

# 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: 04/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALDEMIR FRANCISCO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04469

CONTA: 000000008189-6

---

Nr. da Autenticação 8A83F5A6E282DC97

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190598867 **Cidade:** Carira **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VALDEMIR FRANCISCO DOS SANTOS **Data do acidente:** 30/04/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 28/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P.12 ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

**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 PUNHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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, Marcio Lins Dos Santos,  
RG nº 38 22 93 29, data de expedição    /   /   ,  
Órgão    , portador do CPF nº 33.5.679.698-46  
com domicílio na cidade de Caruaru, no Estado de  
Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Praca Jorita Maria De Aragão, nº 11,  
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
Valdemir Francisco Dos Santos, cujo o condutor era  
Valdemir Francisco Dos Santos.  
Veículo: PASIMOTO GIGLETA Modelo: HONDA CG 150 TITAN KS Ano: 2008  
Placa: IAE 703Z Chassi: 9C2KC08108R285115  
Data do Acidente: 30/04/2019



Local e Data: Caruaru

Marcio Lins Dos Santos

Assinatura do Declarante

INVESTPREV

07 AGO 2019

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



Selo TJSE:  
201929548008582  
Acesse:  
[www.tjse.jus.br/x/HHAZ2A](http://www.tjse.jus.br/x/HHAZ2A)

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO

Felipe Barreto Anunciação  
Tabelião Interino  
Márcio Douglas Santos Andrade  
Escrevente

Reconheço por AUTENTICIDADE  
a(s) firma(s) em nome de  
MARCIO LINS DOS SANTOS,  
assinalada(s) por esta →  
com o meu sinal público.

Caruaru(SE), 12 de junho de 2019.

"Em Teste:     da verdade"

O Tabelião Interino do 1º Ofício  
Comarca de Caruaru(SE)



HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Receituário

Roberto Medeiros

Declaro para os

Senhores fiscais que o  
Sr. Valdemir Francisco dos  
Santos portador do nº 552.5  
submetido a tentativa cirúrgica  
evoluindo satisfatoriamente  
com a realização da  
protese.

Luciano Passos de  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-SE 826

21-10-2019

Avenida 13 de junho, nº 776 - Centro - Itabiana-SE - Fone: (79) 3432-9200

No. DO BE: 654511 DATA: 30/04/2019 HORA: 20:46 USUARIO: MLSILVA  
CNS: SETOR: 04-ORTOPEDIA

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : VALDEMIR FRANCISCO DOS SANTOS DOC...: 1247334  
IDADE.....: 45 ANOS NASC: 24/04/1974 SEXO...: MASCULINO  
ENDereco.....: POV. SAO CARLOS NUMERO: 000  
COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: ZR  
MUNICIPIO.....: CARIRA UF: SE CEP...: 49550-000  
NOME PAI/MAE...: ALMIRO FRANCISCO DOS SANTOS /LEUDICE MARIA DE JESUS  
RESPONSAVEL...: ESPOSA(MARIA JOSE) TEL...: 799994241  
PROCEDENCIA...: CARIRA - SE 8  
ATENDIMENTO...: QUEDA  
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

Maria Yaze da Costa da Costa  
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL


ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

RECEITUÁRIO

✓ VALDEMAR F. DOS SANTOS

Do ORTOPEDISTA  
MRI

DUZA DE MOTO COM  
REPARAÇÕES EM PUNHO  
DIREITO. FORTA ANÁLISE  
E IMPLANTAÇÃO

  
Dr. Nelson Alves  
Médico  
CRM 5143

30.04.19

Especialidade: 01 - CIRURGICO  
Orgão Emissor: M280290001  
CRC:  
Doc autorizador: 708005893323025  
Doc med resp: 980016294313703  
Doc diretor clínico: 980016278353224  
Doc médico solic: 980016000138321  
CNS: 2477661 - HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO  
CNS: 70000915137550-2  
Paciente: VALDEMIR FRANCISCO DOS SANTOS  
Prontuário: 5201925921  
Data Nasc.: 24 / 04 / 1974  
Sexo: MASCULINO  
Nacionalidade: 010 - BRASIL  
Tipo Doc.: Identidade  
Doc: 1247334  
Responsável pac.: ALMIRO FRANCISCO DOS SANTOS  
Nome da Mãe: LEUDICE MARIA DE JESUS  
Endereço: SÍTIO SAO CARLOS 01 Bairro: Z RURAL  
Raça/Cor: 99-SEM INFORMACAO Etnia: 0000-NAO SE APLICA  
Município: 280140 - CARIRA  
UF: SE CEP: 49550-000  
Telefone: (79)9994-24126  
Muda Proc.?: NÃ  
Procedimento solicitado: 04.08.02.040-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO  
Procedimento principal: 04.08.02.040-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO  
Diag. principal: S525-FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO  
Diag. secundário:  
Complementar:  
Causa Óbito:  
Carater atendimento: 02 - URGENCIA  
Modalidade: HOSPITALAR  
Data internação: 13 / 05 / 2019  
Data saída: 14 / 05 / 2019  
Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO  
Liberação SISAIH01:  
AIH Anterior:  
AIH Posterior:  
[ Causas Externas (Acidente ou Violência) ]  
CNPJ do Empregador:  
Vínculo Previdência:  
CNAER: -  
CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS						
Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtd	Compt Descrição
1	0408020407	980016000138321	225270(1)	2477661	2477661	1 05/2019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
2	0408020407	980016280527412	225151(6)	2477661	2477661	1 05/2019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
3	0702030996			55121602000199	2477661	1 05/2019 PLACA EM TITANIO (INCLUI PARAFUSOS)
4	0204040019			2477661	2477661	2 05/2019 RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO

DADOS DE OPM						
Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Reg. ANVISA	CNPJ Fabricante
3	0000040855	55.121.602/0001-99	088719	001		

CID SECUNDÁRIO		
Cid	Característica	Descrição
W199	PREEXISTENTE	QUEDA SEM ESPECIFICACAO - LOCAL NAO ESPECIFICADO

Número de Nascidos		Número de Saídas		Nº Pré-Natal:	
Vivos:	Mortos:	Altas:	Transf.:	Óbitos:	

\*De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente\*

ASSINATURA E CARIMBO  
DIRETOR DO HOSPITAL



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HKI

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HKI

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Valdemir Francisco dos Santos

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700009151375502

8 - DATA DE NASCIMENTO

24/04/1974

9 - SEXO

Masc 1 Fem 3

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Elendice Maria de Jesus

12 - TELEFONE DE CONTATO

7999424128

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

Valdemir Francisco dos Santos

14 - TELEFONE DE CONTATO

7999424128

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

PV São Carlos

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Carira

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

5E4953000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dor, edema e dificuldade no  
ambulaçao Dmt

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

o quadro clínico

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame clínico e refer  
pela Dmt sobre 5525

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Exame clínico

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

2408020407

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Luis de

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Dr. Luis de

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOE

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

281910153528-3

( ) CNS ( ) CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

281910153528-3

Maria Alice Taveira



# PRONTUÁRIO DE CLÍNICA CIRÚRGICA, MÉDICA E PEDIÁTRICA.

Data. Internamento

Data. Saída

Nº. da Internação

13/05/2019

14/05/2019

25921

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Cartão SUS: 700100911513751502

NOME DO PACIENTE: Valdemir Francisco dos Santos

DATA DO NASC. 24/04/1974 SEXO: (X) Masc. ( ) Fem.

NOME DA MÃE: Leudica Maria de Jesus

NOME DO RESPONSÁVEL: Almino Francisco dos Santos

LOG: ( ) RUA(081) ( ) AV.(008) ( ) TVA(100) ( ) PRAÇA(065) ( ) CONJ.(020) (X) POV.(092) ( ) LOTE(056)

LOGRADOURO: São Carlos Nº

BAIRRO: Zona Rural CEP: 49.550-000 TEL: (41) 99942-4128

TIPO DOC: 01 - PIS/PASEP ( ) 02 - IDENT (X) 03 - REGISTRO ( ) 04 - CPF ( ) 05 - IGNORADO ( )

Nº. DOCUMENTO: 1247334

## IDENTIFICAÇÃO DE INTERNAÇÃO

PROCED. SOLIC. 0408020407

CID PRINC. S-52.5

ESPECIALIDADES: (X) 01 CIRURGIA ( ) 03 CLÍ. MÉDICA ( ) 07 PEDIATRIA.

CARATER DE INTERNAÇÃO: ( ) 01 ELET. (X) 02 URG.

MOTIVOS DE SAÍDA: ( ) 41 ÓBITO (X) 12 ALTA M. ( ) 14 ALTA PEDIDO ( ) 16 EVASÃO ( ) 31 TRANSF.

PROF. SOLICIT.: Luciano Passos ANEST.:

PROCED. REALIZADO	QUANT.	PROCEDIMENTO	CBO	CNES
CONS. AVAL. PCTE. INTERN.	01	0301010170		2477661
EXAME PRÉ TRANSF.		0212010034		2477661
TRANSF. UNID. DE SANGUE		0306020149	223505	2477661
ACOMPANHANTE (IDOSO)		0802010040		2477661
ACOMPANHANTE (CRIANÇA)		0802010024		2477661
EXAME PATOLÓGICO		0203020030		2477661
Radiografia (Antebraço)	02			2477661
Radiografia ( )				2477661
Radiografia ( )				2477661
Tomografia ( )				0002895
Tomografia ( )				0002895
ECG				3073533
USG ( )				

UNIDADE HOSPITALAR

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR

Chirurgia

LEITO

E2

PACIENTE

Valdemir Francisco

IDADE

45

SEXO

M

RG

DATA

HORA

EVOLUÇÃO

T

P

R

PA

Glicem

13

8h

paciente admitido neste setor procedente de sua residência em companhia de familiares para fazer o tratamento de fratura de fêmur no membro superior direito. Possui HAS e DM e o tratamento medicamentoso está em curso desde o início.

13/05/19

10h

paciente está de pé, dá entrada no C.C. procedente da clínica cirúrgica, com código de barras, acompanhado por familiar e funcionária do setor, consciente, orientado, em boas condições gerais, para submeter-se a TTE cirúrgica de fratura de fêmur de membro superior direito de Dr. Luciano. Monitorizada, realizada AVE em MSE com agulha nº 26. Às 10:20 o ato anestésico nos cuidados de Dr. Yuri tem início, sob bloqueio de plexo + infiltração EV, sem intercorrências.

13/05/19

10h

Início do ato cirúrgico, paciente monitorizada, sob efeito anestésico, com AVE em MSE com agulha nº 26, perfurada, em uso de O2 por cateter nasal 2l/min. Transoperatório sem intercorrências até o momento.

10:30

Finalização do ato cirúrgico, paciente estável, conduzida à SRPA nos cuidados da equipe. Redução de fratura realizada com 1 placa em T 3x3 + 4 parafusos corticais nº 20 + 1 parafuso cortical nº 24 da caixa 3.5 (03.19). Acélio 722673 com 1 SE.

11:10

Paciente encaminhado para enfermaria. Redução de fratura realizada com 1 placa em T 3x3 + 4 parafusos corticais nº 20 + 1 parafuso cortical nº 24 da caixa 3.5 (03.19). Acélio 722673 com 1 SE.

12h30

Paciente encaminhado para enfermaria.

16h

16h

Paciente encaminhado para enfermaria. Redução de fratura realizada com 1 placa em T 3x3 + 4 parafusos corticais nº 20 + 1 parafuso cortical nº 24 da caixa 3.5 (03.19). Acélio 722673 com 1 SE.

20h

Paciente encaminhado para enfermaria. Redução de fratura realizada com 1 placa em T 3x3 + 4 parafusos corticais nº 20 + 1 parafuso cortical nº 24 da caixa 3.5 (03.19). Acélio 722673 com 1 SE.

**HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO**

Nome do Paciente:

**Diagnóstico Pré-operatório:**

### Circuitry realized:

**Chirurgie:**

### Auxiliaries:

Anesthesiologists

### Anesthesia

**Diag. Pós-operatório:**

**DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO**

DESCRICÃO DO ATO CIRÚRGICO

Primeira sessão em 6.6.68  
Acesso anterior, cicatrizes antigas  
semelhantes àquelas  
- há fratura osso, redução e fixação  
com placa e "staples"  
Sutura  
Distensão

Date \_\_\_\_\_

Assinatura do cirurgião



# FICHA DE ANESTESIA

NOME: Valdemir Francisco dos Santos Nº PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_  
 CONVÊNIO: \_\_\_\_\_ DATA 13/05/19 SEXO M COR \_\_\_\_\_ IDADE 45a PÊSO \_\_\_\_\_  
 NATURAL \_\_\_\_\_ EST. CIVIL \_\_\_\_\_ SANGUE \_\_\_\_\_  
 SETOR MÉDICO \_\_\_\_\_ AMBULATÓRIO \_\_\_\_\_ APTº \_\_\_\_\_ E. FÍSICO(ASA) \_\_\_\_\_  
 DIAG PRE-OP Fratura de Ombro o 2  
 CIRURGIA PROPOSTA Tratamento cirúrgico de fratura de Ombro  
 DIAG POS-OP \_\_\_\_\_  
 CIRURDIA REALIZADA \_\_\_\_\_  
 PRÉ-ANESTÉSICO \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_ EFEITO \_\_\_\_\_  
 CIRURGIÃO Luciano Sando 1º AUXILIAR \_\_\_\_\_  
 2º AUXILIAR \_\_\_\_\_ INSTRUMENTADOR \_\_\_\_\_  
 AGENTE HORA \_\_\_\_\_

10:30

Q<sup>u</sup>  
 CARDIOSCOPIO  
 OXÍMETRO  
 CAPNÓGRAFO  
 LÍQUIDOS

180  
 160  
 140  
 120  
 100  
 80  
 60  
 40  
 20

INDUÇÃO

MANUTENÇÃO

RECUPERAÇÃO

ANOTAÇÕES

• Cg. de oxigenação +  
 suplementação de O<sub>2</sub>  
 • Hum. com 100%  
 • Ampicilina + Clavulato  
 de 1g/1g  
 • Bloqueio de Ombro braço  
 • 10ml de Lidocaína 2%  
 Lidocaína 2% 10ml +  
 Ampicilina 1g  
 • 10ml de Lidocaína 2%  
 Lidocaína 2% 10ml +  
 Ampicilina 1g  
 • 10ml de Lidocaína 2%  
 Lidocaína 2% 10ml +  
 Ampicilina 1g

DROGAS / MATERIAL	CONC.	QUANT	ANESTESIA	Eletrólitos	De Ombro	De Braço	De Mão
Propofol 1% 10ml	1%	01	Sem-Reinalação	Aberto	Semi-fechado	Círculo	Var e Ven
Lidocaína 2% 10ml	2%	01	Orotraqueal - Nasotraqueal - Sonda				Respiração: Espont. - Auxil - Contra - Mec - M
Amicilina 1g	1g	01	Entub.				S/C Lesão
Clavulato 1g	1g	01	Posição	Local Punção			Aparelho
Propofol 1% 10ml	1%	01	Pos. Após	Pos. Op			Duração de Op.
Lidocaína 2% 10ml	2%	01	Cond. Final	Resultado	B.R. M.	Reflexos	Acordado - Sono - Adormecido
Amicilina 1g	1g	01	Líquidos:		Sangue:		Anestesiologista

FICHA DO ATO CIRÚRGICO

Dr. Valdemir Francisco dos Santos  
 Anestesiologista  
 357106