



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202040600668	Distribuição: 22/06/2020
Número Único: 0025218-59.2020.8.25.0001	Competência: Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

Assuntos

- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Indenização por Dano Material - Acidente de Trânsito
- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

Dados das Partes

Requerente: RAFAEL DA SILVA ALCANTARA

Endereço: RUA QUATRO

Complemento:

Bairro: POV CANDEAL

Cidade: SAO CRISTOVAO - Estado: SE - CEP: 49100000

Requerente: Advogado(a): EDNALDO BEZERRA DA SILVA JUNIOR 11154/SE

Requerido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

Endereço: Rua Senador Dantas

Complemento: 5º ANDAR

Bairro: CENTRO

Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20010000

Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apensados:

--

Processos Dependentes:

--



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202040600668

DATA:

02/09/2020

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200901124802451 às 12:48 em 01/09/2020.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200025533 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL DA SILVA ALCANTARA **Data do acidente:** 23/04/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 14/15

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: ***DE ACORDO COM O LAUDO DO IML Nº 1740/2019 -DATA: 21/02/2019; QUESITO 6: NÃO.
DR. JOSÉ RICARDO DA COSTA.

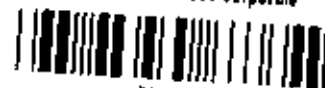
REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

Laudo do IML - Lesões corporais



INSTITUTO MÉDICO LEGAL
LAUDO PERICIAL
Lesões Corporais
RAFAEL DA SILVA ALCANTARA

LAUDO Nº 1740/2019



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

LAUDO DO EXAME DE LESÕES CORPORAIS

quinta-feira, 21 de fevereiro de 2019

Nº Laudo
1740/2019

Dados Da Vítima

Nome da Vítima	Nascimento	Idade	Naturalidade
RAFAEL DA SILVA ALCANTARA	18/03/1993	26	ARACAJU
Estado Civil	Sexo	Cor	Profissão
CASADO	MASCULINO	PARDA	IGNORADO
Instrução	Nome da Mãe	Nome do Pai	UF
IGNORADO	RITA DE CÁSSIA DA SILVA SANTOS	JORGE DE ALCANTARA	SE
Endereço	Bairro	Município	
RUA RIO S. 405	TIJUQUINHA	ARACAJU/SE.	
Nome da Autoridade	Função	Unidade	
MARCELO P. DOS SANTOS	MARCELO P. DOS SANTOS	5ª DELEGACIA METROPOLITANA	
1º Perito Relator	Cremeset/Cross	2º Perito Relator	Cremeset/Cross
DR. JOSÉ RICARDO FARIAS MONTEIRO 1245			MASC/1740/2019
DA COSTA			
Local da Perícia	Tipo	Causa	
Sala do IML			

Histórico/Descrição

Histórico

Relata o periciado ter sido vítima de acidente de trânsito (colisão motocicleta x automóvel), fato ocorrido às 06h00 do dia 23/04/2018, nesta capital.

Descrição

Fratura do rádio direito. Foi submetido a tratamento cirúrgico e fisioterápico e encontra-se com a fratura consolidada e apto ao exercício de suas funções.

Comentário Médico/Conclusão/Questos Respostas

Comentário Médico - Forense

Existe compatibilidade entre os achados e ação contundente. Não há perigo de vida, porém se fez necessário afastá-lo de suas atividades habituais por período superior a 30 dias.

Conclusão

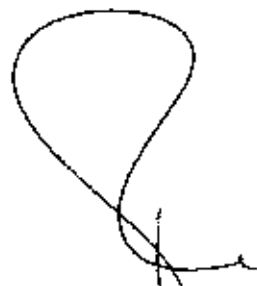
- 1- Houve ofensa a integridade física da vítima.
- 2- O meio foi contundente.
- 3 -Exame realizado às 14h30 do dia 21/02/2019.

Questos/Respostas:

Questos/Respostas:

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

Sim.


Dr. José Ricardo F. M. da Costa
Perito Médico Legista 1ª Classe
CRMSE - 1245

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

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?

Prejudicado.

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?

Não.

Este documento foi expedido via eletrônica (expresso), nos termos da legislação vigente. Confere com o original em arquivo digital, disponível no banco de dados do Instituto Médico Legal. Deverá conter o carimbo da unidade policial responsável pela impressão.

DR. JOSÉ RICARDO FARIAS MONTEIRO DA COSTA .

1245

MASC/1740/2019

Dr. José Ricardo F. M. da Costa
Perito Médico Legista 1ª Classe
CREMESP - 1245



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DA POLÍCIA CIVIL

POLÍCIA ON-LINE

DADOS DA GUIA DE EXAME

Nº Referente ao BO:

2018/06504.0-002885

Natureza:

6

Encaminhar laudo para:

05ª DELEGACIA METROPOLITANA

Tipo de laudo

LESÃO CORPORAL

01740/2019

1740 MIL-SE

Responsável pela solicitação:

Nadja Santos Souza - 05ª DELEGACIA METROPOLITANA

1740/2019

Data do fato:

23/04/2018 - 06:00 até 23/04/2018 - 06:00

Local do fato:

AVENIDA EUCLIDES FIGUEIREDO - BAIRRO SANTOS DUMONT, SAN, BAIRRO SANTOS DUMONT, SANTOS DUMONT, ARACAJU - SE

Descrição do fato:

Relata o noticiante que na manhã de ontem 23.04.2018, por volta das 06:00 horas, conduzia a Motocicleta de marca Honda CG-150, Titan, de cor Cinza, Ano 2010, Placa Policial NVG-3121/Se, Chassi nº 9C2KC164QAR072779, de propriedade da sua genitora, pela Avenida Euclides Figueiredo, quando a moto foi atingida por um veículo de cor prata, o qual invadiu a Mão de direção, vindo ele noticiante colidiu na dianteira do mencionado veículo, que após a colisão evadiu-se do local; Que devido ao acidente veio a cair na pista, conseguiu se levantar, montou na Motocicleta e seguiu para seu local de emprego, na Cerâmica de Pisos Serra Azul, no Distrito Industrial de Socorro/Se, onde percebeu que se encontra com o Braço direito fraturado; Que foi conduzido por uma Carroleta Empresa Serra Azul, até a Urgência do Hospital Gabriel Soares, onde foi permaneceu até as 19:00 horas, passou por uma (01) Cirurgia no Braço Direito, sendo liberado na manhã de hoje 24.04.2018. Diante do exposto solicita as devidas providências que o caso requer. OBS: ENCAMINHA LAUDO DE EXAME DE CORPO DE DELITO, PARA A TERCEIRA DELEGACIA METROPOLITANA DE POLÍCIA.

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Nome completo:

RAFAEL DA SILVA ALCANTARA

Filiação:

JORGE DE ALCANTARA / RITA E CASSIA DA SILVA SANTOS

Registro Geral:

34817367

Estado Civil:

Casado

Data de Nascimento:

18/03/1993

Naturalidade:

SAO CRISTOVAO

Profissão:

ABASTECEDOR

Sexo:

Masculino

Descrição física:

Endereço completo:

RUA RIO BRANCO, 405, BAIRRO TIOQUINHA, SANTOS DUMONT, SAO CRISTOVAO

Registro da porta:

Ao escrever:

Livro:

fls.

Em:

Nº

Entrou às:

horas de

Dia:

Arquive-se

Em:

Marcelo Pais dos Santos
DELEGADO DE POLÍCIA

Rafael da Silva Alcantara

carimbo

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: RAFAEL DA SILVA ALCANTARA
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado civil: CASADO
Profissão: ABASTECEDOR
Identidade: 34817867 CPF: 055.840.115-50
Endereço: RUA: RIO BRANCO Nº 405
Bairro: TIQUINARA Cidade: SÃO CRISTÓVÃO
Estado: SERGIPE CEP: 49100-000

Outorgado:

JOÃO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA, natural de Maringá Paraná, solteiro, portador de cédula de identidade nº 10.283.504-2 SSP/PR, inscrito no cadastro de pessoa física nº 067.127.729-40, ADVOGADO inscrito na ordem OAB nº 13.646, domiciliado na Avenida Augusto Maynard nº 554, bairro São José, Aracaju, Sergipe, CEP 49.015-380.

Pelo presente Instrumento Particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas**, a fim de encaminhar o pedido de indenização do Seguro Obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de Aviso de Sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o Seguro Obrigatório – DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato, da qual figura como vítima:

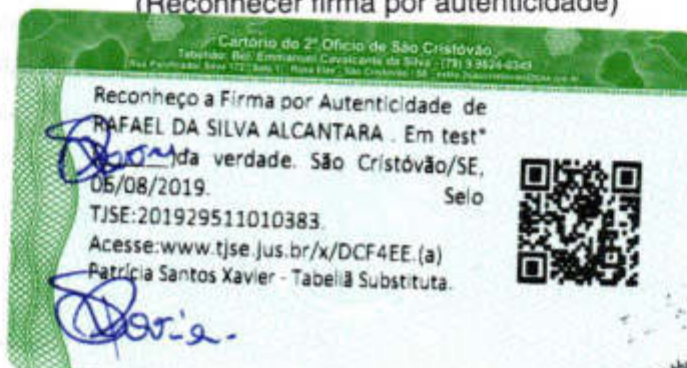
RAFAEL DA SILVA ALCANTARA

Local: ARACAJU UF: SE Data: 02 de AGOSTO de 2019



Rafael da Silva Alcantara

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)
(Reconhecer firma por autenticidade)



Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200025533

Vítima: RAFAEL DA SILVA ALCANTARA

Data do Acidente: 23/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAFAEL DA SILVA ALCANTARA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200025533

Vítima: RAFAEL DA SILVA ALCANTARA

Data do Acidente: 23/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RAFAEL DA SILVA ALCANTARA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 21/02/2019, emitido pelo Dr. JOSÉ RICARDO DA COSTA CRM nº 000000 - SE, da Instituição IML - SE, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Rafael da Silva Alcantara
 PORTADOR(A) DO RG Nº 34877867 EXPEDIDO POR SSP SERGIPE EM 07.10.2019
 CPF 055840715-50 / CNPJ _____, PROFISSÃO _____
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

1 Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO ITAU AGÊNCIA 7821 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 74402-6

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAU

BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL ARACAJU SERGIPE DATA 22/04/2019

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Rafael da Silva Alcantara

1 ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



**GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DA POLÍCIA CIVIL**

POLÍCIA ON-LINE

Boletim de ocorrência

DADOS DA GUIA DE EXAME

Nº Referente ao BO:

2018/06504.0-002885

Encaminhar laudo para:

05ª DELEGACIA METROPOLITANA

Tipo de laudo

LÊSÃO CORPÓRAL

Responsável pela solicitação:

Nadja Santos Souza - 05ª DELEGACIA METROPOLITANA

Data do fato:

Local do fato:

23/04/2018 - 06:00 até 23/04/2018 - 06:00

AVENIDA EUCLIDES FIGUEIREDO - BAIRRO SANTOS DUMONT, SVNº, BAIRRO SANTOS DUMONT, SANTOS DUMONT, ARACAJU - SE

Descrição do fato:

Relata o noticiante que na manhã de ontem 23.04.2018, por volta das 06:00 horas, conduzia a Motocicleta de marca Honda CG-150, Titan, de cor Cinza, Ano 2010, Placa Policial NVG-3121/Se, Chassi nº 9C2KC1640ARO72779, de propriedade de sua genitora, pela Avenida Euclides Figueiredo, quando a mais ou menos duzentos metros de ter passado pelo Sesi, quando um veículo de cor prata, o qual invadiu a Mão de direção, vindo ele noticiante colidiu na dianteira do mencionado veículo, que após a colisão evadiu-se do local; Que devido ao acidente veio a cair na pista, conseguiu se levantar, montou na Motocicleta e seguiu para seu local de emprego, na Cerâmica de Pisos Serra Azul, no Distrito Industrial de Socorro/Se, onde percebeu que se encontra com o Braço direito fraturado; Que foi conduzido por uma Carro da Empresa Serra Azul, até a Urgência do Hospital Gabriel Soares, onde foi permanecer até as 19:00 horas, passou por Uma (01) Cirurgia no Braço Direito, sendo liberado na manhã de hoje 24.04.2018. Diante do exposto solicita as devidas providências que o caso requer. OBS: ENCAMINHA LAUDO DE EXAME DE CORPO DE DELITO, PARA A TERCEIRA DELEGACIA METROPOLITANA DE POLÍCIA.

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Nome completo:

RAFAEL DA SILVA ACANTARA

Filiação:

JORGE DE ALCANTARA / RITA E CASSIA DA SILVA SANTOS

Registro Geral:

34817867

Estado Civil:

Casado

Data de Nascimento:

18/03/1993

Naturalidade:

SAO CRISTOVAO

Profissão:

ABASTECEDOR

Sexo:

Masculino

Descrição física:

Endereço completo:

RUA RIO BRANCO, 405, BAIRRO TIJUQUINHA, SANTOS DUMONT, SAO CRISTOVAO

Registro de porta:

Ao escrevente:

Livro: _____ fls. _____

Em: _____ Nº: _____

Entrou às: _____ horas de _____

Dia: _____

Arquive-se

Em: _____

RECEBIDO

25 ABR 2019

Seguradora Lider DPVAT

Marcelo Pais dos Santos
DELEGADO DE POLÍCIA

Rafael da Silva Acantara

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: 055.840.115-50 4 - Nome completo da vítima: Rafael da Silva Alcantara

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

5 - Nome completo: Rafael da Silva Alcantara 6 - CPF: 055.840.115-50
7 - Profissão: Abastecedor 8 - Endereço: Rua Quatro 9 - Número: 37 10 - Complemento:
11 - Bairro: Perdeão Landeal 12 - Cidade: São Cristóvão 13 - Estado: Sergipe 14 - CEP: 49.100-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 9913222-0817

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:
☒ 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)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Itaú 341
AGÊNCIA: 7811 CONTA: 14402 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo 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? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (v(n)ascer)? ☐ 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 Líder 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, Anacapa-SE, 15 Janeiro 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Fatura Mensal

Nome: RAFAEL DA SILVA ALCANTARA
Nº. do Cartão: 4371xxxxxxx3014

SALDO ANTERIOR 154,44 - CRÉDITOS DO MÊS 161,62 = SALDO RESANTE -7,18 + DÉBITO DO MÊS 276,62

TOTAL DA FATURA

R\$ 269,44

VENCIMENTO

28/04/2019

PAGAMENTO MÍNIMO

R\$ 63,19

PARCELE ESTA FATURA

Entrada R\$ 63,19
R\$ 206,25 em 12 parcelas de R\$ 17,19 cada uma

DATA	TRANSAÇÃO	DÉBITO	CRÉDITO
21/02/2019	TITULAR RAFAEL S ALCANTARA		
21/02/2019	IOF DIÁRIO PARCELADO	0,37	
21/02/2019	IOF ADICIONAL PARCELADO	0,27	
21/02/2019	LOJA GBARBOSA PARC02/04	85,10	
27/03/2019	LOJA GBARBOSA 25	7,77	
27/03/2019	IOF DIÁRIO PARCELADO	0,09	
27/03/2019	IOF ADICIONAL PARCELADO	0,13	
27/03/2019	LOJA GBARBOSA PARC01/09	40,29	
27/03/2019	PAGAMENTO BRADESCO		154,44
29/03/2019	LOJA GBARBOSA 25	24,40	
29/03/2019	IOF DIÁRIO PARCELADO	0,16	
29/03/2019	IOF ADICIONAL PARCELADO	0,26	
29/03/2019	LOJA GBARBOSA PARC01/03	79,82	
08/04/2019	SEGURO PROTEÇÃO PESSOAL	9,99	
17/04/2019	TARIFA Sras	3,99	
17/04/2019	ANUIDADE DIFERENCIADA 12 3014	15,99	
17/04/2019	ANUIDADE DIFERENCIADA PROM EST ADICIONAL LUIZA R V SAMPAIO		4,79
17/04/2019	ANUIDADE DIFERENCIADA 12 3022	7,99	
17/04/2019	ANUIDADE DIFERENCIADA PROM EST		2,39

SEUS LIMITES

Compras: R\$ 440,00

Saque: R\$ 88,00

Parcelado: R\$ 880,00

Atenção: Para obter o limite de crédito, o cliente deve ter o cartão em dia e não ter atingido o limite de crédito disponível no cartão.

Parcele sua Fatura!

Escolha um plano a pagar até o vencimento.

Entrada R\$ 141,71 + Entrada R\$ 77,66 +

1 X R\$ 141,71 3 X R\$ 77,66

Taxa: 9,80% a.m. Taxa: 9,80% a.m.

Com você esteja elegível e entre nós o encerramento da sua fatura deve-se pagar a: taxa de entrada da parcela inicial, que será em pagamento único até o dia do vencimento da fatura ou no dia subsequente, caso o vencimento ocorra em dia não útil. Para pagamento em valor diferente do informado, será considerado como pagamento parcial da fatura, incidindo de encargos e IOF em caso de atrasos ou inadimplência, entre em contato com o Central de Atendimento.

TAXA MÁXIMA DE JUROS PARA O VENCIMENTO DESTA FATURA

Financiamento rotativo 9,90% a.m.

Saque 17,90% a.m.

Parcelado 6,99% a.m.

Multa 2,00% a.m.

Juros de Mora 1,00% pro rata

IOF 0,0082% a.d + 0,38% adicional

Taxa máxima de juros para próxima fatura 9,90% a.m.

Custo Efetivo Total de Financiamento Rotativo para esta fatura 237,90% a.a.

Custo Efetivo Total Máximo para a próxima fatura 237,90% a.a.

COMUNICADOS

Ganhe tempo.

Pague a fatura do seu Cartão Cencosud diretamente na caixa das lojas GBarbosa Limitado ao valor de R\$3.500,00.

ATENÇÃO

Não são aceitos cheques como forma de pagamento desta fatura. Em caso de pagamento inferior ao valor total, o cliente deverá arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura. Incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Quando o valor pago for inferior ao valor mínimo, serão cobrados encargos contínuos de até R\$20,41 e o saldo total, que não foi pago integralmente até o vencimento da fatura subsequente, será parcelado.

Total Geral dos Lançamentos: R\$ 276,62

Banco Bradesco S/A - End. Cidade de Deus, s/n, Prédio Cinza, Vila Yara - Osasco-SP. CEP: 06029-900 / CNPJ: 60.746.948/0001-12

Central de Atendimento
Cencosud, Bradesco e Bradesco Seguros
3004 5505
0800 720 0005
0800 720 0005
(horário atendimento)
De segunda a sábado, das 8h às 20h

SAC
Bradesco Seguros e Bradesco
0800 720 0006
0800 720 0006
0800 720 0040
(horário atendimento)
De segunda a sábado, das 8h às 20h

Ouvindo
Atendimento ao cliente
0800 720 0110
De segunda a sábado, das 8h às 20h
e no domingo

*Data de fechamento: 17/04/2019

*Data prevista de fechamento da próxima fatura: 17/05/2019

BradesCard	237-2	23794.02510 64002.241418 93000.108303 1 00000000000000
Nome do Pagador/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP RAFAEL DA SILVA ALCANTARA CPF/CNPJ: 055.840.115-50 RUA RIO BRANCO, 405 CASA TIJUQUINHA S CRISTOVAO - SE 49100-000		
Mostra Número 16/40022414193-7	Nº. Documento 16/40022414193-7	Data de Vencimento 28/04/19
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço Banco Bradesco S/A - End. Cidade de Deus, s/n, Prédio Cinza, Vila Yara - Osasco-SP. CEP: 06029-900 / CNPJ: 60.746.948/0001-12		Valor do Documento R\$ 269,44
Agência/Código do Beneficiário 4025-8/0001083-0		Valor Pago
BradesCard	237-2	23794.02510 64002.241418 93000.108303 1 00000000000000
Local de Pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NAS LOJAS CENCOSUD BRASIL OU REDE BRADESCO		
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço Banco Bradesco S/A - End. Cidade de Deus, s/n, Prédio Cinza, Vila Yara - Osasco-SP. CEP: 06029-900 / CNPJ: 60.746.948/0001-12		
Mostra Número 16/40022414193-7	Nº. Documento 16/40022414193-7	Data de Vencimento 28/04/19
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço Banco Bradesco S/A - End. Cidade de Deus, s/n, Prédio Cinza, Vila Yara - Osasco-SP. CEP: 06029-900 / CNPJ: 60.746.948/0001-12	Agência/Código do Beneficiário 4025-8/0001083-0	Valor do Documento R\$ 269,44
Mostra Número 16/40022414193-7	Nº. Documento 16/40022414193-7	Data de Vencimento 28/04/19
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço Banco Bradesco S/A - End. Cidade de Deus, s/n, Prédio Cinza, Vila Yara - Osasco-SP. CEP: 06029-900 / CNPJ: 60.746.948/0001-12	Agência/Código do Beneficiário 4025-8/0001083-0	Valor do Documento R\$ 269,44
Mostra Número 16/40022414193-7	Nº. Documento 16/40022414193-7	Data de Vencimento 28/04/19
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço Banco Bradesco S/A - End. Cidade de Deus, s/n, Prédio Cinza, Vila Yara - Osasco-SP. CEP: 06029-900 / CNPJ: 60.746.948/0001-12	Agência/Código do Beneficiário 4025-8/0001083-0	Valor do Documento R\$ 269,44
Mostra Número 16/40022414193-7	Nº. Documento 16/40022414193-7	Data de Vencimento 28/04/19
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço Banco Bradesco S/A - End. Cidade de Deus, s/n, Prédio Cinza, Vila Yara - Osasco-SP. CEP: 06029-900 / CNPJ: 60.746.948/0001-12	Agência/Código do Beneficiário 4025-8/0001083-0	Valor do Documento R\$ 269,44
Mostra Número 16/40022414193-7	Nº. Documento 16/40022414193-7	Data de Vencimento 28/04/19
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço Banco Bradesco S/A - End. Cidade de Deus, s/n, Prédio Cinza, Vila Yara - Osasco-SP. CEP: 06029-900 / CNPJ: 60.746.948/0001-12	Agência/Código do Beneficiário 4025-8/0001083-0	Valor do Documento R\$ 269,44
Mostra Número 16/40022414193-7	Nº. Documento 16/40022414193-7	Data de Vencimento 28/04/19
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço Banco Bradesco S/A - End. Cidade de Deus, s/n, Prédio Cinza, Vila Yara - Osasco-SP. CEP: 06029-900 / CNPJ: 60.746.948/0001-12	Agência/Código do Beneficiário 4025-8/0001083-0	Valor do Documento R\$ 269,44
Mostra Número 16/40022414193-7	Nº. Documento 16/40022414193-7	Data de Vencimento 28/04/19
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço Banco Bradesco S/A - End. Cidade de Deus, s/n, Prédio Cinza, Vila Yara - Osasco-SP. CEP: 06029-900 / CNPJ: 60.746.948/0001-12	Agência/Código do Beneficiário 4025-8/0001083-0	Valor do Documento R\$ 269,44
Mostra Número 16/40022414193-7	Nº. Documento 16/40022414193-7	Data de Vencimento 28/04/19
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço Banco Bradesco S/A - End. Cidade de Deus, s/n, Prédio Cinza, Vila Yara - Osasco-SP. CEP: 06029-900 / CNPJ: 60.746.948/0001-12	Agência/Código do Beneficiário 4025-8/0001083-0	Valor do Documento R\$ 269,44
Mostra Número 16/40022414193-7	Nº. Documento 16/40022414193-7	Data de Vencimento 28/04/19
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço Banco Bradesco S/A - End. Cidade de Deus, s/n, Prédio Cinza, Vila Yara - Osasco-SP. CEP: 06029-900 / CNPJ: 60.746.948/0001-12	Agência/Código do Beneficiário 4025-8/0001083-0	Valor do Documento R\$ 269,44
Mostra Número 16/40022414193-7	Nº. Documento 16/40022414193-7	Data de Vencimento 28/04/19
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço Banco Bradesco S/A - End. Cidade de Deus, s/n, Prédio Cinza, Vila Yara - Osasco-SP. CEP: 06029-900 / CNPJ: 60.746.948/0001-12	Agência/Código do Beneficiário 4025-8/0001083-0	Valor do Documento R\$ 269,44
Mostra Número 16/40022414193-7	Nº. Documento 16/40022414193-7	Data de Vencimento 28/04/19
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço Banco Bradesco S/A - End. Cidade de Deus, s/n, Prédio Cinza, Vila Yara - Osasco-SP. CEP: 06029-900 / CNPJ: 60.746.948/0001-12	Agência/Código do Beneficiário 4025-8/0001083-0	Valor do Documento R\$ 269,44
Mostra Número 16/40022414193-7	Nº. Documento 16/40022414193-7	Data de Vencimento 28/04/19
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço Banco Bradesco S/A - End. Cidade de Deus, s/n, Prédio Cinza, Vila Yara - Osasco-SP. CEP: 06029-900 / CNPJ: 60.746.948/0001-12	Agência/Código do Beneficiário 4025-8/0001083-0	Valor do Documento R\$ 269,44
Mostra Número 16/40022414193-7	Nº. Documento 16/40022414193-7	Data de Vencimento 28/04/19
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço Banco Bradesco S/A - End. Cidade de Deus, s/n, Prédio Cinza, Vila Yara - Osasco-SP. CEP: 06029-900 / CNPJ: 60.746.948/0001-12	Agência/Código do Beneficiário 4025-8/0001083-0	Valor do Documento R\$ 269,44
Mostra Número 16/40022414193-7	Nº. Documento 16/40022414193-7	Data de Vencimento 28/04/19
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço Banco Bradesco S/A - End. Cidade de Deus, s/n, Prédio Cinza, Vila Yara - Osasco-SP. CEP: 06029-900 / CNPJ: 60.746.948/0001-12	Agência/Código do Beneficiário 4025-8/0001083-0	Valor do Documento R\$ 269,44
Mostra Número 16/40022414193-7	Nº. Documento 16/40022414193-7	Data de Vencimento 28/04/19
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço Banco Bradesco S/A - End. Cidade de Deus, s/n, Prédio Cinza, Vila Yara - Osasco-SP. CEP: 06029-900 / CNPJ: 60.746.948/0001-12	Agência/Código do Beneficiário 4025-8/0001083-0	Valor do Documento R\$ 269,44
Mostra Número 16/40022414193-7	Nº. Documento 16/40022414193-7	Data de Vencimento 28/04/19
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço Banco Bradesco S/A - End. Cidade de Deus, s/n, Prédio Cinza, Vila Yara - Osasco-SP. CEP: 06029-900 / CNPJ: 60.746.948/0001-12	Agência/Código do Beneficiário 4025-8/0001083-0	Valor do Documento R\$ 269,44
Mostra Número 16/40022414193-7	Nº. Documento 16/40022414193-7	Data de Vencimento 28/04/19
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço Banco Bradesco S/A - End. Cidade de Deus, s/n, Prédio Cinza, Vila Yara - Osasco-SP. CEP: 06029-900 / CNPJ: 60.746.948/0001-12	Agência/Código do Beneficiário 4025-8/0001083-0	Valor do Documento R\$ 269,44
Mostra Número 16/40022414193-7	Nº. Documento 16/40022414193-7	Data de Vencimento 28/04/19
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço Banco Bradesco S/A - End. Cidade de Deus, s/n, Prédio Cinza, Vila Yara - Osasco-SP. CEP: 06029-900 / CNPJ: 60.746.948/0001-12	Agência/Código do Beneficiário 4025-8/0001083-0	Valor do Documento R\$ 269,44
Mostra Número 16/40022414193-7	Nº. Documento 16/40022414193-7	Data de Vencimento 28/04/19
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço Banco Bradesco S/A - End. Cidade de Deus, s/n, Prédio Cinza, Vila Yara - Osasco-SP. CEP: 06029-900 / CNPJ: 60.746.948/0001-12	Agência/Código do Beneficiário 4025-8/0001083-0	Valor do Documento R\$ 269,44
Mostra Número 16/40022414193-7	Nº. Documento 16/40022414193-7	Data de Vencimento 28/04/19
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço Banco Bradesco S/A - End. Cidade de Deus, s/n, Prédio Cinza, Vila Yara - Osasco-SP. CEP: 06029-900 / CNPJ: 60.746.948/0001-12	Agência/Código do Beneficiário 4025-8/0001083-0	Valor do Documento R\$ 269,44
Mostra Número 16/40022414193-7	Nº. Documento 16/40022414193-7	Data de Vencimento 28/04/19
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço Banco Bradesco S/A - End. Cidade de Deus, s/n, Prédio Cinza, Vila Yara - Osasco-SP. CEP: 06029-900 / CNPJ: 60.746.948/0001-12	Agência/Código do Beneficiário 4025-8/0001083-0	Valor do Documento R\$ 269,44
Mostra Número 16/40022414193-7	Nº. Documento 16/40022414193-7	Data de Vencimento 28/04/19
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço Banco Bradesco S/A - End. Cidade de Deus, s/n, Prédio Cinza, Vila Yara - Osasco-SP. CEP: 06029-900 / CNPJ: 60.746.948/0001-12	Agência/Código do Beneficiário 4025-8/0001083-0	Valor do Documento R\$ 269,44
Mostra Número 16/40022414193-7	Nº. Documento 16/40022414193-7	Data de Vencimento 28/04/19
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço Banco Bradesco S/A - End. Cidade de Deus, s/n, Prédio Cinza, Vila Yara - Osasco-SP. CEP: 06029-900 / CNPJ: 60.746.948/0001-12	Agência/Código do Beneficiário 4025-8/0001083-0	Valor do Documento R\$ 269,44
Mostra Número 16/40022414193-7	Nº. Documento 16/40022414193-7	Data de Vencimento 28/04/19
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço Banco Bradesco S/A - End. Cidade de Deus, s/n, Prédio Cinza, Vila Yara - Osasco-SP. CEP: 06029-900 / CNPJ: 60.746.948/0001-12	Agência/Código do Beneficiário 4025-8/0001083-0	Valor do Documento R\$ 269,44
Mostra Número 16/40022414193-7	Nº. Documento 16/40022414193-7	Data de Vencimento 28/04/19
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço Banco Bradesco S/A - End. Cidade de Deus, s/n, Prédio Cinza, Vila Yara - Osasco-SP. CEP: 06029-900 / CNPJ: 60.746.948/0001-12	Agência/Código do Beneficiário 4025-8/0001083-0	Valor do Documento R\$ 269,44
Mostra Número 16/40022414193-7	Nº. Documento 16/40022414193-7	Data de Vencimento 28/04/19
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço Banco Bradesco S/A - End. Cidade de Deus, s/n, Prédio Cinza, Vila Yara - Osasco-SP. CEP: 06029-900 / CNPJ: 60.746.948/0001-12	Agência/Código do Beneficiário 4025-8/0001083-0	Valor do Documento R\$ 269,44
Mostra Número 16/40022414193-7	Nº. Documento 16/40022414193-7	Data de Vencimento 28/04/19
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço Banco Bradesco S/A - End. Cidade de Deus, s/n, Prédio Cinza, Vila Yara - Osasco-SP. CEP: 06029-900 / CNPJ: 60.746.948/0001-12	Agência/Código do Beneficiário 4025-8/0001083-0	Valor do Documento R\$ 269,44
Mostra Número 16/40022414193-7	Nº. Documento 16/40022414193-7	Data de Vencimento 28/04/19
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço Banco Bradesco S/A - End. Cidade de Deus, s/n, Prédio Cinza, Vila Yara - Osasco-SP. CEP: 06029-900 / CNPJ: 60.746.948/0001-12	Agência/Código do Beneficiário 4025-8/0001083-0	Valor do Documento R\$ 269,44
Mostra Número 16/40022414193-7	Nº. Documento 16/40022414193-7	Data de Vencimento 28/04/19
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço Banco Bradesco S/A - End. Cidade de Deus, s/n, Prédio Cinza, Vila Yara - Osasco-SP. CEP: 06029-900 / CNPJ: 60.746.948/0001-12	Agência/Código do Beneficiário 4025-8/0001083-0	Valor do Documento R\$ 269,44
Mostra Número 16/40022414193-7	Nº. Documento 16/40022414193-7	Data de Vencimento 28/04/19
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço Banco Bradesco S/A - End. Cidade de Deus, s/n, Prédio Cinza, Vila Yara - Osasco-SP. CEP: 06029-900 / CNPJ: 60.746.948/0001-12	Agência/Código do Beneficiário 4025-8/0001083-0	Valor do Documento R\$ 269,44
Mostra Número 16/40022414193-7	Nº. Documento 16/40022414193-7	Data de Vencimento 28/04/19
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço Banco Bradesco S/A - End. Cidade de Deus, s/n, Prédio Cinza, Vila Yara - Osasco-SP. CEP: 06029-900 / CNPJ: 60.746.948/0001-12	Agência/Código do Beneficiário 4025-8/0001083-0	Valor do Documento R\$ 269,44
Mostra Número 16/40022414193-7	Nº. Documento 16/40022414193-7	Data de Vencimento 28/04/19
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço Banco Bradesco S/A - End. Cidade de Deus, s/n, Prédio Cinza, Vila Yara - Osasco-SP. CEP: 06029-900 / CNPJ: 60.746.948/0001-12	Agência/Código do Beneficiário 4025-8/0001083-0	Valor do Documento R\$ 269,44
Mostra Número 16/40022414193-7	Nº. Documento 16/40022414193-7	Data de Vencimento 28/04/19
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço Banco Bradesco S/A - End. Cidade de Deus, s/n, Prédio Cinza, Vila Yara - Osasco-SP. CEP: 06029-900 / CNPJ: 60.746.948/0001-12	Agência/Código do Beneficiário 4025-8/0001083-0	Valor do Documento R\$ 269,44
Mostra Número 16/40022414193-7	Nº. Documento 16/40022414193-7	Data de Vencimento 28/04/19
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço Banco Bradesco S/A - End. Cidade de Deus, s/n, Prédio Cinza, Vila Yara - Osasco-SP. CEP: 06029-900 / CNPJ: 60.746.948/0001-12	Agência/Código do Beneficiário 4025-8/0001083-0	Valor do Documento R\$ 269,44
Mostra Número 16/40022414193-7	Nº. Documento 16/40022414193-7	Data de Vencimento 28/04/19
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço Banco Bradesco S/A - End. Cidade de Deus, s/n, Prédio Cinza, Vila Yara - Osasco-SP. CEP: 06029-900 / CNPJ: 60.746.948/0001-12	Agência/Código do Benef	



Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contat

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segund
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 08

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, RLTA DE CASSIA DA SILVA SANTOS

RG nº 846.467, data de expedição 16/07/2010

Órgão S6P/SE, portador do CPF nº 533.882.325-04

com domicílio na cidade de SÃO CRISTÓVÃO, no Estado de

SERGIPE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA: RIO BRANCO, nº 405

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

RAFAEL DA SILVA ALCANTARA, cujo o condutor era

RAFAEL DA SILVA ALCANTARA

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA / CG 150 titan Ano: 2010

Placa: NU6-3121 Chassi: 9C2KC164DAR0727779

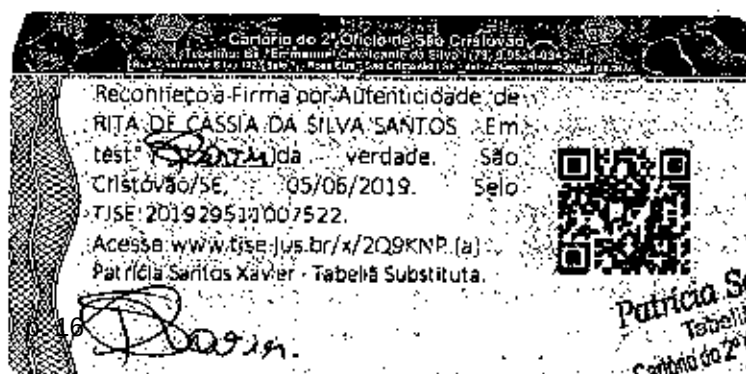
Data do Acidente: 23/04/2018

Local e Data: ALACAU-SE 03 JUNHO 2019

Rita de Cassia da Silva Santos

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





23/04/2018 15:02:21

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
14419091	RAFAEL DA SILVA ALCANTARA	M	18/03/1993	25
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
34817867 SSP SE	6584011550		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R 4 37 SAO CRISTOVAO SAO CRISTOVAO-SE CEP:49100000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
		RITA DE CASSIA DA SILVA SANTOS		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
800535-RECEPCAO PRINCIPAL - HGS ARACAJU			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
23/04/2018	14:53		
Médico Atendente			Clinica
96422831 FRANCIS LIMA DE VASCONCELOS			4-CIRURGICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
96422831 FRANCIS LIMA DE VASCONCELOS			0 INTERNAÇÃO
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano CERAMICA SERRA AZUL LTDA	
800-HAPVIDA ARACAJU	2-PLANO EMPRESA ENFERMARIA - COLETIVO	
Carteira	Validade	
B0982000096001026		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito
RPA - RECUPERACAO POS ANESTESICA	LR-004 LEITO 04	01

N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
33464286	99996666	C68278001	INTERNACAO
33464286	52070115	C68278001	FRATURA DE 1 (UM) DOS OSSOS DO ANTEBRACO - TRATAMENTO CIRURGICO

TERMO DE RESPONSABILIDADE E OUTROS AJUSTES

DADOS DO PACIENTE

Nome: RAFAEL DA SILVA ALCANTARA

RG: 34817867

CPF: 5584011550

Endereço: 437 SAO CRISTOVAO SAO CRISTOVAO SE 49100000

DADOS DO RESP. LEGAL (NA IMPOSSIBILIDADE DO PACIENTE ASSINAR)

Nome: RAFAEL DA SILVA ALCANTARA

RG: 34817867

CPF: 5584011550

Endereço: 437 SAO CRISTOVAO SAO CRISTOVAO SE 49100000

Pelo presente instrumento particular e na melhor forma de direito, o paciente acima qualificado ou, na impossibilidade do mesmo fornecer seus dados e/ou subscrever este termo, o seu responsável acima identificado, um ou outro reconhecem que foram devidamente esclarecidos sobre a condição de saúde do referido paciente, sob tratamento no ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS.

Declararam, mais, que os profissionais responsáveis pela assistência médica do paciente em momento indicaram as opções de tratamento médico-hospitalar constantes no prontuário respectivo.

Mesmo considerando os riscos inerentes, o signatário responsabilizou-se integralmente e optou pelo seguinte tratamento (a ser conferido ao enfermo acima qualificado):

52070115 FRATURA DE 1 (UM) DOS OSSOS DO ANTEBRACO - TRATAMENTO CIRURGICO

O signatário, após devidamente ciente de todos os riscos do tratamento acima especificado, optou pela adoção de tal prática médica, por entender que esta constitui a melhor assistência a ser dispensada ao paciente, responsabilizando-se integralmente por sua decisão.

O paciente e/ou seu responsável declaram, portanto, estarem absolutamente informados sobre o procedimento médico a que o paciente será submetido, tudo em obediência aos arts. 46, 48, 49, 53, 56 e 59, do Código de Ética Médica.

SAO CRISTOVAO SE, 23 de ABRIL, de 2018


Paciente ou Responsável Legal

TESTEMUNHAS:

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 1 de 2

ULTRA 80M SERV MED LTOA - HGS.

23/04/2018 21:29

Paciente: RAFAEL DA SILVA ALCANTARA	Dt. Nasc.: 18/03/1993	Atendimento: 50263664	Prontuário: 14419091
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE	Leito: LR-004/1	
Profissional(is): SIMARAGÓIS DA SILVA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 51287/11	Nº: 22129020	23/04/2018	às 20:14

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	23/04/2018	[1]
Hora Da Cirurgia	20:00	[1]
Cirurgia	TTO CIRURGICO FRATURA DE RADIO	[1]
Equipe Cirúrgica	DR FRANCIS DR WASHINGTON DR LUIZ AZEVEDO	[1]

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Confirmar Identidade Do Paciente	Sim.	[1]
Prontuário Ativo	Sim.	[1]
Opme Checado	Sim.	[1]
Checagem Completa Dos Equipamentos	Sim.	[1]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	Não.	[1]
Checagem Completa Das Medicções Anestésicas	Sim.	[1]
Confirmação Da Reserva E Disponibilidade De Sangue Se Risco De Perda Sanguínea (> 500 ML Adulto - 7 ML/Kg Criança)	Não se aplica.	[1]
Via Aérea Difícil / Risco De Aspiração	Não se aplica.	[1]
Confirmação Da Vaga Em Uti	Não se aplica.	[1]

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Membros da Equipe Cirúrgica	Sim.	[1]
Lateraldade Do Procedimento	Direita.	[1]
Paciente Corto	Sim.	[1]
Sítio Cirúrgico Identificado	Sim.	[1]

ANTECIPAÇÃO DE EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	Sim.	[1]
Checagem Completa Dos Equipamentos e Funcionamento	Sim.	[1]
Antibiótico profilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	Não se aplica.	[1]
Checou materiais e medicamentos necessários a anestesia a ser aplicada	Sim.	[1]
Esterilização Do Material Confirmada E Válida	Sim.	[1]

APÓS O TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Orientação De Posicionamento De Membros	Sim.	[1]
Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	Sim.	[1]
Realização Da Contagem E Conferência De Materiais, Instrumentais, Compressas E/Ou Agulhas De Sutura	Sim.	[1]
Identificação E Acondicionamento Correto Do Material A Ser Encaminhado Para A Análise Laboratorial E/Ou Anatomia Patológica	Não se aplica.	[1]
Preenchimento Da Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião	Sim.	[1]

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

24/04/2018 05:22

Paciente: **RAFAEL DA SILVA ALCANTARA** Dt. Nasc.: **18/03/1993** Atendimento: **50263664** Prontuário: **14419091**
Convênio: **HAPVIDA ARACAJU** Posto: **RPA - RECUPERACAO POS ANESTE** Leito: **LR-004/1**

Profissional(is): **GILMARA GOMES DA CRUZ MATEUS COELHO ENFERMEIRO** Nº: **22129138** 23/04/2018 às **20:17**

PRÉ-OPERATÓRIO		
Tipo Da Cirurgia	Emergência.	[1]
Data Da Cirurgia	23/04/2018	[1]
Procedimento Cirúrgico Proposto	FRATURA DE RADIO	[1]
Pulsão De Identificação	MSE.	[1]
Responsável Pelo Recebimento	ENFERMEIRO RAFAEL	[1]
Data Recebimento Do Paciente Na Unidade	23/04/2018	[1]
Avaliação Pré-Anestésica	Sim.	[1]
Comorbidades	PACIENTE NEGA	[1]
Nomo, dosagem, frequência	PACIENTE NEGA	[1]
Alergia- Descrição	PACIENTE NEGA	[1]
CONFORTO DO PACIENTE		
INTRA-OPERATÓRIO		
Início Da Anestesia	19:45	[1]
Término Da Anestesia	21:30	[1]
Início Da Cirurgia	20:10	[1]
Término Da Cirurgia	21:30	[1]
Instrumentador	ANTONIO	[1]
Circulante	LUIS E GILMARA	[1]
Posição do paciente durante o ato operatório	Dorsal.	[1]
Membro Ou Lado A Ser Operado	PUNHO DIREITO	[1]
Quantidade De Compressas Utilizadas No Início	20 UD	[1]
Quantidade De Compressas Utilizadas No Término	20 UD	[1]
Medicações/hora	KEFAZOL 2 G , DAPIRONA DECADRON PROFENIS NAUSEDON TRAMAL DIGESAN OMEPRAZOL	[1]
Clorexedina Alcoólica	Sim	[1]
Tipo	Elétrica.	[1]
Material	1 PLACA 3.5 E 8 PARAFUSOS CORTICAIS	[1]
Fornecedor	ORTOPLAN	[1]
Data Da Esterilização	23/04/2018	[1]
Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia	INTEGRA	[1]
Grau Da Contaminação	Limpa.	[1]
Encaminhamento Do Paciente	SRPA.	[1]
Encaminhamento Do Paciente		
Horário Da Saída Da S.O	21:40	[1]

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Page 2 de 2

24/04/2018 05:22

ULTRA SÔM SERV MED LTDA - HGS

Paciente: RAFAEL DA SILVA ALCANTARA

Dt. Nasc.: 18/03/1993

Atendimento: 50263884

Prontuário: 14419091

Convênio: HAPVIDA ARACAJU

Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE Lefto: LR-004/1

SINAIS VITAIS

PA	137X82 MMHG	[1]
FC	82 bpm	[1]

OBSERVAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS

Observação	18:35 PACIENTE ADMITIDO NA SO PARA REALIZAR TTO CIRURGICO DE FRATURA POR DR FRANCIS ACORDADO CONSCIENTE EM USO DE AVP EM MSE E TIPOIA EM MSD NEGA ALERGIAS DIABETES E HAS MONITORIZADO. 19:45 INICIO DA ANESTESIA BLOQUEIO PLEXO COM USQ POR DR LUIZ AZEVEDO SEM INTERCORRÊNCIAS, FOI INSTALADO PLACA PARA BISTURI EM MID 19:55 FEITO ACPESIA EM MSD 20:00 INICIO DA CIRURGIA AOS CUIDADOS DA EQUIPE MEDICA 20:50 TRANS OPERATORIO TRANQUILO OBSERVADO SSVV PA 130X80 MMHG SPO2 98% 21:30 FIM DA CIRURGIA SEM INTERCORRÊNCIAS FEITO CURATIVO E FIXADO TIPOIA 21:50 PACIENTE LIBERADO A SRPA SONOLENTO EM USO DE AVP E TIPOIA.	[1]
------------	---	-----

Eletrodos	TORAX	[1]
Inclação Cirúrgica	MSD	[1]
Placa Da Bisturi	MIE	[1]
Punções Venosas	MSE	[1]

POS OPERATÓRIO

Nível de Consciência pos operador	Sonolento.	[1]
Tipo De Respiração	Espontânea c/suporte de o2.	[1]
Extremidades	Perfundidas.	[1]
Curativos Cirúrgicos	Limpo e seco.	[1]

Observação	21:50 PACIENTE ADMITIDO NA SRPA EM POI DE FRATURA DE RADIO POR DR FRANCIS SONOLENTO EM USO DE TIPOIA E AVP MONITORIZADO E INSTALADA O2 SOB CATETER. 23:00 PACIENTE SEGUE EM OBSERVAÇÃO POUCO SONOLENTO MONITORIZADO PA 130X70 MMHG SPO2 97% 00:00 PACIENTE ACORDADO CONSCIENTE SEGUE EM OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM 02:00 ADMINISTRADO MEDICAÇÃO PRESCRITA CEFAZOLINA EV + DIFIRONA 03:00 INSTALADO 500 ML SF 09% PACIENTE BEM 04:00 INSTALADO PROFENID EV CONFORME PRESCRITO PACIENTE TRANQUILO 05:00 RETIRADO AVO E OFERECIDO DIETA COM ACEITAÇÃO 05:20 PACIENTE LIBERADO PARA SUA RESIDÊNCIA EM COMPANHIA DE FAMILIAR SEM QUEIXAS ENTREGUE RECEITA MEDICA E ATESTADO	[1]
------------	---	-----

ATENDIMENTO 50263681

MATERIAL CONSIGNADO

NOME: Robert L. Wilson - Sr.

DATA: 731041 ~~7075~~

CIRURGIA:

MÉDICO: Dr. Escobar

INSTRUMENTADOR: Amador

REGIÃO: MS 12

FORNECEDOR: 08/02/2012

[illegible]

Dr. Francis Lima de Vasconcelos

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

~~CRM-SE 3914~~

Ass. Médico:

Ass. do Enfermeiro(a):

Ass. do Circulante:

AE: 2012
COREN/SE
913084



Hospital Gabriel Soares

FICHA DE ANESTESIA

Nº Internamento

Nº registro

Anestesia:

Nome: Rafael da Silva Monteiro Data: 23/08/2018

Enf. Quarto Leito 3 Sexo M Cor Amarelo Idade 25a

Cirurgião: Dr. Francisco Auxiliares: Dr. Whomington

Diag. Pré-op:

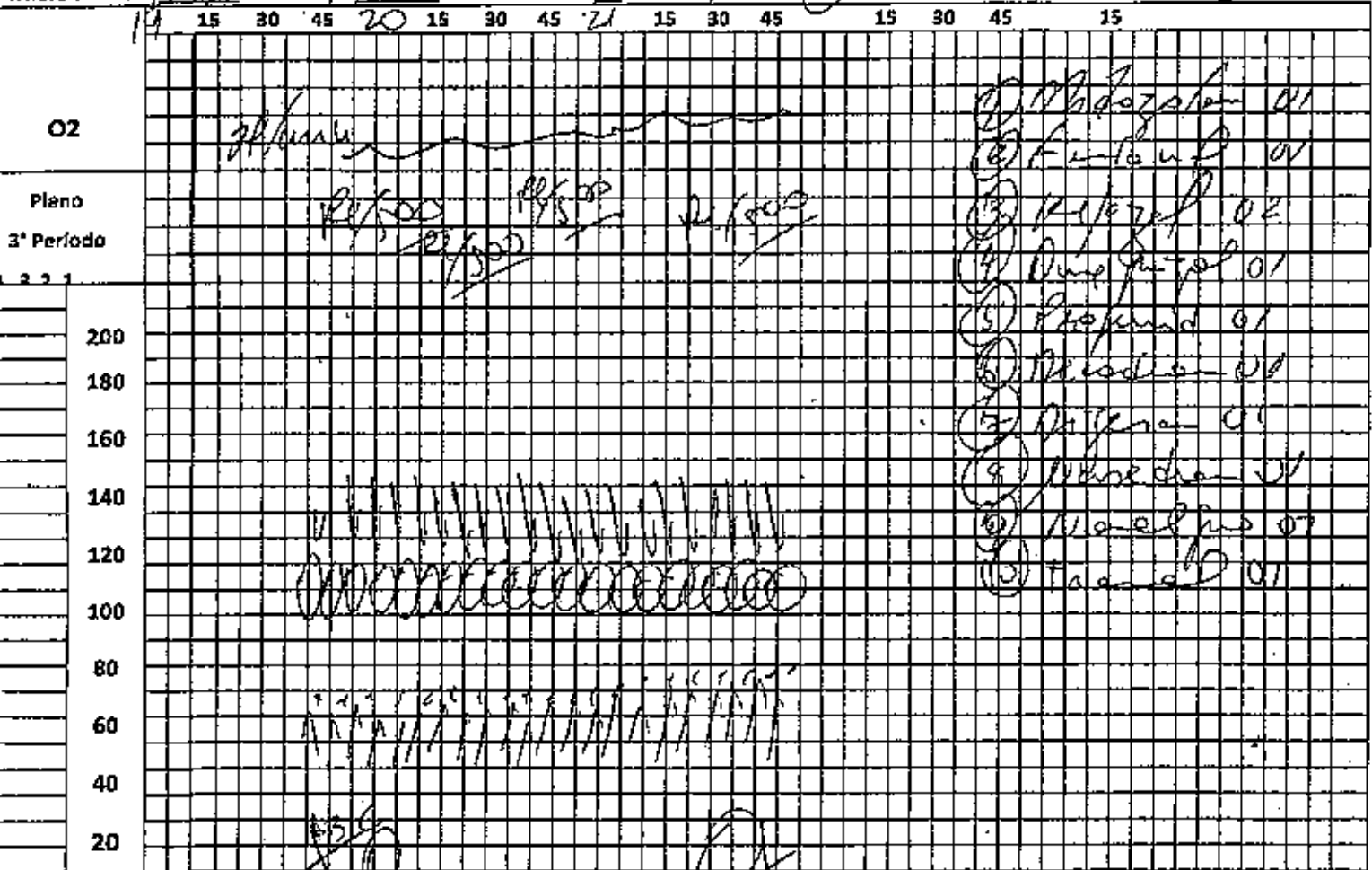
Diag. Pós-op:

Op. Proposta: Hernioplastia de Eustáquio de Rocha de Viana

Op. Realizada:

Premedicação: Hora Resultado 1-2-3-4-5-6

Início Anest. 19:45 Início Op. 20:10 Altura Anest. Risco Operatório 1-2-3-4 Estado Físico 1-2-3-4-5-6-7 E



ANOTAÇÕES

(A) Indicar + manter local

(B) Bloq de plexo sacral + Musculo cutâneo. Fez guiado por Ultrassom + Stimplex, realizada por intercorrência.

(C) Cat de O. e esc. P.

Agente Anestésico Bloc C1 Xilo 200 + Nalabum 0.5 (F) 10ml 5/intercorrência

Técnica Bloc de Plexos C Ultrassom + Stimplex intercorrência

Aparelho Ox 100% Indução Vene Posição DDH Local Punção Ultrassom Líquido Retirado 0

Técnica Guia de Ultrassom Posição após DDH Posição Operatório DDH Resultado B - R - M

Duração da Operação 85min. Duração da Anestesia 105min. Consciência gama

Condução no final da Operação REC - SRP

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS.

23/04/2018 21:58

Paciente: RAFAEL DA SILVA ALCANTARA	Dt. Nasc.: 18/03/1999	Atendimento: 50263664	Prontuário: 14419091
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE	Leito: LR-004/1	

Profissional (e): FRANCISLIMA DE VASCONCELOS MEDICO CRM 3911 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Nº: 22132918 23/04/2018 às 21:55

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO		
Evolução Do Paciente	Paciente com fratura periprotética diafisária de rádio submetido a procedimento cirúrgico sem intercorrência	[1]
CID 10	S523 FRAT DA DIAFISE DO RADIO	[1]

Dr. Francis Lima de Vasconcelos
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM - SE 3911

PLANO TERAPÊUTICO MULTIDISCIPLINAR

Página 1 de 1

23/04/2018 21:09

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

Paciente: RAFAEL DA SILVA ALCANTARA	Dt. Nasc.: 18/03/1993	Atendimento: 50263664	Prontuário: 14419091
Convênio: HAPVIDA ARACÁJU	Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE	Leito: LR-004/1	
Profissional(is):	BRUNO CAZEVEDO JUNIOR MEDICO CRM 52511209-2	Nº: 22130635	23/04/2018 às 20:54

IDENTIFICACAO		
Nome	RAFAEL DA SILVA ALCANTARA	[1]
Nome		[1]
Sexo	Masculino.	[1]
Idade	25 A 1 M	[1]
Data De Nascimento	18/03/1993	[1]
Nº Atendimento	50263664	[1]
DADOS DO PACIENTE		
MOTIVOS DA INTERNAÇÃO		
CID10 Primário	S523 FRAT DA DIAFISE DO RADIO	[1]
COMORBIDADES		
GRAU DE INDEPENDENCIA		
IDENTIFICACAO DOS RISCOS		
Readmissão	Sim	[1]
OBJETIVOS TERAPÊUTICOS		
Principal	Pela anestesia consulta pre anestesia paciente encontra-se no centro cirurgico para cirurgia de urgencia SIC, para tratamento cirurgico de fratura do Radio, paciente refere cirurgia anterior em mesmo membro e lugar (SIC), nega qualquer patologia previa, nega qualquer alergia medicamentosa, refere uso de canabita (utilizado hoje pela manha - Segundo ele) e refere uso de outras substancias ilicitas, nega uso de qualquer medicacao continua, no momento encontra-se estavel, com jejum de 8 horas, AC: rcr em 2 T sem sopros, AP: MVP em AHT sem RA, pulsos fortes propulsivos e presentes, boa perfusao de membros, abdome m flacido sem alteracoes, (exames cardiacos, graficos e laboratoriais de acordo em anexo) Planejamento anestésico: Bloqueio de plexo axilar com auxilio de ultrassom e agulha de estímulo	[1]
OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES		
Plano De Cuidado Alinhado Aos Riscos	Não	[1]
Plano De Cuidado Alinhado Aos Riscos	Não	[1]
ALTA HOSPITALAR		
Total De Dias	3 Dias	[1]
Saída Certa		
Saída Certa		
Saída Certa		
Saída Certa		
Motivo		[1]
Motivo		[1]
Motivo		[1]
Motivo		[1]

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

Paciente: RAFAEL DA SILVA ALCANTARA Dt. Nasc.: 18/03/1993 Atendimento: 50263664 Prontuário: 14419091
Convênio: HARVIDA APAJAJU Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: LR-004/1
Profissional(is): FRANCISMA DE VASCONCELOS MEDICO CRM 39111 Nº: 22133029 23/04/2018 às 21:59

DIAGNÓSTICO		
Diagnóstico Clínico	S523	[1]
Diagnóstico Cirúrgico	S523	[1]
DADOS DA CIRURGIA		
Data Da Cirurgia	23/04/2018	[1]
Hora Da Cirurgia	21:59	[1]
Cirurgia	FRATURA DE RADIO	[1]
Cirurgião	francis vasconcelos	[1]
1º Auxiliar	washington batista	[1]
Descrição Cirúrgica	PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA PREPARO DE ROTINA ASSEPSIA E ANTISSEPSIA COLOCAÇÃO CAMPOS ESTÉREIS ACESSO DE THOMPSON SOBRE CICATRIZ ANTERIOR DISSECAÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA REDUÇÃO COM PINÇA FIXAÇÃO DO RADIO COM PLACA DCP 3,5 + 08 PARAFUSOS 3,5MM RX DE CONTROLE COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS IRRIGAÇÃO COM SF + REVISÃO DA HEMOSTASIA SUTURA POR PLANOS CURATIVO ESTERIL TALA GESSADA	[1]

Dr. Francis Lima de Vasconcelos
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - SE 39111

ATENDIMENTO 502636 64

MATERIAL CONSIGNADO

NOME: Harold L. Wilson

DATA: 231041707

CIRURGIA:

MÉDICO: Dr. Francisco

INSTRUMENTADOR: Anthony

REGIÃO: MS 12

FORNECEDOR: 0000000000

[illegible]

Ass. Médico:

Dr. Francis Lima de Vasconcelos
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - SE 3944

¹Ass. do Enfermeiro(a):

Ass. do Circulante:

AE: 2012
LOREN/SE
91308

RAFAEL DA SILVA ALCÂNTARA

RELATÓRIO MÉDICO

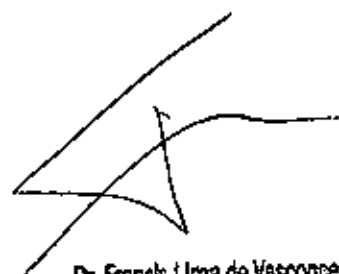
Paciente, com história de colisão moto x carro, hoje às 6:00, apresentou fratura periprotetica fechada de rádio D com indicação cirúrgica de urgência.

CID: S52.3

OPME necessário:

- 01 placa DCP 3,5mm
- 08 parafusos corticais 3,5mm
- 01 fio de Kirschner

ARACAJU, 23/04/2018



Dr. Francis Lima de Vasconcelos
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - 388 2811

RAFAEL DA SILVA ALCANTARA

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente apresentou refratura de rádio direito devido a queda de moto em 29/06/2018. Foi realizado procedimento cirúrgico em 02/07/2018. No momento do presente exame encontra-se com a fratura consolidada e apto a retornar às suas atividades laborativas com restrição de não realizar grandes esforços com o membro superior direito.

CID: S52.3

ARACAJU, 26/09/2018

Dr. Francisco Lima de Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 3811

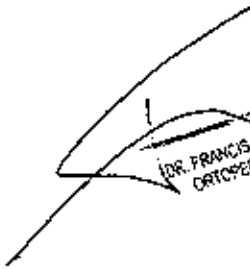
RAFAEL DA SILVA ALCÂNTARA

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente, com fratura de rádio e ulna direito operado em abril de 2018, No momento do presente exame, encontra-se com a fratura consolidada e apto a retornar as suas atividades. Encontra-se de ALTA ORTOPÉDICA

CID: S52.4

Aracaju, 09/01/19



DR. FRANCISCO DE VASCONCELOS
ORTOPÉDIA: TRATAMENTO
CRM - SE 3911

RAFAEL DA SILVA ALCANTARA

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente apresentou refratura de rádio direito devido a queda de moto em 29/06/2018. Foi realizado procedimento cirúrgico em 02/07/2018. No momento do presente exame encontra-se com a fratura consolidada e apto a retornar às suas atividades laborativas com restrição de não realizar grandes esforços com o membro superior-direito.

CID: S52.3

ARACAJU, 26/09/2018

Dr. Rafael da Silva Alcantara
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3813

RAFAEL DA SILVA ALCANTARA

RETORNO – HOSPITAL GABRIEL SOARES
DR. FRANCIS VASCONCELOS

RAFI DE FRATURA DE RADIO EM 23/04/18

RETORNO EM 30/04/18 ÀS 08:00h.

Dr. Francis Lima de Vasconcelos
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - SE 3911

RAFAEL DA SILVA ALCANTARA

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o paciente
acima encontra-se impossibilitado de exercer suas
atividades laborativas por 60 (sessenta) dias.

CID: S52.3

Aracaju, 23/04/18

Dr. Francis Lima de Vasconcelos
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - SE 3911

