

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo...: 25921
Numero do CNS.....: 0000000000000000
Nome.....: VALDEMIR FRANCISCO DOS SANTOS
Documento.....: 1247334 Tipo :
Data de Nascimento: 24/04/1974 Idade: 45 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: ALMIRO FRANCISCO DOS SANTOS
Nome da Mae.....: LEUDICE MARIA DE JESUS
Endereco.....: POV. SAO CARLOS 000 CASA
Bairro.....: ZR Cep.: 49550-000
Telefone.....: 79999424128
Município.....: 2801405 - - SE
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 659525
Clinica.....: 650 - ENF "G" ADULTO - CIRURG
Leito.....: 999.0241
Data da Internacao: 13/05/2019
Hora da Internacao: 06:42
Medico Solicitante: 154.751.905-34 - LUCIANO PASSOS DE SOUZA
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: CFSLIMA

INFORMACOES DE SAIDA

Proc.Realizado:
Dt.Hr Saida:
Especialidade:
Tipo de Saida:
CID Principal:
CID Secundario:
Principal:
Secundario:
Outro:

O ABAIXO ASSINADO DECLARA QUE,

SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HRI

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HRI

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Valdemir Francisco dos Santos

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7100009151375502

8 - DATA DE NASCIMENTO

24/04/1974

9 - SEXO

MASC ☒ 1 FEM ☐ 3

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

7999424128

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

11 - NOME DA MÃE

Eudice Maria de Jesus

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

Valdemir Francisco dos Santos

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. São Carlos

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Caura

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

SE

19 - CEP

4955000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dor, edema e deformidade no
artelho Dmt

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Dor intenso

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

Exame físico e radiológico

23 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Dor intenso no artelho Dmt 552.5

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

5495172539

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Paulo Roberto

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Lactário

Ortopedia

CRA 000

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAS DA EMPRESA

44 - CBOR

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

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PRONTUÁRIO DE CLÍNICA CIRÚRGICA, MÉDICA E PEDIÁTRICA.

Data. Internamento

Data. Saída

N°. da Internação

13/05/2019

14/05/2019

25921

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Cartão SUS: 7001009115113751502

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: Almirão 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: 46.550-000 TEL: (41) 99942-4128

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

N°. 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 Barros ANEST.:

PROCED. REALIZADO	QUANT.	PROCEDIMENTO	CBO	CNES
CONS. AVAL. PCTE. INTERN.		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 ()				

Nome: Valdemir Francisco da Silva Idade: 45 Enfermaria: E Leito: 2

DATA: 13/05/19 PRESCRIÇÃO MÉDICA E DIETA

	1º TURNO			2º TURNO			3º TURNO		
	07:00 AS 13:00	Ass.	13:00 AS 19:00	Ass.	19:00 AS 07:00	Ass.	07:00 AS 13:00	Ass.	19:00 AS 07:00
1.	Dado limpo de 2 a 6h								
2.									
3.	gelco de 2 a 6h								
4.									
5.	Gelatina 1g 4v 6/6h								
6.									
7.									
8.	Opuntia 200mg 4v 6/6h								
9.									
10.									
11.									
12.	Enalapril 5mg								
13.									
14.									
15.									
16.									
17.									
18.									
19.									
20.	ALTA HOSPITALAR								
21.									
22.	DIETA VO LIVRE								
23.									
24.									
25.									
26.									
27.									
28.									
29.									
30.									

Luciano Passos de Sousa
Oncologista / Traumatologista
CRM 866

Dr. Leonardo Passos
Oncologista / Traumatologista
CRM 4283 TEOT 14309

DATA HOSPITALAR: <i>Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho</i>	SETOR:	LEITO:
ENTE:	IDADE:	SEXO:
		REG:

DATA

HISTÓRICO

13/05

*Amarelo e rubro a 14/05/15
Questão distal rubra. D*

[Signature]
LUCIANO PASSOS L. JUNIOR
Otorrinolaringologista

14/05/15

O A T O P E O I A

12 D A.O.

FOLICULO T. NO OS DE C. AD T. UO

F.O. OK.

→ LO NOU to: ① O A T E N T A D E I

② A Z to H A T P I to u s b

[Signature]
Dr. Leonardo Passos
Otorrinolaringologista
CRM 258 TEOT 14309

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	Glicem
13/05/19	22:00	Clín. medicinal de Aguiar, doença neurológica mediana. Aux. Virginia. - x - x -					
	06:00	Clín. de física e terapêutica - 4 horas p. p. paciente, para o período da manhã, mantendo o mesmo quadro clínico. Aux. Ulone 722684					
	08:00	Paciente de alta hospitalar, entregue recarga e feita orientação. Plan 6046,05					

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	Glicemia
13/05/19	8h	Paciente admitido neste setor procedente de sua residência em companhia de familiares para tratamento de fratura de punho. Paciente com HAS + DM + alteração medular em nível de T12. Paciente com 724 108.					
13/05/19	10:00	Paciente ortopédico, dá entrada no C.C. procedente da clínica cirúrgica, em cadeira de rodas, acompanhado por familiar + funcionária da seta, consciente, orientado, em boas condições gerais, para submeter-se a TTE cirúrgica de fratura de fratura de punho (2) nos quadros de Dr. Luciano. Monitorizado, realizado AVE em MSE com agulha nº 20. De 10:20 a 10:30 anestésico nos quadros de Dr. Yuri tem início, bloqueio de plexo + infiltração EV, sem intercorrências.				123 84	97/
	10:30	Início da ato cirúrgica, paciente monitorizado, sob efeito anestésico, com AVE em MSE com boa oxigenação, em uso de O2 por cateter nasal 2l/min. Exame operatório sem intercorrências até o momento.	63				
	11:10	Fim da ato cirúrgica, paciente estável, conduzido à SRPA nos quadros da equipe. Redução de fratura realizada com 1 placa em T 3x3 + 1 parafuso cortical nº 20 + 1 parafuso cortical nº 24 da caixa 3,5 (03.19). Azeite 722673 com 1SE.	83			111 70	98/
	12h30	Paciente, encaminhado para enfermaria. Paciente com 722673 com 1SE.					
	16h	Paciente, Redução de fratura realizada com 1 placa em T 3x3 + 1 parafuso cortical nº 20 + 1 parafuso cortical nº 24 da caixa 3,5 (03.19). Azeite 722673 com 1SE.	85			110 76	97/
	20h	Paciente, encaminhado para enfermaria. Paciente com 722673 com 1SE.					



Fundação
Hospitalar
de Saúde

Ficha de At
Cirúrgico

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Nome do Paciente:

Valdimir Brito de S.

Diagnóstico Pré-operatório:

Prostata aumentada

Cirurgia realizada:

Prostectomia radical

Cirurgião:

Luiz Roberto

Auxiliares:

Anestesiologista:

Anestesia:

Diag. Pós-operatório:

sem

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Prostectomia radical com linfadenectomia ilíaca e pélvica. A prostatectomia foi realizada com o paciente em posição de litotomia. A linfadenectomia foi realizada com o paciente em posição de decúbito lateral. A cirurgia foi realizada com sucesso e sem complicações. O paciente foi encaminhado para o pós-operatório.

Data:

13.05.2019

Assinatura do cirurgião:

ESPECIALIDADES:**CLÍNICA MÉDICA**

Dr. Gilson Teixeira

ORTOPEDIA

Dr. Gilson Teixeira

UROLOGIA

Dr. André Yoichi Kuwano

ULTRASSONOGRAFIA

Dr. Hugo Aragão

CITOLOGIA

Dr. Gleuma de Sá e Aragão

ANGIOLOGIA**CARDIOLOGIA****CIRURGIA GERAL****DERMATOLOGIA****FISIOTERAPIA****GINECOLOGIA****INFECTOLOGIA****NEFROLOGIA****NUTRIÇÃO****PEDIATRIA****PSICOPEDAGOGIA****PSICOLOGIA****EXAMES:**

COLPOSCOPIA

COLPOCITOLOGIA

ELETROCARDIOGRAMA

EXAME DE DNA

LABORATORIAIS

RAIO X

TOXICOLÓGICOS

ULTRASSONOGRAFIA:

GERAL E

ESPECIALIZADA

PROCEDIMENTO:

PUNÇÃO DE MAMA

COM PATOLOGIA

LITOTRIPSIA

INFILTRAÇÃO ARTICULAR



CENTRO MÉDICO DE ITABAIANA

PEDRA NO RIM

RECURSO MÉDICO

RECURSO P/ o Sr. VALDEMIR FERNANDES
O PCT VALDEMIR FERNANDES

em 12-04-2019. Foi vítima de

ACIDENTE DE TRÂNSITO NO
DIA 30-04-2019. TENDO
OCORRIDO DANOS EM SEUS
ÓRGÃOS, HOJE ENCONTRA-SE COM
DOR, COM SINTOMAS DE
EM MÃO D, E HOJE ENCONTRA-SE
DE ALTA MÉDICA

Dr. Gilson Teixeira

Médico

Sindicato Rural de Carira-SE

CRM-SE 4003

S: 52.5



79 3431-3077



79 9 9992-9933

AV. IVO DE CARVALHO 395, CENTRO - ITABAIANA/SE
(PRÓXIMO AOS CORREIOS)

Solicitação de Ré – Análise

Eu: Valdemir Francisco Dos Santos portador do RG: 1247334 CPF: 001.514.695-20 residente na Rua Jose Pedro Martins Nº 20 Bairro: Centro Cidade: Carira -SE Cep: 49.550-000. Venho pelo presente instrumento, solicitar aos senhores que seja marcado uma Perícia médica para o meu processo , pois só foi liberado **1.68750** para as lesões que mim encontro envie relatório médico que comprovam as lesões que foram **FRATURA EM PUNHO DIREITO CID:S62** sinto muitas dores horríveis não trabalho mas , não consigo pegar pesso , fico a merecer dos outros , por isso peço encarecidamente que marquem com urgência uma perícia para que o perito verifique e comprove o que aqui descrevo.

Certo de contar com vossa compreensão ,agradeço desde já.

X Valdemir Francisco Dos Santos

VALDEMIR FRANCISCO DOS SANTOS

NOSSA SENHORA DA GLÓRIA-SE 06/11/2019

TESTEMUHAS:

Vanessa Rosa Magalhães

Valdeilde Oliveira Rosa

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	001.514.695-20	Valdemir Francisco Dos Santos	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Valdemir Francisco Dos Santos		001.514.695-20	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Securador	Rua Jose Pedro Martins	20	Casa
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Centro	Carira	66	49.550-000
E-mail:	Tel (DDD):		
marcondelgioria@gmail.com	79-99189207		

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: _____

AGÊNCIA: 4469 ☐ CONTA: 8189 ☐ 6

(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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data, <u>Carira, 12.06.19</u>	TESTEMUNHAS
Nome: _____	1ª Nome: _____
CPF: _____	CPF: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura
Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura
Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura

INVESTPREV

07 AGO 2019

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
INA: sorteios de segunda-feira a sábado. Após
147-320353552-3
27/MAT/2019 HORA DE 14:27:00
LOT. 22.012429-9 TERM 045213
LOCALIDADE: CARIRA
AG. VINCULADA: 4469 CONTROLE: 147400650
COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA 045213
NOME: VALDEMIR FRANCISCO DOS SANTOS
AGENCIA: 4469
OPERACAO: 013
CONTA-DV: 000.000.000.189-6
DATA DA ABERTURA: 27/05/2019
LOTERIAS CAIXA
147-320353552-3
1ª VIA

INVESTPREV

07 AGO 2019

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190598867
Nome do(a) Examinado(a): Valdemir Francisco dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Jose Pedro Martins, 20 Casa
Centro Carira SE CEP: 49550-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 1247334
Data local do acidente: [30/04/2019]
Data local do exame: [08/01/2020] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE PUNHO (RADIO) A DIREITA.

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

Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DO RÁDIO (PUNHO) COM 01 PLACA E 03 PARAFUSOS

Complicações: BLOQUEIO MODERADO NO PUNHO, COM RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS

Data da Alta: 09/05/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM FORÇA MUSCULAR DO ANTEBRAÇO E MÃO DIMINUÍDA (++)/5, EM VIRTUDE DA DOR E BLOQUEIO NO PUNHO, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE ANTERIOR DO PUNHO E ANTEBRAÇO, AUMENTO DO VOLUME DO PROCESSO ESTILOIDE, MÃO COM DESVIO NO SENTIDO ANTERIOR DECORRENTE DO DESALINHAMENTO DO RÁDIO E DA CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, DOR, EDEMA E BLOQUEIO MODERADO NO PUNHO, TREMORES PERIFÉRICO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, SUPINAÇÃO E PRONAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO.

AMPLITUDE DE MOVIMENTO ARTICULAR DO PUNHO: EXTENSÃO 20° / FLEXÃO 35°

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO EM PUNHO DIREITO.

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 o 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

PUNHO - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☒ (X) 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

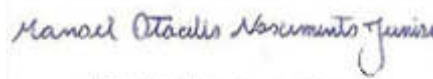
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO MODERADO DO PUNHO DIREITO.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Manoel Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CARIRA - CARIRA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 059527/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/06/2019 11:27 Data/Hora Fim: 04/06/2019 11:53

Delegado de Polícia: Alexandre Felipe de Andrade Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Regional de Carira

Data/Hora do Fato: 30/04/2019 19:00

Local do Fato

Município: Carira (SE)

Logradouro: SE 179

Bairro: Centro

CEP: 49.550-000

Tipo do Local: Outro

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: VALDEMIR FRANCISCO DOS SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: SE - Carira	Sexo: Masculino	Nasc: 24/04/1974
Profissão: Agricultor			
Estado Civil: Casado(a)			
Nome da Mãe: Leudice Maria de Jesus	Nome do Pai: Almiro Francisco dos Santos		

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 001.514.655-20

Endereço

Município: Carira - SE

Logradouro: POVOADO SÃO CARLOS

Bairro: POVOADO SÃO CARLOS

Telefone: (79) 99849-9093 (Celular)

INVESTPREV

07 AGO 2019

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa IAE 7037	Renavam 00981948170
Número do Chassi 9C2KC08108R285115	Ano/Modelo Fabricação 2008/2008
Cor vermelha	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Carira	Marca/Modelo Honda/CG 150 TITAN KS
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Valdemir Francisco dos Santos	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Relata o notificante que no dia 30/04/2019, estava vindo do Povoado Cumbuqueiro, na cidade de Nossa Senhora da Glória,

Delegado de Polícia Civil: Alexandre Felipe de Andrade Monteiro

Impresso por: Alysson Wagner Santos Costa

Data de Impressão: 04/06/2019 11:53

Protocolo nº: 059527/2019

Página 1 de 2



PPa - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CARIRA - CARIRA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 059527/2019

em sua motocicleta Honda CG 150 TITAN KS, quando nas imediações da ponte sobre o rio sergipe, na rodovia SE 179, veio um caminhão na outra mão de direção com o farol alto e em razão disso, o noticiante não viu um buraco na rodovia; Que ao passar pelo referido buraco, caiu no acostamento com sua motocicleta; Que o noticiante afirma que foi socorrido por sua esposa, após ligar para ela e foi levado ao hospital de Carira de onde foi reencaminhado para Hospital de Itabaiana, pois havia quebrado o braço.

ASSINATURAS


Alysson Wauney Santos Costa
Responsável pelo Atendimento


Valdemir Francisco dos Santos
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que delibrei, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."


Alexandre Felipe de Andrade Monteiro
Delegado(a) de Polícia

INVESTPREV

07 AGO 2019

Nome: VALDEMIR FRANCISCO DOS SANTOS
Mãe: LEUDICE MARIA DE JESUS
Documento: R.G: 1247334 - CPF: 001.514.693-23
Médico Atendimento: NAILSON ALVES DOS SANTOS
Endereço: SAO CARLOS Nº: _____ BAIRRO: CENTRO CIDADE: CARIRA / SE

Prontuário: 213718 * Registro: 18656
Idade: 45a Anos Nascimento: 24/04/1974
Data Atend. 30/04/2019 as 19:19:00 h
Sexo: Masculino

30/04/2019 19:28 Anamnese - ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO
COREN: SE-543171 LARISSA OLIVEIRA DE LIMA

ANAMNESE

Tipo

Acolhimento

Nível de consciência

Alerta/Orientado

Alergias/Intolerância

Não

Medicamento em uso

Não

Queixa

QUEDA DE MOTO, COM DOR E EDEMA EM MÃO DIREITA, NEGA VÔMITOS E DESMAIO NO LOCAL. REFERE ESTAR SEM CAPACETE

Sinais Vitais

Pressão Arterial Frequência Cardíaca Saturação de Oxigênio

122x84 mmHg 70 bpm 99 %

Classificação

Verde

Assinatura do Paciente ou Responsável

LARISSA OLIVEIRA DE LIMA - COREN-SE-543171-ENF -
543171

Assinatura do Profissional

Queda de moto, Gansbar 18, sem cinto,
em movimento.
19h40 D 20:00
1. Procurar, o local, e + 20m de distância
2. Imobilizar, com 20m de distância
3. Ao término de 15 minutos

Dr. Nailson
Médico