

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: 00000001796-2

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
causando 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:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Oteло Corrêa dos Santos Filho".



Seguradora Líder - DPVAT



Rio de Janeiro, 22 de Julho de 2015

Carta n°: 7451537

A/C: VALDOMIRO SILVA NUNES

Sinistro: 3150512286
Vitima: 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.

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 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).

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.

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.

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 opçõe 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

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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):
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

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 Otacílio Nascimento Júnior

NOME: Manoel Otacílio Nascimento Júnior

CRM: 1827 SERGIPE

Manoel Otacílio 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 Silveira Nunes

PORTADOR(A) DO RG N° 1073844 EXPEDIDO POR SSPSE EM 23/09/12 E
 CPF 588002030-3 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO funcionário
 E RENDA MENSAL DE R_{600,00} (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Valdomiro Silveira 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. A Autorização de Pagamento deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO



SABEMI SEGURO

21 NOV 2014

FIC DE JANEIRO

! 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 _____ 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 DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Gloria DATA 31/10/14

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A)

Alaldo niso Silvestre

! 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 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

SENTE-SE COM ADEGA PRESERVADA, SUA SEGURANÇA GARANTIDA.



ESTADO DE SERGIPE



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

BOLETIM DE OCORRÉNCIA

1004026

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

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

SABEMI SEGURADORA S/A

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

11 NOV 2014

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

RIO DE JANEIRO

Proximidades: VIZINHO AO BAR DE LOUDES Telefone: 99982026

HISTÓRICO

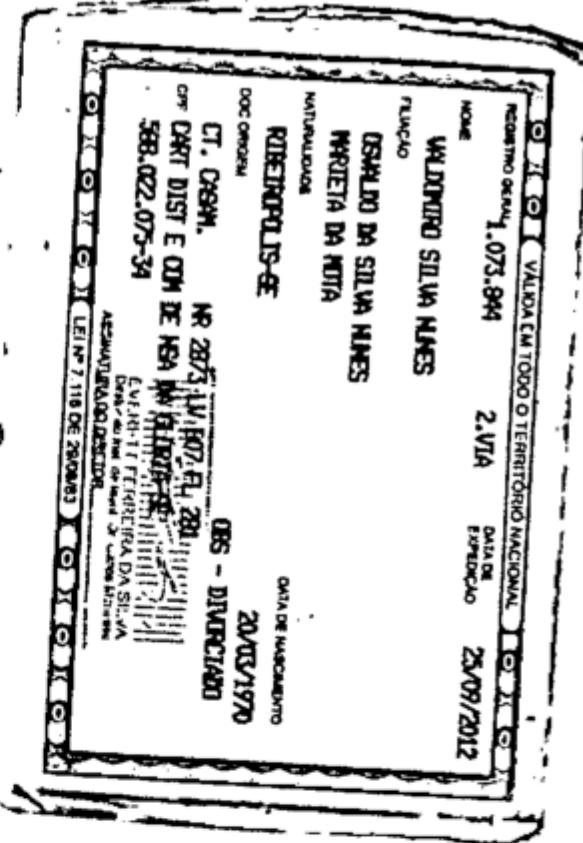
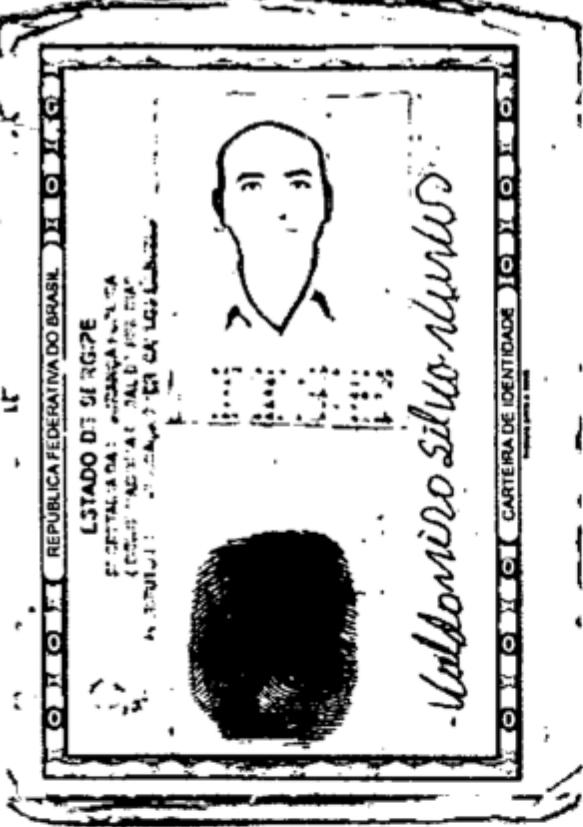
Relata o noticiante que no dia e hora acima mencionados conduzia um moto MARCA HONDA/MODELO CG 125 TITAN, cor vermelha, CHASSI 9C2JC250WVRQ46295, emplacada em nome de Wlenberg Vieira de Souza, momento em que estava chovendo e o pneu da frente derrapou e o declarante foi arremessado ao chão lesionando-se fisicamente; Que foi socorrido por populares e encaminhado ao Hospital Regional desta cidade de Nossa Senhora da Glória; Que faz este BO afim de acionar o Seguro DPVAT.

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

Última Alteração: 24/10/2014 às 10:33

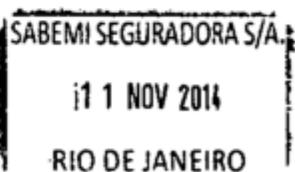
VALDOMIRO SILVA NUNES
Responsável pela comunicação

Larissa Lorrana Lima Barreto
Responsável pelo preenchimento



DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

1004037



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

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : VALDOMIRO SILVA NUNES DOC...: 0
 IDADE...: 44 ANOS NASC: 20/03/1970 SEXO...: MASCULINO
 ENDERECO...: 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
 RESPONSAVEL...: O MESMO TEL...: 79 9998-20
 PROCEDENCIA...: 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: ___/___/___

*Frenou na hora tentei derrubar
quando de moto*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

*Puxou no Motorista bateu no traseiro. G11me
botta*

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

→ Profundos dolor

SARFMI SEGURADORAS/A.

- Desconfortos lumbares

11 NOV 2014

- R do traseiro AP - menor

RIO DE JANEIRO

Alta

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.

Valdomiro Silva Nunes

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

*D. Antonio G. P. Nunes
Urgenciais e Emergenciais
GRANDE 307*

FUNDACÃO DE BENEFICÊNCIA
HOSPITAL DE CIRURGIA

NOME: _____

Relatório

*Goldomiro Siller ilunes
Vítima de acidente motociclistico
Tíxo em 04-10-14.*

*Sofreu contusão no hemitérax
direito, escoriação no joelho, pe-
l e tornozelo direito.*

*Apresenta dor residual
Em gogo de alto.*

SABEMI SEGURADORA S/A.

11 NOV 2014

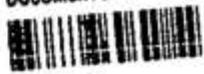
RIO DE JANEIRO

fju-SE

31-10-14

*Drº Roberto Lima
Ortopedia Traumatologia
CRM - 1173*

Av. Desembargador Maynard, nº 174 – tel.: 2106-7312
CEP – 49005-210 – Aracaju – SE



AMBULATÓRIO DE RETORNO DO HUSE

RECEITUÁRIO

Retorno

-PACIENTE:

Valdomiro Silva Nunes

sofreu fratura da base do
primeiro metatarso pronos esquerdo.

Submetido a tratamento cirúrgico
com fixação percutânea,
e com fratura em 2 costelas direita
ferimento com hematoma no poleiro direito
sícatriz no tornozelo direito

DATA:

03/06/2015

Walter G. Pinto Jr.
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da mão
CRM 3088

Assinatura S/A.

10 JUN 2015

DR. JAI FER

✓