

# 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: 16/07/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.712,50

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

CLIENTE: VALDOMIRO SILVA NUNES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03303

CONTA: 000000001796-2

---

Nr. da Autenticação 0F4AF25761B6CE68

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150512286

**Cidade:** Nossa Senhora da Glória

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** VALDOMIRO SILVA NUNES

**Data do acidente:** 04/10/2014

**Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE 02 (DUAS) COSTELAS À DIREITA. FRATURA DO 1º METACARPO ESQUERDO. TRAUMA NO JOELHO DIREITO. (SEM RELATO NOS DOCUMENTOS MÉDICOS)

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO TÓRAX SIMÉTRICO, PRESENÇA DE DOR NO TÓRAX A DIREITA À PALPAÇÃO E INSPIRAÇÃO FORÇADA, RESTRIÇÃO DA EXPANSÃO TORÁCICA EM VIRTUDE DA DOR (NEURALGIA?). MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM CICATRIZ CIRÚRGICA NA PROJEÇÃO DO 1º METACARPO, FORÇA MUSCULAR DA MÃO DIMINUÍDA (+/4+) EM VIRTUDE DA DOR, PRESENÇA DE DOR E CALO ÓSSEO NO 1º METACARPO RESTRIÇÃO DA CAPACIDADE DE PINÇAMENTO E DOS MOVIMENTOS DO 1º QUIRODÁCTILO. MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE (+/4+), FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA (+/4+) EM VIRTUDE DA DOR, PRESENÇA DE DOR E BLOQUEIO NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO, RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO, (SEM RELATO NO PRONTUÁRIO).

**Resultados terapêuticos:** PERICIADO VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 04/10/2014 E RECEBEU ALTA NO DIA 30/10/2014. O QUADRO FOI TRATADO COM TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DE COSTELAS, REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DO 1º METACARPO COM FIOS DE KIRSCHNER, TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMA NO JOELHO (SEM RELATO), EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional da mão esquerda, Limitação funcional de estruturas torácicas

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 09/07/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Manoel Otacílio Nascimento Junior

**CRM do médico:** 1827

**UF do CRM do médico:** SE

## 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
curando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie,	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			27,5 %	R\$ 3.712,50

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

### PRESTADOR

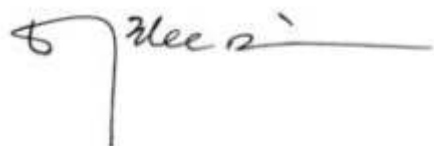
ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



Rio de Janeiro, 22 de Julho de 2015

Carta nº: 7451537

A/C: VALDOMIRO SILVA NUNES

Sinistro: 3150512286  
Vítima: VALDOMIRO SILVA NUNES  
Data Acidente: 04/10/2014  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: VALDOMIRO SILVA NUNES

Valor: R\$ 3.712,50

Banco: 104

Agência: 000003303

Conta: 000001796-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.712,50

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**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**

Nome do(a) Examinado(a): **VALDOMIRO SILVA NUNES** Sinistro: **3150512286** Data: **04/10/2014**

Endereço do(a) Examinado(a): **POVOADO ALGODAO, SN, CASA - ZONA RURAL - Nossa Senhora Aparecida - SE - CEP 49540-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP / SE** ] **1.073.844**

Data local do exame: [ **09/07/2015** ] **Aracaju** [ **SE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)  
**FRATURA DE 02 (DUAS) COSTELAS À DIREITA. FRATURA DO 1º METACARPO ESQUERDO. TRAUMA NO JOELHO DIREITO. (SEM RELATO NOS DOCUMENTOS MÉDICOS) . AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO TÓRAX SIMÉTRICO, PRESENÇA DE DOR NO TÓRAX À DIREITA À PALPAÇÃO E INSPIRAÇÃO FORÇADA, RESTRIÇÃO DA EXPANSÃO TORÁCICA EM VIRTUDE DA DOR (NEURALGIA?). MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM CICATRIZ CIRÚRGICA NA PROJEÇÃO DO 1º METACARPO, FORÇA MUSCULAR DA MÃO DIMINUÍDA (+/4+) EM VIRTUDE DA DOR, PRESENÇA DE DOR E CALO ÓSSEO NO 1º METACARPO RESTRIÇÃO DA CAPACIDADE DE PINÇAMENTO E DOS MOVIMENTOS DO 1º QUIRODÁCTILO. MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE (+/4+), FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA (+/4+) EM VIRTUDE DA DOR, PRESENÇA DE DOR E BLOQUEIO NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO, RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO, (SEM RELATO NO PRONTUÁRIO).**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.  
**PERICIA DO VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 04/10/2014 E RECEBEU ALTA NO DIA 30/10/2014. O QUADRO FOI TRATADO COM TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DE COSTELAS, REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DO 1º METACARPO COM FIOS DE KIRSCHNER, TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMA NO JOELHO (SEM RELATO), EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [ **X** ] Sim [ ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**Limitação funcional da mão esquerda, Limitação funcional de estruturas torácicas**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "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):  
**Estruturas torácicas**

% do dano: ( **X** ) 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):  
**Mão esquerda**

% do dano: ( **X** ) 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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

( ) Total = "100% da IS"

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

*Manoel Otacilio Nascimento Júnior*

NOME: Manoel Otacilio Nascimento Júnior

CRM: 1827 SERGIPE

Manoel Otacilio Nascimento Junior - CRM: 1827 - SE



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, Valdomiro Silva Nunes  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 1073844 EXPEDIDO POR SSP6E EM 25.09.12 E  
 CPF 588022070-3 / CNPJ \_\_\_\_\_, PROFISSÃO carretero  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 600,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Valdomiro Silva Nunes, 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 formulário deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

! 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](http://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 \_\_\_\_\_ AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE \_\_\_\_\_
- ☐ 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 ITAÚ  
 BANCO 341 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
 BANCO 104 • AGÊNCIA 3303 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 1796-2

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 Colônia DATA 31/10/14

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Valdomiro Silva Nunes

! 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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



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

POLÍCIA ON-LINE

**SUA VOZ PODE  
CALAR O CRIME**

SUA IDENTIDADE PRESERVADA, SUA SEGURANÇA GARANTIDA.

**DISQUE DENÚNCIA**  
**181**

### DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE N. SRA DA GLÓRIA

RUA DA PALMA, CENTRO FONE: (0) 3411-1356 EMAIL: depol.nsgloria@pc.se.gov.br

**RPO - Registro Policial de Ocorrência 2014/06570.0-000884**

#### DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE N. SRA DA GLÓRIA

Endereço: RUA DA PALMA, CENTRO FONE: (0) 3411-1356 EMAIL: depol.nsgloria@pc.se.gov.br

#### FATO

Data e Hora do Fato: 04/10/2014 - 06:00 até 04/10/2014 - 06:30

Endereço: RODOVIA QUE LIGA GLÓRIA A CARIRA Número: SN Complemento: CEP: 49680-000

Bairro: Centro Cidade: NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - SE Circunscrição: DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE N. SRA DA GLÓRIA

Tipo de local: VIA PÚBLICA Meio Empregado: NENHUM

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

\*1004026\*



#### VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: VALDOMIRO SILVA NUNES

Nome do pai: OSVALDO DA SILVA NUNES Nome da mãe: MARIETA DA MOTA

Pessoa: Física CPF/CGC: 588.022.075-34 RG: 10738444 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

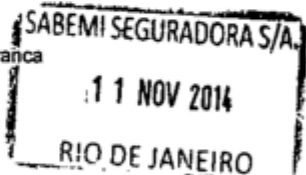
Naturalidade: RIBEIROPOLIS Data de nascimento: 20/03/1970 Sexo: Masculino Cor da cutis: Branca

Profissão: LAVRADOR Estado civil: Solteiro Grau de instrução: 1º Grau Incompleto

Endereço: POVOADO ALGODÃO Número: SN Complemento: CASA

CEP: 49.680-000 Bairro: ZONA RURAL Cidade: NOSSA SENHORA APARECIDA UF: SE

Proximidades: VIZINHO AO BAR DE LOUDES Telefone: 99982026



#### HISTÓRICO

Relata o noticiante que no dia e hora acima mencionados conduzia um moto MARCA HONADA/MODELO CG 125 TITAN, cor vermelha, CHASSI 9C2JC250VVRQ46295, emplacada em nome de Wilenberg Vieira de Souza, momento em que estava chovendo e o pneu da frente derrapou e o declarante foi arremessado ao chão lesionando-se fisicamente; Que foi socorrido por populares e encaminhado ao Hospital Regional desta cidade de Nossa Senhora da Glória; Que faz este BO afirm de acionar o Seguro DPVAT.

Data e hora da comunicação: 24/10/2014 às 10:33

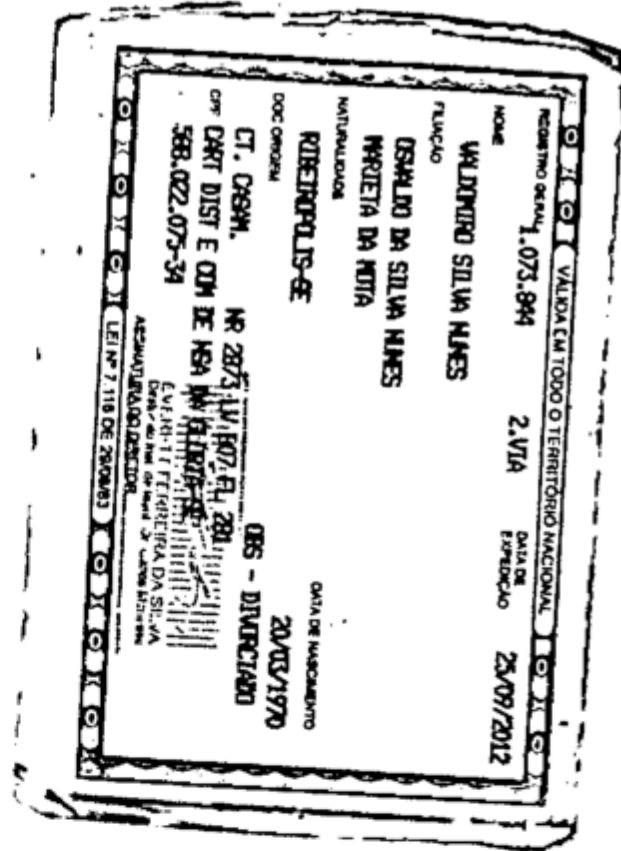
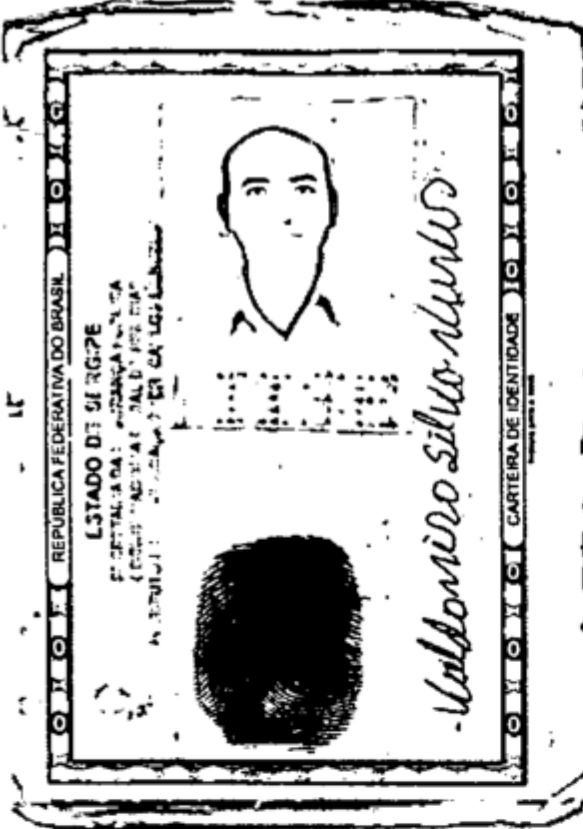
Última Alteração: 24/10/2014 às 10:33.

*Valdomiro Silva Nunes*

VALDOMIRO SILVA NUNES  
Responsável pela comunicação

*Larissa Lorrana Lima Barreto*  
Larissa Lorrana Lima Barreto  
Responsável pelo preenchimento





DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO

\*1004037



SABEMI SEGURADORA S/A  
11 NOV 2014  
RIO DE JANEIRO

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLORIA

No. DO BE: 99618 DATA: 04/10/2014 HORA: 17:15 USUARIO: MESILVA  
 CNS: 898003495870883 SETOR: 02-CONSULTORIO ADULTO

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME : VALDOMIRO SILVA NUNES DOC...: 0  
 IDADE.....: 44 ANOS NASC: 20/03/1970 SEXO...: MASCULINO  
 ENDEREÇO.....: POVOADO ALGODAO NUMERO: 0  
 COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: ZONA RURAL  
 MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA APARECIDA UF: SE CEP...: 49540-000  
 NOME PAI/MAE...: OSVALDO SILVA NUNES /MARIETA DA MOTA  
 RESPONSÁVEL...: O MESMO TEL...: 79 9998-20  
 PROCEDÊNCIA...: NOSSA SENHORA DE APARECIDA-SE 26  
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)  
 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: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*Trauma no hemitórax direito devido  
 queda de moto*

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

*paciente Motociclista. batido no tórax.*

*Glenn  
 botta*

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MEDICAÇÃO

*→ Profenidol (R)  
 - Dexametasona (R)  
 - R de tórax AP - manual  
 AAS*

CAREMI SEGURADORA S/A  
 11 NOV 2014  
 RIO DE JANEIRO

DATA DA SAÍDA: / /

HORA DA SAÍDA: :

ALTA: [X] DECISÃO MÉDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASÃO [ ] DESISTÊNCIA  
 [ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IML ANAT. PATOL.

*Valdomiro Silva Nunes*

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Dr. Antônio C. Padua Neto  
 Urgência e Emergência  
 CRM RJ 4307

NOME: \_\_\_\_\_

*Relatório*

*Uldomiro Siqueira Nunes*  
*Vítima de acidente motorista -*  
*lixo em 04-10-14.*

*Sofreu contusão no hemitórax*  
*esquerdo, escoriação no ~~pele~~ olho, pé*  
*e tornozelo direito.*

*Apresenta dor residual.*  
*Em gozo de alta.*

SABEMI SEGURADORA S/A.  
11 NOV 2014  
RIO DE JANEIRO

*31-10-14*  
*Drº Roberto Lima*  
*Ortopedia Traumatologia*  
*CRM - 1173*

AMBULATÓRIO DE RETORNO DO HUSE

RECEITUÁRIO

*Relatório*

PACIENTE:

*Valdomiro Silva Nunes*  
*sofreu fratura da base do*  
*primeiro metacarpo esquerdo.*

*Submetido a tratamento cirúrgico*  
*com fixação percutânea,*  
*e com fratura em 2 costelas direita*  
*ferimento com hematoma no folho direito*  
*scatins no tornozelo direito*

DATA

*01/06/0015*

*Victor G. Pinheiro Jr.*  
*Ortopedia e Traumatologia*  
*Cirurgia da Mão*  
*CRM 3089*

10 JUN 2015

2 DE 1A FIM