



**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: 202040601033
Número Único: 0038504-07.2020.8.25.0001
Classe: Procedimento Comum
Situação: Andamento
Processo Origem: *****

Distribuição: 30/09/2020
Competência: Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito
Fase: POSTULACAO
Processo Principal: *****

Assuntos

- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

Dados das Partes

Requerente: JOSE ERICO SANTOS SILVA

Endereço: RUA F
Complemento: CASA DOS FUNDOS
Bairro: SAO CONRADO
Cidade: ARACAJU - Estado: SE - CEP: 49042000

Requerente: Advogado(a): MARCOS PAULO KRUSCHEWSKY LEAHY 6428/SE

Requerido: SEGURADORA LIDER
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 Apenasdos:

--

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:

202040601033

DATA:

04/11/2020

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20201103190405290 às 19:04 em 03/11/2020.

LOCALIZAÇÃO:

Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania de Aracaju

PUBLICAÇÃO:

Não

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: 29/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ERICIO SANTOS SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02175

CONTA: 000000046085-0

Nr. da Autenticação 6E33C2553D21ADE6

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190280481 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ERICIO SANTOS SILVA **Data do acidente:** 18/04/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO. FERIMENTO NA FACE ANTERIOR DA Perna ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO VÍTIMA COM FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA, ATROFIA DA MUSCULATURA DO ANTEBRAÇO E MÃO POR DESUSO, GRANDE DEFORMIDADE NO PUNHO COM DESVIO DA MÃO NO SENTIDO LATERAL, DEVIDO A CONSOLIDAÇÃO VICIOSA. BLOQUEIO TOTAL (RIGIDEZ) NA ARTICULAÇÃO DO PUNHO COM RESTRIÇÃO TOTAL DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, SUPINAÇÃO E PRONADAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO ESQUERDO COM AMPLITUDE DE MOVIMENTO ARTICULAR DO PUNHO: EXTENSÃO 00° / FLEXÃO 05° MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM FUNÇÃO E ANATOMIA PRESERVADA, PRESENÇA DE QUELOIDE NA FACE ANTERIOR DA Perna (NORMAL).

Resultados terapêuticos: TRATADO COM REDUÇÃO INCRUENTA E IMOBILIZAÇÃO GESSADA NA FRATURA DE RÁDIO, FOI INDICADO O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PORÉM DURANTE A AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIO O MÉDICO ASSISTENTE, OPTOU POR MANTER A CONDUTA, LIMPEZA E SUTURA DO FERIMENTO NA Perna ESQUERDA, FACE ANTERIOR.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 15/05/2019

Conduta mantida:

Observações:

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau completo - 100 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

**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: **3190280481**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE ERICIO SANTOS SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA 38, 0871 - PARAISO DO SUL - Aracaju - SE - CEP 49043-346

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /SE**] **4.076.468-0**

Data e local do acidente: [**18/04/2018**] **ARACAJU/SERGIPE**

Data e local do exame: [**15/05/2019**] **Aracaju** [**SE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO. FERIMENTO NA FACE ANTERIOR DA Perna ESQUERDA.

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

AO EXAME FÍSICO VÍTIMA COM FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA, ATROFIA DA MUSCULATURA DO ANTEBRAÇO E MÃO POR DESUSO, GRANDE DEFORMIDADE NO PUNHO COM DESVIO DA MÃO NO SENTIDO LATERAL, DEVIDO A CONSOLIDAÇÃO VICIOSA. BLOQUEIO TOTAL (RIGIDEZ) NA ARTICULAÇÃO DO PUNHO COM RESTRIÇÃO TOTAL DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, SUPINAÇÃO E PRONADAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO ESQUERDO COM AMPLITUDE DE MOVIMENTO ARTICULAR DO PUNHO: EXTENSÃO 00° / FLEXÃO 05° MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM FUNÇÃO E ANATOMIA PRESERVADA, PRESENÇA DE QUELOIDE NA FACE ANTERIOR DA Perna (NORMAL).

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.

TRATADO COM REDUÇÃO INCRUENTA E IMOBILIZAÇÃO GESSADA NA FRATURA DE RÁDIO, FOI INDICADO O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PORÉM DURANTE A AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIO O MÉDICO ASSISTENTE, OPTOU POR MANTER A CONDUTA, LIMPEZA E SUTURA DO FERIMENTO NA Perna ESQUERDA, FACE ANTERIOR.

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 do punho esquerdo

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):

Punho esquerdo

% 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

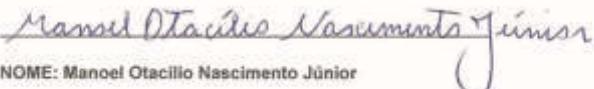
Região Corporal (Sequela):

% 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.



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, 05 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190280481 **Vítima: JOSE ERICIO SANTOS SILVA**
Data do Acidente: 18/04/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE ERICIO SANTOS SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: JOSE ERICIO SANTOS SILVA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000002175

Conta: 0000046085-0

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





DELEGACIA PLANTONISTA SUL

(DELEGACIA DE REGISTRO)

FONE:()

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2018/06505.0-001207

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: 04ª DELEGACIA METROPOLITANA

Endereço: AV. HERÁCLITO ROLEMBERG, FAROLANDIA - CONJUNTO AUGUSTO FRANCO FONE:() (79)3243-8900

FATO

Data e Hora do Fato: 18/04/2018 - 18:30 até 18/04/2018 - 18:30

Endereço: AV. HERACLITO ROLLEMBERGUE Número: S/N Complemento: Em frente a farmácia cirúrgica CEP: 49000-000

Bairro: SAO CONRADO Cidade: ARACAJU - SE Circunscrição: DELEGACIA PLANTONISTA SUL

Tipo de local: VIA PUBLICA Meio Empregado: OUTRO

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: JOSÉ ERICIO SANTOS SILVA

Nome do pai: JOSÉ JOÃO DA SILVA Nome da mãe: MARIA DE LOURDES BORGES DOS SANTOS

Pessoa: Física CPF/CGC: 000.000.000-00 RG: 16081374 UF: SE Órgão expedidor:

Naturalidade: Data de nascimento: 25/04/1980 Sexo: Masculino Cor da cutis:

Profissão: PEDREIRO Estado civil: Separado Grau de instrução:

Endereço: Rua K Número: 127 Complemento: CASA

CEP: 49.000-000 Bairro: SÃO CONRADO Cidade: ARACAJU UF: SE

Proximidades: Telefone: (79) 9 9847-7702

VÍTIMA

Nome: JOSÉ ERICIO SANTOS SILVA

Nome do pai: JOSÉ JOÃO DA SILVA Nome da mãe: MARIA DE LOURDES BORGES DOS SANTOS

Pessoa: Física CPF/CGC: 000.000.000-00 RG: 16081374 UF: SE Órgão expedidor:

Naturalidade: Data de nascimento: 25/04/1980 Sexo: Masculino Cor da cutis: Não informado

Profissão: PEDREIRO Estado civil: Separado Grau de instrução: Não informado

Endereço: Rua K Número: 127 Complemento: CASA

CEP: 49.000-000 Bairro: SÃO CONRADO Cidade: ARACAJU UF: SE

Proximidades: Telefone: (79) 9 9847-7702

MBM Seguradora S/A

16 ABR 2019

DPVAT

PERÍCIAS E ATENDIMENTO HOSPITALAR

Perícia: IML Guia de Exame

Descrição: lesão corporal - enviar laudo para a 4ª DM. - JOSÉ ERICIO SANTOS SILVA

HISTÓRICO

Relata o noticiante que no dia, hora e local informados acima, quando estava conduzindo sua motocicleta(placa: HZP0493, Yamaha/YBR 125E, Chassi: 9C6KE010020054199, Renavan: 00777439263, cor prata) inesperadamente apareceu um cachorro e para não atingir o animal, desviou e caiu machucando seu braço direito e perna esquerda.

OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro: Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção de um a seis meses, ou multa.

JOSE ERICIO SANTOS SILVA
JOSE ERICIO SANTOS SILVA
Responsável pela comunicação


Renata Cândido Pessoal
Responsável pelo preenchimento

Westernia Epidemiology

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1710101
CNS:

DATA: 18/04/2018 HORA: 18:19 USUARIO
SETOR: 06-SUTURA

Faturad C
PS - Adultec
FATURA
FATURA
FATURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME.....: JOSE ERICIO SANTOS SILVA	DOC...: 1680137	
IDADE.....: 38 ANOS	NASC: 25/04/1980	SEXO..: MASCULINO
ENDERECO....: RUA K		NUMERO: 127
COMPLEMENTO...: 706106037644260	BAIRRO: SAO CONRADO	
MUNICIPIO....: ARACAJU	UF: SE	CEP...: 49000-000
NOME PAI/MAE..: JOSE JOAO DA SILVA	/MARIA DE LOURDES BORGES SANTO	
RESPONSAVEL...: IRMAO/ERILIO		TEL...: 79/9988443
PROCEDENCIA...: ARACAJU - CAPITAL		66
ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)		
CASO POLICIAL.: NAO	PLANO DE SAUDE....: NAO	TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: NAO	VEIO DE AMBULANCIA: NAO	

PA: [X mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []
EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA []

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

DADOS CLÍNICOS: paciente vítima de quebra de neck fracture. DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / / /
consciente, eupico, orientado. Pupilas iguais. TBC: 100. S. E. - dor + edema periorbita. FC: 84pm. RR: / /
Nasal. Alegria e deprimido. ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

Polifacundismo

CID: 707

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

PRESCRICAO		HORARIO DA MEDICACAO
1 RL-2000ml 8w42gr; 2 SHT 5000ml 01g 1am; 3 Kiflin 15ml 2mls; 4 Dipirona 2g+8ml ss 2 lemb; 5 Profenil 100mg +100ml 3f0,9,fr lemb		19:30h
		Marcos Krooge CRUISE 1993 GFT-HUSE
DATA DA SAIDA: / / /		HORA DA SAIDA: [] MBM Seguradora S/A
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):		[] EVASAO [] DESISTENCIA
TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):		16 ABR 2019
DIBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS		[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL DPVAT
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPOSTA		

~~Marcos Krooge~~
CRUISE 1983
GET

DATA DA SAIDA: / / / 1983
ALTA: DECISAO MEDICA A PEDIDO EVASAO MBM Seguradora S/A
 ENCAMINHADO AO AMBULATORIO DESISTENCIA
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAÚDE):

DEBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

16 ABR 2019

ASSINATURA DO PACIENTE / 00000000000000000000000000000000

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

REALIZADO EM 18/04/18
AS 20:25 HORAS

20 March 2008, CL
orthopedic
Fracture of the left
radius and
transverse carpal
ligament of the left
arm of the antropos

Silene austera L.

Med. P/line —

Example

Solint ² nadesprofin

- 1) cranius sp e perfil.
 - 2) columna cervical perfil.
 - 3) torso sp
 - 4) antebrazo ♂ 2p
 - 5) Scsie em faunamico
 - 6) fémur E 2p
 - 7) pé ♂ 2p

~~Marco Krooge~~
CRMISE 1993
CFT - HUSF

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: José Enrico Santos Silva
 DATA DA ENTRADA: 18/04/18
 DATA DA SAÍDA: 18/04/18 H = 18:15h (38a)

INTERNAMENTO: PS (X) ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente vítima de queda de moto há ± 1 hora

Consciente, esforço orofacial e com pulso cheio

A, B e C = Ø Erro de Glasgow = 15', E = dor + náuseas pontuais (d)

Fc = 84 bpm NEGA = alergias

Diagnóstico = Politraumatismo

Conduta = Ringer + SBT + Kefan + Dipirona + Profund

Analise da Ortopedia → Fratura distal do rádio (d)

Imobilização + Tala genada

Alfa da Ortopedia

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

Radio gráficos - crânio pe (E)

coluna cervical

Torax

auto traço (B)

Bucal panorâmica

peito (E)

MÉDICOS ASSISTENTES:

Marcos Krooge - 1993

Leuz C. Lopes - ortopedista

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

MBM Seguradora S/A

ARACAJU, 15 de maio de 2018

Dr. Hélio Sampaio F. de C. Junior
 CNS: 110-5000-2030.0005
 CRM: 225103 CBO: 1745

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

10 ABR 2019

DPVAT



RELATÓRIO ESPECIALIZADO

Avaliação de perda funcional e Invalidade permanente, pós tratamento das vítimas de acidente do trânsito.

Número do sinistro

Nome do paciente: JOSE ERICIO SANTOS JUNIOR

25/04/1980

Data de nascimento: / /

Data do inicio do tratamento / Acidente 18/04/2018

1 - Diagnóstico / Causas básicas:

Incapacidade permanente devido a lesão no cérebro, resultado de um acidente de trânsito, que ocorreu no dia 25/04/2018, levando ao encarceramento do cérebro, que resultou na paralisia permanente do lado direito, com sequelas de paralisia permanente, que permaneceu no paciente.

2 - Data / Tratamento Realizado:

18/04/2018
Início do tratamento de reposição muscular, sob efeito anestésico local, com aplicação de gelo e gelo seco, para alívio da dor, por enema para o alívio da dor.

3 - Data / Exames Complementares / Resultados:

18/04/2018

RX do anel do membro inferior direito

MBM Seguradora S/A

16 ABR 2019

Renato Teixeira CRM 1460
Ortopedista - Traumatologista

DPVAT

07032018

Data

Assinatura e Carimbo

4 - Hospitais / Serviços / Prestou atendimento:

18.04.2018.
P. APENAS MUITO NO HOSP.

5 - Descrição das perdas funcionais / Invalidez permanente / Pós-tratamento realizados:

- Previu-se reformista em parte direito do braço direito e parte do braço esquerdo
- Previu-se para parte da mão permanecer de resto intacta.
- Previu-se para parte do braço esquerdo a permanecer a reformista do resto.
- Previu-se para parte do braço direito a mão se manter a permanecer a reformista do resto.
- Previu-se para parte do braço direito a mão se manter a permanecer a reformista do resto.
- Previu-se para parte do braço direito a função motora em 50%
- Previu-se para parte do braço direito a função motora em 50%.

6 - Alta definitiva do tratamento:

12/03/2018. Alta do MSA.

7 - Data do Exame do Paciente

07/03/2015.

8 - Segue Exame Anexo

MBM Seguradora S/A
16 ABR 2019
DPVAT

9 - Médico responsável pela avaliação após análise da documentação do primeiro atendimento médico / Internação hospitalar / Histórico do paciente / Exame Fisico / Exames Complementares:

Nome do Médico	Renato Teixeira	Nº do CRM	1450	Fone:	(079) 3211-5368
Endereço	Rua Itaporanga, Bairro Getulio Vargas	Número	598	Cidade	Aracaju

Atenção: As sequelas das lesões sofridas só poderam ser determinadas após decorridos 60, 90, 180... 1 ano ou mais tempo da alta definitiva

Renato Teixeira CRM 1450
Ortopedista Traumatologista

07032015

Data

Assinatura e Carimbo

2

Consultório de Ortopedia e Traumatologia Dr. Renato Teixeira.

Rua Itaporanga, 598 - CEP: 49055-330, Aracaju - SE, Telefones: (079) 3211-5368 / 9817-5139 / 8848-2270

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1724557

CNS:

DATA: 16/05/2018 HORA: 09:34 USUARIO: TCSSANTOS
SETOR: 05-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE
 NOME: JOSE ERICIO SANTOS SILVA
 IDADE: 38 ANOS NASC: 25/04/1980
 ENDERECO: RUA BEIRA RIO
 COMPLEMENTO: 26248687650009 BAIRRO: SAO CONRADO
 MUNICIPIO: ARACAJU
 NOME PAI/MAE: JOSE JOAO DA SILVA
 RESPONSAVEL: PROPRIO
 PROCEDENCIA: ARACAJU - CAPITAL
 ATENDIMENTO: EXAME
 CASO POLICIAL: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO
 PLANO DE SAUDE: NAO
 VEIO DE AMBULANCIA: NAO
 TRAUMA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / /
 ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
 INTERNACAO NO PRIMO HOSPITAL (SETOR):

HORA DA SAIDA: :
 [] EVASAO [] DESISTENCIA
 16 ABR 2019

MBM Seguradora S/A

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
 OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT/DPX/ATOL.

Jose Ericio Santos Silva
 ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1778608 DATA: 04/09/2018 HORA: 11:00 USUARIO: ACFERREIRA.
CNS: SETOR: 05-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE ERICIO SANTOS SILVA DOC...: 1680137
 IDADE.....: 38 ANOS NASC: 25/04/1980 SEXO..: MASCULINO
 ENDERECO....: RUA BEIRA RIO NUMERO: 228
 COMPLEMENTO...: 126248687650009 BAIRRO: SAO CONRADO
 MUNICIPIO....: ARACAJU UF: SE CEP...: 49000-000
 NOME PAI/MAE...: JOSE JOAO DA SILVA /MARIA DE LOURDES BORGES SANTO
 RESPONSAVEL...: O PROPRIO TEL...: 79 9648667
 PROCEDENCIA...: SANTA BRIGIDA 373
 ATENDIMENTO...: EXAME
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ____ / ____ / ____

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

GTR

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

MBM Seguradora S/A

DATA DA SAÍDA: / /

HORA DA SAÍDA: : :

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

16 ABR 2019

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): 16 ABR 2019

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] DP/AT [] ANAT/ PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

EXAME DE RADILOGIA - HU/SE
REALIZADO EM 09/09/18
AS 11:17 HORAS

FICHA DE ATENDIMENTO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO – SISTEMA DE MANCHESTER

NOME DO PACIENTE (Sem abreviações): _____ REGISTRO: _____

IDADE: _____ ETNIA: _____ DATA: ____ / ____ / ____
HORA: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ NOME DA MÃE: _____

SITUAÇÃO / QUEIXA: _____ CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: _____

FLUXOGRAMA: _____

DISCRIMINADOR: _____

ALERGIAS (MEDICAMENTOS E ALIMENTOS): _____

VERMELHO	LARANJA	AMARELO	VERDE	AZUL
	MUITO URGENTE	URGENTE	POUCO URGENTE	NÃO URGENTE
0 MIN	10 MIN	60 MIN	120 MIN	240 MIN

OBSERVAÇÃO: _____

DESTINO / ENCAMINHAMENTO: _____

ENF.: _____ COREN: _____ ASSINATURA: _____

COORDENADOR: _____ DATA: ____ / ____ HORA: ____ : ____ h

RECLASSIFICAÇÃO PARA A PRIORIDADE: _____ ENF.: _____ COREN: _____

DISCRIMINADOR _____ às ____ h ____ min.

CONFIRMADA IDENTIFICAÇÃO COM O PACIENTE / FAE / PULSEIRA? (S/N)

COLOCADA PULSEIRA? (S/N)

EM QUAL MEMBRO? (PULSO E / PULSO D / TORNOZELO E / TORNOZELO D)

RELATÓRIO

Declaro que João Henrique Santos Oliveira
CPF 031.143.994-28 data de nascimento 25/04/1980,
com diagnóstico médico de
Fratura de rádio distal.

Realizou 10 sessões de fisioterapia na Clinica Fenix no período de
11/06/18 até 23/07/18.

Aracaju, Se 23 de julho 2018.



Dr. Henrique Rezende
Fisioterapeuta
Crefito - 248485-F



RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Jose Enicio Santos Silva
 DATA DA ENTRADA: 18/04/18
 DATA DA SAÍDA: 18/04/18 H = 18:15h (384)

INTERNAMENTO: PS (x) ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente vítima de queda de moto há ± 1 hora
 Consciente, suoroso orientado e com pulso cheio
 $A, B \in C = \emptyset$ Escala de Glasgow = 15, E = dor + inchaço ponte (d)
 FC = 84 bpm NEGA = alergias
 Diagnóstico = Politraumatismo
 Conduta = Ringer + SBT + Refan + Diprofona + Profound
 Atualizaç. da Ortopedia → Fratura distal do rádio (d)
 Immobilização + Tala genarada
 Alta da Ortopedia

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

Radiografias - crânio
 coluna cervical
 Tórax
 abdômen (S)
 Banda panorâmica
 peito (E)

MÉDICOS ASSISTENTES:

Marcos Kroge - 1993
 Luiz C. Lopes - Ortopedista

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

ARACAJU, 15 de maio de 2018

Dr. Hélio Sampaio F. de C. Júnior
 CNS: 176.5098-2030.0005
 CRM: 225103 CRM: 1745

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

MBM Seguradora S/A
 16 ABR 2019
 DPVAT



79-99886-8742.

MBM Seguradora S/A

		SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓTICOS DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT																																													
<p>SE N° 014004265360 BILHETE DE SEGURO DPVAT</p> <p>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA WWW.SEGURADORAOLIDER.COM.BR SAC DPVAT 0800 022 1204</p>																																															
<p>DETAN - SE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO</p> <table border="1"> <tr> <td>PLACA/ANO:</td> <td>014004265360</td> <td>EXPIRAÇÃO:</td> <td>00/00/00000000</td> </tr> <tr> <td>DATA/RENAM:</td> <td>01/07/2018</td> <td>PLACA:</td> <td>H2P0493</td> </tr> <tr> <td>VEÍCULO:</td> <td>YAMAHA/YBR 125E</td> <td>ANO/Modelo:</td> <td>2002/2002</td> </tr> <tr> <td>CATEGORIA:</td> <td>PARTIC</td> <td>VEÍCULO:</td> <td>GASOLINA</td> </tr> <tr> <td>COND. UNICO:</td> <td>P</td> <td>VEÍCULO UNICO:</td> <td>2*</td> </tr> <tr> <td>FAVOR:</td> <td>V</td> <td>PARCELA:</td> <td>2*</td> </tr> <tr> <td>AVANTAGEM:</td> <td>A</td> <td>PARCELA:</td> <td>3*</td> </tr> </table>		PLACA/ANO:	014004265360	EXPIRAÇÃO:	00/00/00000000	DATA/RENAM:	01/07/2018	PLACA:	H2P0493	VEÍCULO:	YAMAHA/YBR 125E	ANO/Modelo:	2002/2002	CATEGORIA:	PARTIC	VEÍCULO:	GASOLINA	COND. UNICO:	P	VEÍCULO UNICO:	2*	FAVOR:	V	PARCELA:	2*	AVANTAGEM:	A	PARCELA:	3*	<p>PERÍODO:</p> <table border="1"> <tr> <td>DATA EMISSÃO:</td> <td>02/05/2018</td> </tr> <tr> <td>DATA VENCIMENTO:</td> <td>03/11/2018</td> </tr> </table> <p>REMESSA:</p> <table border="1"> <tr> <td>DATA EMISSÃO:</td> <td>02/05/2018</td> </tr> <tr> <td>DATA VENCIMENTO:</td> <td>03/11/2018</td> </tr> </table> <p>VEÍCULO:</p> <table border="1"> <tr> <td>DATA EMISSÃO:</td> <td>02/05/2018</td> </tr> <tr> <td>DATA VENCIMENTO:</td> <td>03/11/2018</td> </tr> </table> <p>PRÉMIO TARIFFÁRIO:</p> <table border="1"> <tr> <td>DATA EMISSÃO:</td> <td>02/05/2018</td> </tr> <tr> <td>DATA VENCIMENTO:</td> <td>03/11/2018</td> </tr> </table> <p>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</p> <p>ONU 06.240.408/001-04</p>		DATA EMISSÃO:	02/05/2018	DATA VENCIMENTO:	03/11/2018	DATA EMISSÃO:	02/05/2018	DATA VENCIMENTO:	03/11/2018	DATA EMISSÃO:	02/05/2018	DATA VENCIMENTO:	03/11/2018	DATA EMISSÃO:	02/05/2018	DATA VENCIMENTO:	03/11/2018
PLACA/ANO:	014004265360	EXPIRAÇÃO:	00/00/00000000																																												
DATA/RENAM:	01/07/2018	PLACA:	H2P0493																																												
VEÍCULO:	YAMAHA/YBR 125E	ANO/Modelo:	2002/2002																																												
CATEGORIA:	PARTIC	VEÍCULO:	GASOLINA																																												
COND. UNICO:	P	VEÍCULO UNICO:	2*																																												
FAVOR:	V	PARCELA:	2*																																												
AVANTAGEM:	A	PARCELA:	3*																																												
DATA EMISSÃO:	02/05/2018																																														
DATA VENCIMENTO:	03/11/2018																																														
DATA EMISSÃO:	02/05/2018																																														
DATA VENCIMENTO:	03/11/2018																																														
DATA EMISSÃO:	02/05/2018																																														
DATA VENCIMENTO:	03/11/2018																																														
DATA EMISSÃO:	02/05/2018																																														
DATA VENCIMENTO:	03/11/2018																																														

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - SE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA/ANO:	014004265360	EXPIRAÇÃO:	00/00/00000000
DATA/RENAM:	01/07/2018	PLACA:	H2P0493
VEÍCULO:	YAMAHA/YBR 125E	ANO/Modelo:	2002/2002
CATEGORIA:	PARTIC	VEÍCULO:	GASOLINA
COND. UNICO:	P	VEÍCULO UNICO:	2*
FAVOR:	V	PARCELA:	2*
AVANTAGEM:	A	PARCELA:	3*

PERÍODO:

DATA EMISSÃO:	02/05/2018
DATA VENCIMENTO:	03/11/2018

REMESSA:

DATA EMISSÃO:	02/05/2018
DATA VENCIMENTO:	03/11/2018

VEÍCULO:

DATA EMISSÃO:	02/05/2018
DATA VENCIMENTO:	03/11/2018

PRÉMIO TARIFFÁRIO:

DATA EMISSÃO:	02/05/2018
DATA VENCIMENTO:	03/11/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

ONU 06.240.408/001-04

MBM Seguradora S/A

16 ABR 2019

DPVAT



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:

2018/06505.0-001207

Natureza:

Encaminhar laudo para:

DELEGACIA PLANTONISTA SUL

Tipo de laudo

lesão corporal - enviar laudo para a 4º DM.

Responsável pela solicitação:

Renata Cândido Pessoa - DELEGACIA PLANTONISTA SUL

Data do fato:

18/04/2018 - 18:30 até 18/04/2018 - 18:30

Local do fato:

AV. HERACLITO ROLLEMBERGUE, S/N, Em frente a farmácia cirúrgica,
SAO CONRADO, ARACAJU - SE

Descrição do fato:

Relata o noticiante que no dia, hora e local informados acima, quando estava conduzindo sua motocicleta(placa: HZP0493, Yamaha/YBR 125E, Chassi: 9C6KE010020054199, Renavan: 00777439263, cor prata) inesperadamente apareceu um cachorro e para não atingir o animal, desviou e caiu machucando seu braço direito e perna esquerda.

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Nome completo:

JOSÉ ERICIO SANTOS SILVA

Filiação:

JOSÉ JOÃO DA SILVA / MARIA DE LOURDES BORGES DOS SANTOS

Registro Geral:

16081374

Estado Civil:

Separado

Data de Nascimento:

25/04/1980

Naturalidade:

Profissão:

PEDREIRO

Sexo:

Masculino

Descrição física:

Endereço completo:

Rua K, 127, CASA, SÃO CONRADO, ARACAJU

Registro de porta:

Ao
escrevente: _____

Livro: _____ fls. _____

Em: _____ / _____ / _____ Nº: _____

Entrou às: _____ horas de _____

Dia: _____ / _____ / _____

Arquive-se _____

Em: _____ / _____ / _____

MBM Seguradora S/A

15 ABR 2019

DPVAT

carimbo