



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CÍVEL DE SOCORRO DA COMARCA DE N. SRA. DO SOCORRO
Rua Dr. Manoel dos Passos, Bairro Centro, N. Sra. Do Socorro/SE, CEP 49160000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202088101261	Distribuição: 02/09/2020
Número Único: 0005551-28.2020.8.25.0053	Competência: 2ª Vara Cível de Socorro
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

Assuntos

- DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO - Partes e Procuradores - Assistência Judiciária Gratuita
- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

Dados das Partes

Requerente: EDEMILSON BOMFIM DOS SANTOS E OUTROS
Endereço: RUA 192, Nº
Complemento: PROX MERCEARIA PAIS E FILHOS, CONJ ALBANO FRANCO
Bairro: TAIÇOCA III
Cidade: NOSSA SENHORA DO SOCORRO - Estado: SE - CEP: 49160000
Requerente: Advogado(a): EDNALDO BEZERRA DA SILVA JUNIOR 11154/SE
Requerido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.
Endereço: RUA SENADOR DANTAS
Complemento: 5º ANDAR
Bairro: CENTRO
Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20031205
Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CÍVEL DE SOCORRO DA COMARCA DE N. SRA. DO SOCORRO
Rua Dr. Manoel dos Passos, Bairro Centro, N. Sra. Do Socorro/SE, CEP 49160000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apensados:

--

Processos Dependentes:

--



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

2ª VARA CÍVEL DE SOCORRO DA COMARCA DE N. SRA. DO SOCORRO
Rua Dr. Manoel dos Passos, Bairro Centro, N. Sra. Do Socorro/SE, CEP 49160000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202088101261

DATA:

02/12/2020

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20201201210406367 às 21:04 em 01/12/2020.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

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: 28/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 9.450,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDEMILSON BOMFIM DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03532

CONTA: 000000024033-0

Nr. da Autenticação 5A673AA8B8C4E0B2

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180246559 **Cidade:** Frei Paulo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDEMILSON BOMFIM DOS SANTOS **Data do acidente:** 14/01/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DIÁFISE MEDIAL DO ÚMERO COM LESÃO DO NERVO RADIAL À ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: NO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, PERICIADO EM USO DE TIPÓIA TIPO AMERICANA, APÓS RETIRADA OBSERVAMOS FORÇA MUSCULAR DO ANTEBRAÇO E MÃO AUSENTE, CICATRIZES CIRÚRGICAS NUMULARES E LINEARES NA FACE LATERAL DO BRAÇO, DOR E PARESTESIA NO BRAÇO, ANTEBRAÇO E MÃO, PERDA DOS MOVIMENTOS DO ANTEBRAÇO E MÃO, ATROFIA MODERADA DO BRAÇO, ANTEBRAÇO E MÃO.

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU COMPLETO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 15/08/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Manoel Otacilio 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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau completo - 100 %	70%	R\$ 9.450,00
Total			70 %	R\$ 9.450,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



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

POLÍCIA ON-LINE



DELEGACIA PLANTONISTA DE ARACAJU

(DELEGACIA DE REGISTRO)

RUA LARANJEIRAS - ATÉ 1022/1023, CENTRO FONE: (79) 3198-1100

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2018/06545.0-000232 - Alterado

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE FREI PAULO

Endereço: RODOVIA BR 235, KM 735, CEP 49514000, CENTRO FONE: (79) 3447-1304

FATO

Data e Hora do Fato: //800 - : até //830 - :

Endereço: ZONA RURAL Número: Complemento: Rodovia estadual que liga o centro de Frei Paulo com o Povoado CEP: 49000-000

Bairro: POVOADO ALAGADICO Cidade: FREI PAULO - SE Circunscrição: COPCI-COORDENADORIA DE POLÍCIA DO INTERIOR

Tipo de local: VIA PUBLICA Meio Empregado: NENHUM

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: EDEMILSON BOMFIM DOS SANTOS

Nome do pai: JOSE CARLOS BOMFIM DOS SANTOS Nome da mãe: ARISTER DE FARIAS

Pessoa: Física CPF/CGC: 711.624.965-68 RG: 11682558 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: ARACAJU Data de nascimento: 06/01/1974 Sexo: Masculino Cor da cutis: Parda

Profissão: EDUCAÇÃO FISICA Estado civil: Solteiro Grau de instrução: 1º Grau Completo

Endereço: RUA 192 -CONJ A FRANCO Número: 42 Complemento:

CEP: 49.160-000 Bairro: COMPLEX. TAIÇOCA Cidade: NOSSA SENHORA DO SOCORRO UF: SE

Proximidades: MERCEARIA PAIS E FILHOS Telefone: 99943-0641

VÍTIMA

Nome: MAYCON VINICIUS MONTEIRO BOMFIM DOS SANTOS

Nome do pai: EDEMILSON BOMFIM DOS SANTOS Nome da mãe: ROSILENE MONTEIRO DOS SANTOS

Pessoa: Física CPF/CGC: 000.000.000-00 RG: 39252175 UF: SE Órgão expedidor:

Naturalidade: ARACAJU Data de nascimento: 18/11/2003 Sexo: Masculino Cor da cutis: Não informado

Profissão: ESTUDANTE Estado civil: Solteiro Grau de instrução: Não informado

Endereço: RUA 192 Número: 42 Complemento: CONJUNTO ALBANO FRANCO

CEP: Bairro: TAIÇOCA Cidade: NOSSA SENHORA DO SOCORRO UF: SE

Proximidades: Telefone:

PERÍCIAS E ATENDIMENTO HOSPITALAR

Perícia: IML Guia de Exame

Descrição: EXAME DE LESÕES CORPORAIS - EDEMILSON BOMFIM DOS SANTOS

Perícia: IML Guia de Exame

Descrição: EXAME DE LESÕES CORPORAIS - MAYCON VINICIUS MONTEIRO BOMFIM DOS SANTOS

HISTÓRICO

Relata o noticiante que no dia, hora e local supracitado estava conduzindo sua motocicleta Yamaha/XJ6, placa NVM-6820, cor branca, com seu filho na garupa, quando ao fazer uma curva se deparou com uma caçamba carregada que vinha no sentido contrário e invadindo um pouco a contra-mão. QUE tentou desviar, porém colidiu com a caçamba. QUE o motorista da caçamba não prestou socorro. QUE o noticiante e seu filho foram socorridos pelo SAMU. QUE o noticiante foi encaminhado para o Hospital Regional de Itabaiana, porém seu filho foi para o HUSE, nesta capital. QUE, as duas vítimas, ficaram internadas por quatro dias. QUE o noticiante fraturou o braço esquerdo, já seu filho fraturou o joelho e fêmur esquerdo. QUE os dois estavam usando capacete. QUE o noticiante possui habilitação categoria AB.

Acrescentado por Evangelina Alves Azevedo - 21/05/2018 às 15:07

SABEMI SEGURADORA S/A

28 MAI 2018

RECEBIDO


→ Compareça nesta data o Noticiante para retificar a data e horário do acidente por estar inelegível onde o correto é dia 14/01/2018 entre 08 e 08:30 horas. É o exposto.

Data e hora da comunicação: 18/05/2018 às 16:35

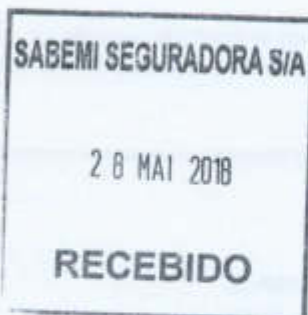
, Última Alteração: 21/05/2018 às 15:08.

Responsável pela Alteração: Evangelina Alves Azevedo

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.


EDEMILSON BOMFIM DOS SANTOS
Responsável pela comunicação


Evangelina Alves Azevedo
Responsável pelo preenchimento



MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 495890

DATA: 14/01/2018

HORA: 10:14

USUARIO: JFSANTOS

CNS:

SETOR: 05-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : EDEMILSON BOMFIM DOS SANTOS DOC....: 00
IDADE.....: 44 ANOS NASC: 06/01/1974 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: AV COLETORA NUMERO: 283
COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: CENTRO
MUNICIPIO.....: ARACAJU UF: SE CEP....: 49000-
NOME PAI/MAE...: JOSE CARLOS BOMFIM DOS SANTOS /ARISTER DE FARIAS
RESPONSAVEL...: AMIGA ALINE TEL....: 000
PROCEDENCIA...: ARACAJU - CAPITAL
ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
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: / /

Paciente vítima de colisão moto + caminhão. Nega dor no local.
ABBO - Or
trauma, sangramento ativo. E. Circulatório + f. exp. de úmido.
ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

Mobilizando membros e sensibilidade preservada.
Gravidade leve de partes moles.

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORA DA SAÍDA DO HOSPITAL

Diplopia, 1º e 2º AD in
Ligamento Lq in
500 10000 BT in
at 075ml in

25 JUN 2018

RECEBIDO

Silvaneide S. Santana
Aux. de Enfermagem
CRM 575422

DATA DA SAÍDA: / /

HORA DA SAÍDA DO HOSPITAL

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

ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Aline Mangueira Santos
Assinatura do Paciente/Responsável

Dr. Rodrigo Pires S. Lima
Cirurgia Geral
CRM 35.5200

Adriana Dantas Gomes
Téc. de Radiologia
CRTR nº 00384T

643 610
605 679

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO
=====

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

No. Registro.: 19002

Numero do CNS: 0000000000000000

Nome.....: EDEMILSON BOMFIM DOS SANTOS

Documento.....: 00

Tipo:

Nascimento....: 06/01/1974

Estado Civil.:

Idade.....: 44 - ANOS

Cor:

Sexo.....: MASCULINO

Responsavel...: JOSE CARLOS BOMFIM DOS SANTOS

Nome da Mae...: ARISTER DE FARIAS

Endereco.....: AV COLETORA, 283 CASA CEP: 00049.000

Telefone.....: 000

Bairro.....: CENTRO

Municipio.....: 2800308 - ARACAJU - SE


Nacionalidade: BRASILEIRO

Naturalidade.: SERGIPE

dastramento: 14/01/2018

23 de setembro

0

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
Identificação do Estabelecimento de Saúde							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE						2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE						4 - CNES	
Identificação do Paciente							
5 - NOME DO PACIENTE <i>Examen Amm n Amm</i>						6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <i>704704733127031</i>				8 - DATA DE NASCIMENTO <i>06/01/74</i>		9 - SEXO MASC. <input checked="" type="checkbox"/> 1 FEM. <input checked="" type="checkbox"/> 3	
10 - RAÇA / COR						11 - NOME DA MÃE <i>Arister de Farias</i>	
12 - NOME DO RESPONSÁVEL <i>Jose Carlos Baupin da Silva</i>						13 - TELEFONE DE CONTATO <i>313432920</i>	
14 - ENDEREÇO (RUA, Nº BAIRRO) <i>Av. Lactaria</i>						15 - TELEFONE DE CONTATO	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Aracaju</i>						17 - DOC	
18 - CDD. IBGE MUNICÍPIO						19 - UF <i>SE</i>	
20 - CEP							
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
21 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Paciente vítima de acidente automobilístico com trauma em M.E. e membros inferiores com fratura humeral + lesão abdominal</i>							
22 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>As lesões acima</i>							
23 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>rx / exame físico</i>							
24 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura humeral</i>		25 - CID 10 PRINCIPAL <i>S52.5</i>		26 - CID 10 SECUNDÁRIO		27 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>TP/ curativo fr. hum.</i>						29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>0408020431</i>	
30 - CLÍNICA <i>Unim</i>		31 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>Unim</i>		32 - DOCUMENTO () CNS () RCPF		33 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>0408020431</i>	
34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE <i>Allyson Gm</i>				35 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>14/01/18</i>		36 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Dr. Rafael de Faria</i> Ortopedia e Traumatologia CRM-SE 4707	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
37 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		40 - CNPJ DA SEGURADORA		41 - Nº DO BILHETE		42 - SÉRIE	
38 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		43 - CNPJ DA EMPRESA		44 - CNAE DA EMPRESA		45 - CBOR	
39 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO							
46 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO							
AUTORIZAÇÃO							
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				48 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		53 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
49 - DOCUMENTO () CNS () CPF		50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>20/01/18</i>		52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Dr. Rafael de Faria</i> Médica Auditora CRM-SE 1371					

1. Trauma B no AVC

Idade: 44 Enfermaria: E Leito: J

PRESCRIÇÃO MÉDICA E DIETA

1º TURNO	2º TURNO	3º TURNO
07:00 AS 13:00	13:00 AS 19:00	19:00 AS 07:00
Ass.	Ass.	Ass.

1. 1º dia	SND		
2. 2º dia	500		
3. 3º dia	12	18	19
4. 4º dia	12	18	19
5. 5º dia	092	172	
6. 6º dia	SOS		
7. 7º dia	M		
8. 8º dia			
9. 9º dia			
10. 10º dia			
11. 11º dia			
12. 12º dia			
13. 13º dia			
14. 14º dia			
15. 15º dia			
16. 16º dia			
17. 17º dia			
18. 18º dia			
19. 19º dia			
20. 20º dia			
21. 21º dia			
22. 22º dia			
23. 23º dia			
24. 24º dia			
25. 25º dia			
26. 26º dia			
27. 27º dia			
28. 28º dia			
29. 29º dia			
30. 30º dia			

Polina

Dr. Rafael Rangel
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15634

Dr. Brício Bittencourt
Ortopedia e Traumatologia
CRM 4128

Dr. Carlos de Mello
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10:20

Dr. Carlos de Mello

Prescrição Médica e Procedimento de Enfermagem



HC HITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Nome:

EDENILSON BOLFIN DOS SANTOS

Prontuário:

Idade:

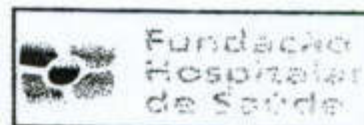
Enfermaria:

Leito:

Data	Prescrição Médica e Dieta	1º Turno		2º Turno		3º Turno	
		07:00 às 13:00 h	Assinatura	13:00 às 19:00 h	Assinatura	19:00 às 07:00 h	Assinatura
16/01/18	DIETA VL. LIVRE.			SNP			
	② SF 0,9% 500ml, EV, 12/12h	500				500	
	③ KEFALIN 1g, EV, 6/6h	120		18x		2x 06/12	
	④ GENTAMICINA 240mg, EV, 24/24h						
	⑤ DIPLONA 01 AMPOLA, EV, 6/6h	12		18x		2x 06/12	
	⑥ PARFENID 100mg, EV, 12/12h	10x				2x	
	⑦ CULASTIVO ORAL	10					
	⑧ JRVU + CEGG. Dr. Leonardo Pissos Silva Osteodonta 17/01/2018 Cem 1234 567 8901	Rotina					
17/01	DIETA LIVRE CURATIVO DUM PASMINA						

Luciana Mendonça de Jesus
COORDENADORA - ENF
06/10/18
14/01/18

Dr. Leonardo Pissos Silva
Osteodonta 17/01/2018
Cem 1234 567 8901





Fundação
Hospitalar
de Saúde

Ficha de Ato
Cirúrgico

Hospital
Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

Nome do Paciente: Edmilson B. M. Silva

Diagnóstico Pré-operatório:

Cirurgia realizada: LCMC + fratura externa

Cirurgião: Dr. Vitoriano Silva

Auxiliares: Dr. [illegible]

Anestesiologista:

Anestesia:

Diag. Pós-operatório:

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

P. 1 - 08/11/2016
Anestesia + Antiespasm + Colocar de campo esteril
Lavar e examinar a BL de 10/10, 2/2
Sob o
Fixar de firme a fratura externa
Aplicar de pele
Curete

Com tipo: insulínica fr de 10/10 @ 10/10
- acurácia de 10/10 centos
Cb: Insulínica a
dele

Data:

Assinatura do cirurgião:

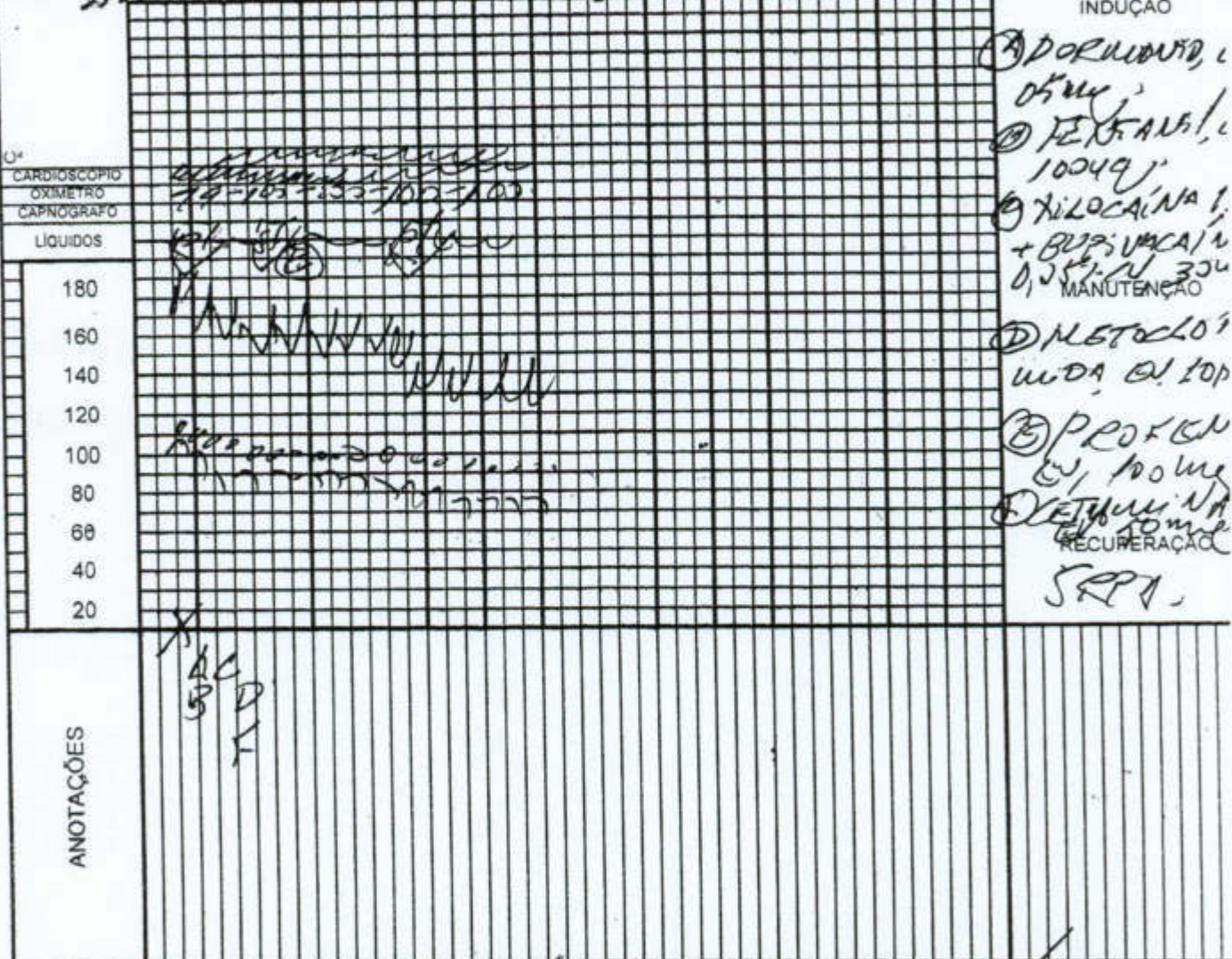
[Assinatura]
tipo: fratura

Dr. Rafael Gonçalves
Especialista em Traumatologia
RUA 23472 / CRM-SE 4707
TEOT 15634

Av. 13 de junho, 776 - Centro - Telefone: 3432-9200 - Ilhéus, Bahia - Sergipe

FICHA DE ANESTESIA

NOME: EDMILSON BONFIM DOS SANTOS Nº PRONTUÁRIO: _____
 CONVÊNIO: _____ DATA 14/01/18 SEXO M COR _____ IDADE _____ PÊSO _____
 NATURAL _____ EST. CIVIL _____ SANGUE _____
 SETOR MÉDICO _____ AMBULATÓRIO _____ APTº _____ E. FÍSICO(ASA) 01
 DIAG PRE-OP FRATURA EXP. DA. BRACO E.
 CIRURGIA PROPOSTA _____
 DIAG POS-OP _____
 CIRURDIA REALIZADA TRAT. CIRURGICO COM FIXAÇÃO DE FRAT. EXP. UMER.
 PRÉ-ANESTÉSICO _____ HORA _____ EFEITO _____
 CIRURGIÃO DR. VINÍCIUS 1º AUXILIAR DR. RAFAEL
 2º AUXILIAR _____ INSTRUMENTADOR _____
 AGENTE HORA 1200 1300



DROGAS / MATERIAL	CONC.	QUANT	ANESTESIA
			BLOQ. PLEXO BRAQUIAL: PURMIL
			Sem Reinalção Alcan. Semi-fechado Círculo Vire Vire S/C Anest. 1
			ADJUNTO CITRATO, 0,250 PRELO 1A
			Orotiquel - Nasotragual - Sonda Respiração Espont. Anest. Contra - Mec - M.
			INTERSESSÃO PERINEURAL
			Entub. S/C Lesão Aparelho
			Posição Local Punção Simples C/Cateter Líquor
			Pos. Após Pos. Op. Duração da Op. Duração da Anest.
			Cond. Final Resultado: B.R. M. Reflexos: Acordado - Sono - Adormecido
			Líquidos: Sangue Anestesiologista

FICHA DO ATO CIRÚRGICO

Dr. Márcio Menezes de Andrade
 Anestesiologista

[illegible]

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Cep.: 00049-000

DADOS DA INTERNACAO

No. do BE: 495890

INFORMACOES DE SAIDA

principal:

Descrição	Und	Qtde
Agulha descartável 10x1,30x8/25	Und.	04
Alcool 70%	Und.	100 ml
Atadura Algodão Ortop.	Und.	
Atadura Crepe 10cm	Und.	02
Atadura Crepe 15cm	Und.	04
Atadura Crepe 30cm	Und.	04
Atadura Gessada 10cm	Und.	
Atadura Gessada 20cm	Und.	
Azul de Metileno	ml	
Bola de Algodão	Und.	03
Cateter P. Oxigenoterapia (óculos)	Und.	01
Catgut Cromado C/Agulha	Und.	
Catgut Cromado S/Agulha	Und.	
Catgut Simples C/Agulha	Und.	
Catgut Simples S/Agulha	Und.	
Clorexidina alcólica	ml	
Clorexidina aquosa	ml	
Clorexidina degermante	ml	
Coletor de Urina Simples	Und.	
Coletor de Urina Fechado	Und.	
Compressa Campo Op. Gaze	Und.	20 u
Compressa Campo Op. Gaze	Und.	
Compressa de Gaze 7 x 7,5	Und.	100 u
Cotonete	Und.	
Cotonete Estéril	Und.	
Dreno de Penrose nº 01	Und.	
Dreno de Penrose Nº. 02	Und.	
Dreno de Penrose Nº. 03	Und.	
Equipo Macio Gotas	Und.	01
Equipo Micro Gotas	Und.	
Equipo P Sangue	Und.	
Esparragato Comum	Cm.	±100
Ethib ad	Und.	
Filtro de barreira	Und.	
Fio de Algodão	Und.	
Fita adesiva Hospitalar	Cm.	
Fórmula C Degermação	Und.	06
Formol Líquido	ml	
Gaze Algodoadas	Und.	
Gelco	Und.	
Intracath	Und.	
Lâmina de Bisturi 21	Und.	01
Luva Cirúrgica Descartável	Und.	05
Malha Tubular	Und.	
Micropore	cm	

Descrição	Und	Qtde
Mononylon Comum 10	Und.	04
Povidine Degermante	ml	
Povidine Tópico	ml	100 ml
Prolene		
Scalp	Und.	
Seringa Descartável 1ml	Und.	
Seringa Descartável 3ml	Und.	
Seringa Descartável 5ml	Und.	03
Seringa Descartável 10ml	Und.	03
Seringa Descartável 20ml	Und.	04
Sonda de aspiração Traqueal	Und.	
Sonda de Folley 2vias	Und.	
Sonda de Folley 3 vias	Und.	
Sonda (tubo) Endot. C/ Balão	Und.	
Sonda (tubo) Endot. S/ Balão	Und.	
Sonda (tubo) Endot. Aramado	Und.	
Sonda Nasoenteral	Und.	
Sonda Nasogástrica	Und.	
Sonda Retal	Und.	
Sonda Uretal de Nelaton	Und.	
Torneirinha 3 vias	Und.	
Vicril	Und.	
Agulha Desc. P/Bloqueio	Und.	
Dreno de Sucção	Und.	
Dreno de Tórax	Und.	
Luvas (par) 7,0	Und.	02
Luvas (par) 7,5	Und.	03
Luvas (par) 8,0	Und.	08
Luvas (par) 8,5	Und.	
Máscaras Descartáveis	Und.	06
Gorro	Und.	07
Pro pé	Par	14
Latex	Und.	02
Eletrodos	Und.	05
Ar Comprimido	Hora	
Bisturi Elétrico	Hora	
Monitor Cardíaco (cardioscópio)	Hora	2m 100
Oxigênio	Hora	1 1 1
Oxímetro de Pulso	Hora	1 1 1
N20 (protóxido de azoto)	Hora	1 1 1
Sala de Recuperação	Taxa	1 1 1
Vácuo	Hora	1 1 1
Furadeira	Hora	1 1 1

Assinatura da Enfermagem (por extenso)

Monica

IE HOSPITALAR: Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho SETOR: _____ LEITO: _____
 NOME: Edeilson Bonfim dos Santos IDADE: _____ SEXO: _____ REG: _____

TA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	Glicemia
16		Continuando					
01		aferecida, diurese presente após 36.90e				130	
18		cirurgia, segue aos cuidados da				70	
		enfermagem e ferido os SSV					
	22h	Com medicação de horário. Sade					
	24h	Com medicação de horário. Sade					
	06h	Com medicação de horário					
		Cefazolima 1g x 4 dipirona				60.5/2	
		IV fentanil de prescrito -				de Salmo	
	9h	Paciente sai de alta hospitalar pa-					
		ra com postmórbio encaminhado					
		hospital para casa. Jul 9.2/48					

HOSPITAL	Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho	SE	
PACIENTE		IDADE	SEXO

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	Glicemia
14 01 18	20:00	Paciente encosta-se no leito, acordado, corado, orientado, verbalizado, em uso de soro-terapia, acompanhado de 10-36,3°C muito, febre, os sinais vitais, febril, eufórico, normotenso, saturação arterial, perfusão, funções fisiológicas presentes, sem queixas, a relação que os cuidados da equipe voluntária					110 70
	23hs	Administrado paracetamol de horário conforme prescrição médica aux. Jussara Oliveira					
15 01 18	24hs	Administrado dipirona e Reflagil de horário conforme prescrição médica aux. Jussara Oliveira					
	01hs	Administrado Tramal de horário conforme prescrição médica aux. Jussara Oliveira					
	03h	Adm: Gentamicina 80mg 60954 Tramadol 100mg 60954					
	06h	Adm: Reflagil 1g e dipirona 500mg Se condicionar presente 60954					
	9 h	Adm: medicação de horário conforme prescrição Tramadol 100mg — 60954					
	1	Adm: Profenal conforme prescrição 60954					
	10hs	Paciente no leito, acordado, corado, verbalizado, em uso de soro-terapia, acompanhado de 10-36,3°C calmo, consciente, sem queixas, a relação que os cuidados da equipe voluntária					80 50
	11 h	Adm: Gentamicina 240 mg — 60954					
	12	Adm: Reflagil conforme prescrição 60954					

UNIDADE HOSPITALAR: *Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho*

SETOR:

LEITO:

PACIENTE:

Emmanuel Souza da Silva

IDADE:

SEXO:

REG.:

DATA

HISTÓRICO

14/01/18

OTORRINOLARINGOLOGIA

Paciente admitido de emergência com trauma de face e membros superiores e inferiores de natureza fechada com fraturas de rádio e ulna direita e humero direito e fêmur esquerdo.

Exame físico: sem alterações.

Exame de imagem: radiografia de face e membros superiores e inferiores.

Exame de imagem: tomografia computadorizada de face e membros superiores e inferiores.

Exame de imagem: ressonância magnética de face e membros superiores e inferiores.

Exame de imagem: ultrassom de face e membros superiores e inferiores.

*Dr. Rafael Gonçalves
Otorrinolaringologista
RUA 23472 / CRM-SE 4707
TEOF 45634*

Indicação para tratamento cirúrgico.

☐ BUSCA ESPONTÂNEA ☐ ENCAMINHAMENTO ☐ SAMU ☐ CORPO DE BOMBEIRO
☐ AMBULÂNCIA ☐ GESTANTE ☐ ACIDENTE DE TRABALHO

Duração da Oueixa: ☐ Agudo ☐ Crônico:

Alergias: ☐ Sim ☐ Não. Qual?

História Progressiva: ☐ DM ☐ Cardiopatias
☐ HAS ☐ Etílica ☐ Tabagista



Sinais Vitais:							Escala de Cama de Glasgow:			
FC (bpm)	FR (rpm)	SPU2 (%)	Tax °C	PA (mmHg)	GLC (mg/dL)	Peso (Kg)	Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	TOTAL

Sistema Nervoso		Sistema Respiratório		Sistema Cardiovascular	
Consciente	Inconsciente	Eupneico	Tosse	Normocárdico	Hipotenso
Orientado	Desorientado	Oriopneia	Hemoptise	Hipertenso	Normotenso
Torpor	Confuso	Taquipneico	Secreção	Dor Torácica	Hipertensão
Tontura	Náusea	Tir. Intercostal	Tir. Subcostal	Angina	Excardiatura
Isocoria	Midriase	Dispneico	Bradipneico	P. Rômico	Excardiatura
Anisocoria	Miose			Taquicárdico	

S. Gastrointestinal		Sistema Geniturinário		Sistema Osteomuscular	
Flácido	Hematêmese	Anúria	Mictúria	Artralgia	Artropatia
Globoso	Melena	Colúria	Hematuria	Cervicalgia	Contusão
Êmese	Constipação	Oligúria	Polaciúria	Espasmos	
Pirose		Disúria	Priapismo	Demência	
Diarreia		Bexigoma	Límpido e Claro	Paraplegia	
Rígido		Diurese Concentrada		Susp. Leste	

Uso de Medicação: ☐ Não ☐ Sim
Qual?

Especialidade: ☐ Clínico ☐ Cirúrgico ☐ Pediátrico ☐ Ortopédico ☐ Enfermeiro

Classificação de Risco			
<input type="checkbox"/> Azul	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Vermelho

Hora da Classificação:

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

Data/Hora	Evolução da Enfermagem
11:00	De Dor no abd. + Dor no Trax + Trauma
	De Dor no abd. + Dor no Trax + Trauma
Data/Hora	Anotação de Enfermagem
	As: de Dor no abd. + Dor no Trax + Trauma

Co. do Cel. Pm
Rafael Gonçalves
Especialista em Traumatologia
CRM-SE 4700
15634

UNIDADE HOSPITALAR:

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR:

LEITO:

52

PACIENTE:

Edmilson Bonfim

IDADE:

SEXO:

REG:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	Glicemia
05	18h	Administração de Keflin					
05	20h	paciente no leito, calmo, consciente, orientado, com algia e MSE, sem dispnéia de esforço, de febre (+), diurese (+), dieta dieta, segue oxigênio 3L, 128x70, 84x34, 36,8°C					
05	22h	paciente no leito de Keflin					
05	24h	Adm. Keflin 1g de horário conforme prescrição.					
06	02h	paciente dorme TV de Keflin					
06	06h	Administração de Keflin de horário conforme prescrição. AF 128x70, 84x34, 36,8°C					
10	08h	Adm. medicação de horário conforme prescrição.					
11	11h	Adm. do centro médico, TV, de horário, laboratório médico. por (43246)					
12	12h	Adm. do laboratório + Keflin, TV de horário, laboratório médico, por (43246)					
14	14h	paciente no leito calmo, consciente, orientado, verbalizando, eufórico, acianótico, acompanhado por família, em uso de oxiterapia no leito, acutou a dieta off tabela diurese presente, de febre presente, sem equívocos no momento, segue oxigênio 3L, 128x70, 84x34, 36,8°C					
18	18h	paciente queixando de febre + febre, febrícula Temperatura 37,3°C no limite normal 37,3°C, foi administrada Ripinena + Keflin de acordo com a prescrição médica.					
16	20:00	paciente no leito calmo, consciente, orientado, verbalizando, em uso de oxiterapia, eufórico, acianótico, sem equívocos no momento, acutou dieta					

UNIDADE HOSPITALAR:

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR:

LEITO:

PACIENTE:

IDADE:

SEXO:

REG:

DATA

HISTÓRICO

15/01/18 1º DPO João e esposa Bruno
DD. 006

(F)

Pont bem S. 1º

Dr. Brício Bittencourt
Ortopedia e Traumatologia
CRM 14308 RPE SE 4126

Re. Retro perfurante de 1/2
de 1/2 (0.01) 10.000ml

(R) 87B

16/01/18 # DATA PENA #

2º D.P.O. - FIXAÇÃO EXTERNA EM 1 MEMBRO (F) (FAT. JAA EX POSTA + LESÃO DE NERVO RADIAL)
EM USO DE A.T.B.

→ CONDIÇÃO: ① DIENTES

② PRESÇA 1/2

Dr. Leonardo Passos Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM 4288 TEOT 14308

17/01

2º DPO FANT. DINT. UNIMOD. MOVIMENTOS DE EXTENSÃO DO PUNHO E DEGRAD. ADIVO. ROLAGEM LATERAL DO DINT. MOVIMENTOS

Dr. Antônio C. Lima
Ortopedia - Traumatologia
CRM 14308 RPE SE 4126

UNIDADE HOSPITALAR:

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR:

LEITO:

E-4

PACIENTE:

Edemilson Bomfim dos Santos

IDADE:

44

SEXO:

REG:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	Glicemia
14/01/18	11:30	Paciente deu entrada, recebeu vitro em uso de marca, para puberdade e a cirurgia exposta de fratura de humero "E" nos cuidados de de venicelli + de Rafael. Paciente consciente, orientado, realizado moni- torização por oxímetros. Monitor 11:08 início do ato anestésico sob bloqueio de pleco + sedação aos cuidados de de moreira com entormentados. — Realizado ante-sepio. — 11:30 SFO 9%. Sob o início do ato cirúrgico paciente sob muito anestésico, paciente extormentado segue em transpiração com entor- mentados até o momento.					
		11:30 término do ato cirúrgico reali- zado sutura + curativo paciente acordado entormentado p/ SRPA segue aos cuidados da equipe. — 14:30 Paciente encaminhado p/ enfermagem 14:35 Paciente admitido p/ sala de cirurgia Cirurgia, paciente do C.C. em uso de marca, atropinado, sendo atomo- dado em enfermaria, em uso de AUP em JSD, fixada com MSE, em repouso, monitorado sem fixação, segue aos cuidados da enfermagem. — 17:00 Administrada medicação trombo- lítica de acordo com a ordem dos médicos — 18:00 Administrado medicação após na, relaxado. S. de acordo com o ordenamento médico —					
			78			160/80	96%
			90			170/93	100%
			79			123/85	100%

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME EDEMILSON BOMFIM DOS SANTOS	
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA 1168255 SSP SE
	CPF 711.624.965-68
	DATA NASCIMENTO 06/01/1974
FILIAÇÃO JOSE CARLOS BOMFIM DOS SANTOS ARISTER DE FARIAS	
PERMISSÃO <input checked="" type="checkbox"/> ACC <input checked="" type="checkbox"/> CAT. HAB. <input checked="" type="checkbox"/> AJA	
Nº REGISTRO 02323991195	VALIDADE 18/04/2021
HABILITAÇÃO 08/05/2002	
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;	
ASSINATURA DO PORTADOR 	
LOCAL ARACAJU, SE	DATA DE EMISSÃO 20/04/2016
ASSINATURA DO EMISSOR  Edgard Simão da Mota Neto DIRETOR - PRESIDENTE	
10170844997 SE018024890	
DETRAN-SE (SERGIPE)	

VALIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1240882473

PROTEÇÃO PLASTIFICADA
1240882473

SABEMI SEGURADORA S/A

28 MAI 2018

RECEBIDO

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Edemilson Bonfim dos Santos
Nacionalidade: Brasileiro Estado civil: solteiro
Profissão: Educacao Fisica
Identidade: 1168255 CPF: 711 624 965-68
Endereço: Rua Cento e noventa e dois, 112
Bairro: Centro Cidade: Nova Senhora do Socorro
Estado: Sergipe CEP: 49160-000

Outorgado:

JOÃO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA, natural de Maringá Paraná, solteiro, portador de cédula de identidade nº 10.283.504-2 SSP/PR, inscrito no cadastro de pessoa física nº 067.127.729-40, ADVOGADO inscrito na ordem OAB nº 13.646, domiciliado na Avenida Augusto Maynard nº 554, bairro São José, Aracaju, Sergipe, CEP 49.015-380.

Pelo presente Instrumento Particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas**, a fim de encaminhar o pedido de indenização do Seguro Obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de Aviso de Sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o Seguro Obrigatório – DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato, da qual figura como vitima:

Edemilson Bonfim dos

Local: Aracaju UF: SE Data: 18 de maio de 2018.

Edemilson Bonfim dos Santos

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)
(Reconhecer firma por autenticidade)

 **Plerete**

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO
TARELÃO: DANIEL PEREIRA

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) de
Edemilson Bonfim dos Santos
Selo TJSE: 201829527110734
Acesse: <http://www.tjse.jus.br/x/806212>
Aracaju, 18/05/2018 17:08:21 25575
Jessica Cavalcanti Simões - Escrevente Autorizada
Emp: 26,13 Selo: R\$0,00 FERD: R\$1,43 Total: R\$8,54

RUA LAGARTO, 1332 - SÃO JOSÉ - ARACAJU - SE - CEP 49.018-390 - TEL.: 79 3214.3397

SABEMI SEGURADORA S/A

28 MAI 2018

RECEDIDO

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 495890

DATA: 14/01/2018

HORA: 10:14

USUARIO: JFSANTOS

CNS:

SETOR: 05-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : EDEMILSON BOMFIM DOS SANTOS
IDADE.....: 44 ANOS NASC: 06/01/1974
ENDERECO.....: AV COLETORA
COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: CENTRO
MUNICIPIO.....: ARACAJU UF: SE
NOME PAI/MAE...: JOSE CARLOS BOMFIM DOS SANTOS / ARISTER DE FARIAS
RESPONSAVEL....: AMIGA ALINE
PROCEDENCIA....: ARACAJU - CAPITAL
ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

DOC....: 00

SEXO...: MASCULINO

NUMERO: 283

CEP....: 49000-

TEL....: 000

TRAUMA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

Paciente vítima de colisão moto + caminhão. Nega dor no membro superior direito. Elictricamente + f. exp. de úmido.
ABR O-OK
sem lesões, sangramento ativo.
ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

Mobilizando membros superiores e sensibilidade preservada.
Gravidade leve de partes moles.

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

Dipirona 1g + Smf AD in
Lidocaina 2% in
At 1000 ml in
at 0.5ml in

HORARIO DA MEDICACAO	
SABEMI-SEGURADORA S/A	
28 MAI 2018	
RECEBIDO	
10:25	

Silvaneide S. Santana
Aux. de Enfermagem
COREN-SE 575422

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

[] EVASAO

HORA DA SAIDA: :
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO [] DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA

[] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

*Wine Mangueira Santos**Ass. de C. Geral*

Dr. Rodrigo Pires S. Lima
Cirurgia Geral
CRM-SE 5200

Adriana Dantas Gomes
Téc. de Radiologia
CRTR nº 00384T

643 610
605 679

**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: 3180246559
Nome do(a) Examinado(a): Edemilson Bomfim dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Cento e Noventa e Dois, 42
Centro Nossa Senhora do Socorro SE CEP: 49160-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 116 825 5
Data local do acidente: [14/01/2018]
Data local do exame: [15/08/2018] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA EXPOSTA DE DIÁFISE MEDIAL DO ÚMERO COM LESÃO DO NERVO RADIAL À ESQUERDA.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO NA FRATURA EXPOSTA DE UMEMO COM LESÃO DO NERVO RADIAL, EM 2º TEMPO FOI REALIZADO REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA COM PLACA E PARAFUSOS.
Complicações: PERDA DOS MOVIMENTOS DO ANTEBRAÇO E MÃO, ATROFIA MODERADA DO BRAÇO, ANTEBRAÇO E MÃO
Data da Alta:
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
NO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, PERICIADO EM USO DE TIPÓIA TIPO AMERICANA, APÓS RETIRADA OBSERVAMOS FORÇA MUSCULAR DO ANTEBRAÇO E MÃO AUSENTE, CICATRIZES CIRÚRGICAS NUMULARES E LINEARES NA FACE LATERAL DO BRAÇO, DOR E PARESTESIA NO BRAÇO, ANTEBRAÇO E MÃO, PERDA DOS MOVIMENTOS DO ANTEBRAÇO E MÃO, ATROFIA MODERADA DO BRAÇO, ANTEBRAÇO E MÃO.
- 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:
PERDA TOTAL DA FUNÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR 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 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 (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|--|
| <p>Região Corporal (Sequela):
MEMBRO SUPERIOR - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa (X) 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
| <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Manoel Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

711.624.965-68

Nome completo da vítima

Edmilson Benfim dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
Edmilson Benfim dos Santos		711.624.965-68		Educação Física	
Endereço		Número		Complemento	
Rua Centro e noventa e dois		12			
Bairro	Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)	
Centro	Mato Grosso do Sul	MS	79160-000	(11) 3222-0812	
Email					

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☒ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 3532 D/V
 (Informar dígito se existir)

CONTA NRO. 24033 D/V
 (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome _____ NRO _____
 AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____
 (Informar dígito se existir)

CONTA NRO. _____ D/V _____
 (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Macapá, 22 de maio de 2018

Local e Data

Edmilson Benfim dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

SABEMI SEGURADORA S/A

28 MAI 2018

RECEBIDO

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: EDEMILSON BOMFIM DOS SANTOS

Sinistro: 3180246559

Vítima: EDEMILSON BOMFIM DOS SANTOS

Data do Acidente: 14/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180246559** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 02 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: EDEMILSON BOMFIM DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180246559

Vitima: EDEMILSON BOMFIM DOS SANTOS

Data do Acidente: 14/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180246559**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12903465





Lactise
consultas e exames

SABEMI SEGURADORA S/A

06 AGO 2018

RECEBIDO

Relatório médico.

O Sr. Edmilson Bonfim dos
Santos, 44 anos de idade, piloto de
uma motocicleta em 14.01.2018
quando colidiu com um caminhão
e caiu no asfalto.
Levado ao Hospital de
Itaberiana, foi constatado fratura
no exosto da diáfise da ulna
e CID S52.5, e lesão do
nervo radial.

Após limpeza cirúrgica, foi imo

Obs. Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.

Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE

www.lactise.com.br

Fone: (79) 3253-7200

WhatsApp: (79) 98112-1117 / 99105-3815 / 98875-6772

MARQUE LOGO SEU PRÓXIMO ATENDIMENTO, TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.



Lactise

consultas e exames

telado fixador externo para
contatos.

Tres meses apos foi retirado o
imobilizador e passou a utili-
zar um "brace" bivalvado.

Devido a falta de consolidacao,
foi submetido a osteossintese
cl place e parafusos.

Apesar do bom tratamento,
ficaram sequelas abaixo relato-
das:

ⓐ Presença de material metálico

Obs. Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.

Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE

www.lactise.com.br

Fone: (79) 3253-7200

☎ Whatsapp: (79) 98112-1117 / 99105-3815 / 98875-6772

MARQUE LOGO SEU PROXIMO ATENDIMENTO. TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.

2



Lactise
consultas e exames

no membro E.

(b) Paralisia do nervo radial

c) Consequente "mão caída", incapacidade de estender a mão e o punho E.

(c) Anestesia no dorso da mão E, antebraço, cotovelo E.

Força funcional do membro superior E de 75%

Dr. Masayuki Ishii
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 1275

A Roca 17/07/2018

ESTE RECEITUÁRIO É UMA CORTESIA DO LACTISE

Obs. Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.

Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE

www.lactise.com.br

Fone: (79) 3253-7200

© Whatsapp: (79) 98112-1117 / 99105-3815 / 98875-6772

MARQUE LOGO SEU PRÓXIMO ATENDIMENTO, TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.