () AP. CARDIO - VASCULAR () OUTROS

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

- 1) DDA
- 2) Anest. + ant. seps + compressa
- 3) Bóia
- 4) punção de ar 3º dedo mão (D) + drenagem por fôrula
- 5) Valigim de longo braço dentro da mão 3º dedo mão (D) removido com perda de substância (lesão completa)
- 6) Amputação distal
- 7) Amputação das partes distais da mão
- 8) Retirada de pontos
- 9) Hemostase
- 10) Curativo por fôrula
- 11) Curativo selado
- 12) 5 de pontos
- 13) SRR

DATA: 4.10.10

Cirurgião

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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1650994126



NOME
SINVALDO DE JESUS SANTOS

DOC. IDENTIDADE - ORG. EMISSORA
685736 SSP SE

CPF
352.619.435-15 DATA NASCIMENTO
16/09/1962

FILIAÇÃO
OSVALDO DOS SANTOS

ALFIRA DE JESUS
PEREIRA

PERMISSÃO
ACC CAT HAB
AB

Nº REGISTRO
06864292459 VALIDADE
27/06/2023 1ª HABILITAÇÃO
21/06/2017

PROIBIDO PLASTIFICAR
1650994126

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO

Sinvaldo de Jesus Santos
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
ARACAJU, SE DATA DE EMISSÃO
25/06/2018

Luiziana Cândida Dêda Chagas de Melo
40550858368
SR021025169
DIRETORA PRESIDENTE

ASSINATURA DO EMISSOR
SERGIPE

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: PERICIA DO 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

Valoração 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 PRENSÃO DA MÃO.

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

[**X**] Sim [] Não

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

PERICIA DO 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)?

[**X**] 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 (X) 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

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, 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



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, 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



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 ASL: 3 - CPF da vítima: 252.619.435-15 4 - Nome completo da vítima: Simão 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: Simão de Jesus Santos 6 - CPF: 252.619.435-15
7 - Profissão: Armador 8 - Endereço: Rua Arlindo Ferreira dos Santos 9 - Número: 23 10 - Complemento:
11 - Bairro: Industrial 12 - Cidade: Macaé 13 - Estado: Sergipe 14 - CEP: 49065-036
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (79) 3022-0812

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAÍS, 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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ 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)
AGÊNCIA: 0059 CONTA: 89069-7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
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 da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo.

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) ☐ Divorçado ☐ 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 resíduo (ao nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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 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 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Macaé - SE, 27.12.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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)
Logradouro: Rua Itabalana
Complemento: Próximo ao quartel da Polícia Militar

Bairro: Centro

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 Ferreira			

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 352.619.435-15

Endereço

Município: Aracaju - SE
Logradouro: Rua Orlando F. dos Santos
Bairro: Industrial
Telefone: (79) 98844-5485 (Celular)

Nº: 24

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/Caminhão
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



Delegado de Polícia Civil: Daniela Ramos Lima Barreto
Impresso por: Laércio Figueiredo da Souza
Data de Impressão: 10/10/2019 09:40
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: 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 Motocideta/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 Sanderio que vinda 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
Laércio Figueiredo de Souza

Laércio Figueiredo de Souza
Agente de Polícia
Matrícula 040918
Responsável pelo Atendimento

Sinvaldo de Jesus Santos
Sinvaldo de Jesus Santos
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente com poderes responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 338-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção ao Código Penal Brasileiro."

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

USUARIO: CMSLEITE

SETOR: 06-SUTURA

: SINVALDO DE JESUS SANTOS

: 57 ANOS NASC: 16/09/1962

: RUA ORLANDO FERREIRA

: 708407213413364 BAIRRO: INDUSTRIAL

: ARACAJU

: OSVALDO DOS SANTOS

: TRAZIDO PELO SAMU - FILHO - JOAO

: INDUSTRIAL

: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)

PLANO DE SAUDE.....: NAO

VEIO DE AMBULANCIA: SIM

SEXO...: MASCULINO

NUMERO: 24

CEP . . . :

JESUS PEREIRA

TEL...: 0799870722

①

TRAUMA: SIM

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: *paciente = 7* DATA PRIMEIROS SINTOMAS: *10/10/74*

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

3 DA ENFERMAGEM: E = lesão contusa com lesão de ruptura muscular a/d, no 3

AGNOSTICO: *W. H. H. H. H.*

CID: T02

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

EXAME DE RADIOLOGIA - HII

REALIZADO SIMONE

AS 13:06 HORA

DATA DA SAIDA: / /

DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

HORA DA SAIDA: .

[] DESISTENCIA

ÁREA (UNIDADE DE SAÚDE):

ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA Fátima S. Pereira [] ANAT. PATOL

Cirurgia Geral / Endoscopia

NATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

→ L_X da mit P_{sg} PA -obligatorisch
↳ in früheren Lesen