



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
Número Único: 0005551-28.2020.8.25.0053
Classe: Procedimento Comum
Situação: Andamento
Processo Origem: *****

Distribuição: 02/09/2020
Competência: 2ª Vara Cível de Socorro
Fase: POSTULACAO
Processo Principal: *****

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
Vítima: EDEMILSON BOMFIM DOS SANTOS **Data do acidente:** 14/01/2018
Natureza: Invalidez Permanente
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:



DELEGACIA PLANTONISTA DE ARACAJU

(DELEGACIA DE REGISTRO)

RUA 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 PÚBLICA 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 FÍSICA Estado civil: Solteiro Grau de instrução: 1º Grau Completo

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

CEP: 49.160-000 Bairro: COMPLEXO 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:

SABEMI SEGURADORA S/A

28 MAI 2018

RECEBIDO

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

→ Comparece 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

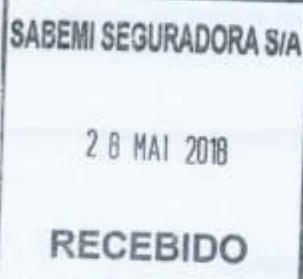
Responsável pela Alteração: Evangelina Alves Azevedo

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

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 x arranhões. Nao descreve dor nenhuma.
ABCOK
ANOTACOES DA ENFERMAGEM:
mobilizando queixas dolorosas e sensibilidade preservada.
grande lesão de partes nobres.

DIAGNOSTICO: CID:

PRESCRICAO	HORAS DE SEGURADORA SA
Diprosone 1g + Solf AD 200 mg Laxativo 1g 2x dia. GAT 1000 DT 2x dia. at Oxfenal 200 mg	25 JUN 2018
	RECEBIDO
	Silvana de S. Santana Anal. de Enfermagem CRM-SE 576422

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA DA SEGURADORA SA

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: Aline Mangueira Santos
Assinatura e Carimbo do Médico: Dr. Rodrigo Pires S. Lima
Carimbo: Dr. Rodrigo Pires S. Lima
Assinatura e Carimbo do Médico: Adriana Dantas Gomes
Assinatura e Carimbo do Médico: Téc. de Radiologia
Assinatura e Carimbo do Médico: CRM-SE 5200
Assinatura e Carimbo do Médico: CRTR nº 00384T

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

20/01/2018



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	6 - N° DO PRONTUÁRIO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	10 - RACA / COR	
7104170141713315127031	06/01/74	MASC. <input checked="" type="checkbox"/> 1 FEM. <input type="checkbox"/> 3		
11 - NOME DA MÃE	12 - CÓD. 13432920			
13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - CÓD. 14 - TELEFONE DE CONTATO			
15 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)	16 - DOC			
Dr. Leitores Praça das Artes	17 - MUNICIPIO DE RESIDENCIA	18 - CÓD. IBGE MUNICIPIO	19 - UF	20 - CEP
	Porto Alegre	51000-000	RJ	51000-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Painz utme 12 tempr annoz
 brusc co trans en mte annos
 a fe exoma onzo + lesz nenz*

22 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As res critas

23 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

re / Ganz fm

24 - DIAGNÓSTICO INICIAL	25 - CID 10 PRINCIPAL	26 - CID 10 SECUNDARIO	27 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
<i>Tumz amz</i>	5525		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
<i>T91 amz f amz</i>	0408020431

30 - CLÍNICA	31 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	32 - DOCUMENTO	33 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
<i>Clinz</i>	<i>Unz</i>	() CNS () CPF	<i>00708600</i>

34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE	35 - DATA DA SOLICITAÇÃO	36 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
<i>Nayl amz</i>	14/01/18	<i>J. P. Pafae. M. D. e Traumatologia CRM-SE 4707</i>

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS) (TODOS)

37 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	40 - CNPJ DA SEGURADORA	41 - N° DO BILHETE	42 - SÉRIE		
38 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO					
39 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	43 - CNPJ DA EMPRESA	44 - CNAE DA EMPRESA	45 - CBOR		
46 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
() EMPREGADO	() EMPREGADOR	() AUTÔNOMO	() DESEMPREGADO	() APOSENTADO	() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	48 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	53 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
49 - DOCUMENTO	50 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
() CNS () CPF		
51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	52 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
20/01/18	<i>Diradot</i>	
	<i>Tânia C. P. Costa</i>	
	<i>Médica Auditiva</i>	
	<i>CRM/SE 1371</i>	

Assunto: Prescrição de medicamentos

Leito: J
Idade: 44
Enfermaria: E

PRESCRIÇÃO MÉDICA E DIETA

DATA	1º TURNO 07:00 AS 13:00	2º TURNO 13:00 AS 19:00	3º TURNO 19:00 AS 07:00	Ass.	Ass.
1.	1000 ml	500	500		
2.	1000 ml	12	12		
3.	1000 ml	12	12		
4.	1000 ml	12	12		
5.	1000 ml	12	12		
6.	1000 ml	12	12		
7.	1000 ml	12	12		
8.	1000 ml	12	12		
9.	1000 ml	12	12		
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.	1000 ml	12	12		
17.	1000 ml	12	12		
18.	1000 ml	12	12		
19.	1000 ml	12	12		
20.	1000 ml	12	12		
21.	1000 ml	12	12		
22.	1000 ml	12	12		
23.	1000 ml	12	12		
24.	1000 ml	12	12		
25.					
26.					
27.					
28.	970 ml 90% - 1000 ml HU	500	500		
29.					
30.					

Endereço: 13 de Junho, 776 - Centro - Fone: (79) 3432-9200

Nome: Oscar Lacerda

Itabaiana Sergipe

10:20



FICHA DE EVOLUÇÃO SOCIAL DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Edimilson Boaventura dos Santos IDADE: 44

LOCALIDADE: Araçagi TELEFONE: _____ ENFERMARIA: E0 A



Nome do Paciente: Eduardo So. m. Soz

Diagnóstico Pré-operatório:

Cirurgia realizada: MC + fixar exarto

Cirurgião:

Auxiliares: u. m. m.

Anestesiologista:

Anestesia:

Diag. Pós-operatório:

DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

P. 1 - DIA 206 depois de mst
mc + Anatomia + Colocar de novo estan
larap exastro a BL de sh, egr
remendo
Fixad de papa a fivelas exten
Aproximado de papa
Anexo

(car tipo: mudou da de mc @ anex
achatar da txa contoh)
Ob: Intervençao a
data: Assinatura do cirurgião:
tipi francf

Rafael Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 4107
CRAT 23472 / CRM-SE 4701
TEOT 15634

Av. 13 de junho, 776 - Centro - Telefone: 3432-9200 - C.R.B. baiana-Sergipe

Rafael Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 4107
CRAT 23472 / CRM-SE 4701
TEOT 15634

FICHA DE ANESTESIA

NOME:	EDUARDO GONÇALVES VANTO			NÚMERO PRONTUÁRIO:		
CONVÉNIO:	DATA	14/01/18	SEXO	M	COR	IDADE
NATURAL				EST. CIVIL	PÉS	
SETOR MÉDICO				AMBULATÓRIO	APT°	E. FÍSICO(ASA)
DIAG PRE-OP	Fratura exposta. Ombro E.					
CIRURGIA PROPOSTA						
DIAG POS-OP	Trat. cirúrgico com fixação de Frat. expost.					
CIRURGIA REALIZADA	UMER					
PRÉ-ANESTÉSICO				HORA	EFEITO	
CIRURGIÃO	DR. VINÍCIUS			1º AUXILIAR	DR. RODRIGO	
2º AUXILIAR						
AGENTE HORA	1000	1300	INSTRUMENTADOR			
INDUÇÃO ① DORMILOX 100mg ② FEXAN 100mg ③ XILOCAINA 1% + BUPIVACAINE 0,5% N 300 MANUTENÇÃO ④ METOCLOPRAMIDA 0,100mg ⑤ PROLEKIN 50, 100mg Detoxiniva 100mg RECUPERAÇÃO SPPA						
U ² CARDIOSCOPIO OXIMETRO CAPNOGRAFO LÍQUIDOS						
180 160 140 120 100 80 60 40 20						
X A C B D F						
ANOTACOES						
DROGAS / MATERIAL	CONC.	QUANT	ANESTESIA	500 - PEXO ALTAUR / PUPYL		
Semi-Reinalação Aberto Semi-fechado Circuito Vias Vias S/C Absorção						
MONITORIZADO, 0200 PEXO US						
Orotíqueal - Nasotraqueal - Spontânea Respiratória Espontânea Contra - Mec - M						
INTERESSANTE PERÍNTEVAL Aparelho						
Entub.						
S/C Lesão						
Posição Local Puncão Simples C/Cateter Liquor						
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

CHEGOU AO CC. EM USO DE
FELICITAÇÃO

Dr. Márcio Menezes de Andrade
Anestesiologista

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo...: 19002
Numero do CNS....: 0000000000000000
Nome.....: EDEMILSON BOMFIM DOS SANTOS
Documento.....: 00 Tipo :
Data de Nascimento: 6/01/1974 Idade: 44 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: JOSE CARLOS BOMFIM DOS SANTOS
Nome da Mae.....: ARISTER DE FARIAS
Endereco.....: AV COLETORA 283 CASA
Bairro.....: CENTRO Cep.: 00049-000
Telefone.....: 000
Municipio.....: 2800308 - - SE
Nacionalidade....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 495890
Clinica.....: 760 - ENF "J" ADULTO - CLINICA
Leito.....: 999.0016
Data da Internacao: 14/01/2018
Hora da Internacao: 14:34
Medico Solicitante: 838.568.035-72 - RODRIGO PIRES DE SOUZA LIMA
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: JFSANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

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

Assinatura da Enfermagem (por extenso)

Honica

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

SET23

LETO

Edesilson Borges dos Sante

—CALC—

SBXO

REG.

Hospital Dr. Pedro Ernesto Moreno Filho

三

四

SEXO

100

UNIDADE HOSPITALAR:

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

BETOR:

LEITO:

PACIENTE

Almir Soárez Souza Jr.

IDADE:

SEXO:

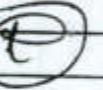
REG.:

DATA

14/01/18

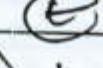
HISTÓRICO

OTRAS

Palh ntm de arame
flexionante com friso ou
mt curvo ou p qm
de curv + liso o nro
+ curvo ou m 
friso + liso + curvo
+ p qm curv 
curvo liso curv consti
o abr nro.

CJ: Inter pax sbs

Rafael Gonçalves
Podologia e Traumatologia
CRM-SE 4707
RA 22472 / TEOT 5039

(curva usada
de brm II Mrc e
mro 

Indicar a tele
mp função.

HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA

Dr. PEDRO GARCIA MORENO FILHO

UP: PRONTO SOCORRO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> BUSCA ESPONTÂNEA | <input type="checkbox"/> ENCAMINHAMENTO | <input type="checkbox"/> SAMU | <input type="checkbox"/> CORPO DE BOMBEIRO |
| <input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA | <input type="checkbox"/> GESTANTE | <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO | |

Duração da Oeixa: Agudo Crônico:

Alergias: Sim Não. Qual?

História Pregressa: DM Cardiopatias
 HAS Etilista Tabagista



Sinais Vitais:							Escala de Coma de Glasgow:		
FC (lpm)	FR (lpm)	SPO2 (%)	Tax °C	PA (mmHg)	GLC (mg/dL)	Peso (Kg)	Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motoria

Sistema Nervoso		Sistema Respiratório		Sistema Cardiovascular	
Consciente	Inconsciente	Eupneico	Tosse	Normocárdico	Hipotensão
Orientado	Desorientado	Oriopneia	Hemopásse	Hipertensão	Hipertensão
Torpor	Confuso	Taquipneico	Secreção	Dor Torácica	Dor Torácica
Tontura	Náusea	Tir. Intercostal	Tir. Subcostal	Angina	Angina
Isocoria	Midriase	Dispneico	Bradipneico	P. Rátmico	P. Rátmico
Anisocoria	Miose			Taquicárdico	Taquicárdico

S. Gastrointestinal		Sistema Geniturinário		Sistema Digestivo	
Flácido	Hematêmese	Anúria	Macrúria	Artralgia	Artralgia
Globoso	Melena	Colúria	Hematuria	Gervicalgia	Gervicalgia
Êmese	Constipação	Oligúria	Polaciúria	Esplenomegalia	Esplenomegalia
Pirose		Disúria	Priapismo	Úlcera	Úlcera
Diarreia		Bexigismo	Límpido e Claro	Enterite	Enterite
Rígido		Diurese Concentrada	+	-	-

Uso de Medicação: Não Sim
 Qual?

Especialidade:

Clinico Cirúrgico Pediátrico Ortopédico Enfermeiro

Classificação de Risco

Azul Verde Amarelo Vermelho

Hora da Classificação:

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

Data/Hora

11/05

Evolução de Enfermagem

Data/Hora

Anotação de Enfermagem

As: fe exame de mao (E)

Jorge Gonçalves
Pediatria e Traumatologia
CRM-SE 4601
26472 / CRM-SE 4601
- 5634

Co. do cl. pr.
dente + fixar extra

EVOLUÇÃO
ENFERMAGEM

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO



Fundação
Hospitalar
de Saúde

UNIDADE HOSPITALAR

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETIOR

1710

PACIENT

Edmunds Bonfig

1000

SEXO

880

UNIDADE HOSPITALAR:

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR:

LEITO:

PACIENTE:

IDADE:

SEXO:

REG.:

DATA

HISTÓRICO

25/01/11

1º DPO de fuso exposto braço

PD.006

(P)

Pact. bem S/func.

Dr. Antônio C. L. Passos
Ortopedista e Traumatologista
CRM 4288 TECOT 14306
14001-R-BR 00-4126

PP. Pedro profissional de 69
ano (oficina) s/funcional.

(P) 878

16/01/11 # 02 GPEVA #

2º D.P.O - FIXAÇÃO EXTERNA EM SIMETRI
(FAAT) MA E X POSTA + USO DE MECANISMO RADIAL
EM USO DE A.T.R.

→ OMS-DO: ① DENTALRES

② PFERCA S/func.

Dr. Leonardo Passos Silva
Ortopedista / Traumatologista
CRM 4288 TECOT 14306

17/01

2º DPO FEST. DIAT- UNHOAEP.
MOVIMENTOS DP EXPANSAS OO
PUNHO E DEDOS MÍDIO,
ROTAÇÃO LATERAL
DORSAL NORMAIS

Dr. Antônio C. L. Passos
Ortopedista e Traumatologista
CRM 4288 TECOT 14306
14001-R-BR 00-4126

10:

UNIDADE HOSPITALAR:

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR:

LEITO: E-2

PACIENTE:

Edemilson Bomfim dos Santos

IDADE: 44

SEXO:

REG:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	Glicemia
14	11:30	Paciente deu entrada. nesse					
01		último em uso de marca, fará					
18		submette-se a cirurgia exposta					
		de craturne de Urtiga "E" nas					
		luidades de Dr. Venâncio + Dr. R. S.					
		Rafael. Paciente consciente,					
		Orientado, realizado moni-					
		torização documentos. Horas 78					
	11:08	Início do ato anestésico sob.	160	96%			
		bloqueio de ilíaco + sedação	80				
		nas luidades de Dr. Mariano					
		sem intercorrências.					
		Realizado anti-sepsic. etanido	90				
	11:30	Sf 0,9%. Todo inicio das	170	100%			
		ato cirúrgicos paciente sob. anes-	93				
		stésicas. Paciente esternal segu-					
		em trans operatório sem intol. - 79					
		pacientes at o momento.	123	100%			
	12:30	Momento do ato cirúrgico reali-	85				
		sado sutura + furoto do paciente					
		acordado encaminhado P/SRPA					
		segui as luidades da					
		equipe.					
	14:30	Paciente encaminhado P/Enfermagem					
	14:35	Paciente agitado p/ta pta d'água					
		angulo, parente do C. En uso					
		de marco, Alfaferrodo, Sandoz acom-					
		dado em infusão, en uso d'AVP					
		en fSD, ferida extensão MSE, um					
		hiperuso, momento se queixos, que					
		as cuidados da enfermagem. p/ta 14:35					
	17:00	Administrada medicação tromet-					
		ga de horario conforme a orienta-					
		ção medico					
	18:00	Administrada medicação duplo					
		na, raloxadol g. av. de horario					
		conforme a orientação medico					



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Edemilson Bonfim dos Santos
Nacionalidade: Brasileiro Estado civil: sóltario
Profissão: Educação Física
Identidade: 1168255 CPF: 711 624 965-68
Endereço: Rua Centro e nroento e dois, d12
Bairro: Centro Cidade: Maringá - Paraná
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 nº13.646, domiciliado na Avenida Augusto Maynard nº554, 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 vítima:

Edemilson Bonfim dos

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

Lidemir Bonfim dos
Assinatura do Outorgante (Beneficiário)
(Reconhecer firma por autenticidade)

 **Pierele**

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO
FAROLÃO - DANIEL PEREIRA

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) de:
Edemilson Bonfim dos Santos
Selo TSE: 201829527110734

Acesso: <http://www.tse.jus.br/x/8042012>
Aracaju, 18/05/2018 17:06:21 25575

Jessica Cavalcanti Silves - Escrevente Autorizada
Enol. p.26 Selo:R\$0,00 FER0:R\$1,43 Total:R\$1,43



28 MAI 2018

SABEMI SEGURADORA S/A

RECEBIDO

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	SEXO...: MASCULINO
ENDERECO	AV COLETORA	NUMERO: 283
COMPLEMENTO	CASA	
MUNICIPIO	ARACAJU	BAIRRO: CENTRO
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
ACID. TRABALHO	NAO	VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

Paciente vítima de colisão entre moto e automóvel. Negar desmaio em momento anterior ao acidente, sangramento clínico.

Abdômen doloroso e suspeito de contusão.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

Mobilização quirúrgica e sensibilidade preservada.

Grande lesão das partes moles.

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO	
SABEMI SEGURADORA S/A	
28 MAI	2018
RECEBIDO	Silvaneide S. Santana Aux de Enfermagem CRM-SE 575422
	10:25

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

HORA DA SAIDA: :
[] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[] FAMILIA

Dr. Rodrigo Pires S. Lima [] ANAT. PATOL

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Aline Mangueira Santos

Adriana Dantas Gomes

643 610

Silva de C. Gcl

Dr. Rodrigo Pires S. Lima
Cirurgia Geral
CRM-SE 5200Téc. de Radiologia
CRTR nº 00384T

605 679

**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

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 UMERO 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 PARÉSTESIA NO BRAÇO, ANTEBRAÇO E MÃO, PERDA DOS MOVIMENTOS DO ANTEBRAÇO E MÃO, ATROFIA MODERADA DO BRAÇO, ANTEBRAÇO E MÃO.

- IV. Nexo de causalidade: 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 (*).

() "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):

MEMBRO SUPERIOR - Lado Esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa (X) 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.

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

Manoel Otávio Nascimento Júnior
Manoel Otávio Nascimento Júnior
Clínica e Auditório Médico
CRM 1827

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

Ede milton somfim dos contos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Endereço	Número	Complemento
Bairro	Cidade	Estado
Email	CEP	Telefone (DDD)

Nome completo: Ede milton somfim dos contos
 CPF titular da conta: 711.624.965-68
 Profissão: Encanador fixo
 Endereço: Rua Centro e noventa e dois
 Número: 12
 Complemento:
 Bairro: Centro
 Cidade: Belo Horizonte do sertãozinho
 Estado: Minas Gerais
 CEP: 29160-000
 Telefone (DDD): (31) 3222-0812

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

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input checked="" type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> 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.	D/V	CONTA NRO.	D/V
3532		24033	0

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

- CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO	NOME	NRO.	
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V

(Informar dígito se existir) (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.

Jacagi-22 de maio de 2018
 Local e Data
 Ede milton somfim dos contos
 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.seguradoraslider.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**.

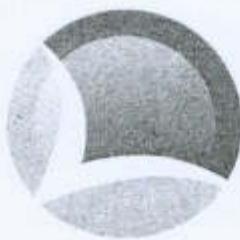
Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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



Lacrise
consultas e exames

SABEMI SEGURADORA S/A

06 AGO 2018

RECEBIDO

Relatório médico.

O Sr. Ednilson Bonfim dos Santos, 44 anos de idade, piloto veio motoqueiro em 14.01.2018 quando colidiu com um caminhão e caiu no asfalto. Conduzido ao Hospital de Itabaiana, foi constatada fratura exposta de diáfise do úmero e CID 552.5, com lesão do nervo radial.

Após limpeza cirúrgica, foi inserida

ESTE RECEITUÁRIO É UMA CÓPIA DA LACRISE

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

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

www.lacrise.com.br Fone: (79) 3253-7200

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

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



Lacrise
consultas e exames

telado fixador externo no ombro
conservado.

Tres meses após foi retirado o
imobilizador e passou a uti-
izar um "brace" bivalvulado.

Devido à falta de consolidação
foi submetido à osteossíntese
com placas e parafusos.

Apesar do bom tratamento,
ficaram sequelas abaixo relatadas:

② Presença de material metálico

ESTE RECEITUÁRIO É O DOCUMENTO DA LACRISE

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

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

www.lacrise.com.br

Fone: (79) 3253-7200

② Whatsapp: (79) 98112-1117 / 99105-3815 / 98875-6772

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

2



Lacrise
consultas e exames

no vimeiro E.

- (b) Paralisio do nervo radial
c) consequente "mão leida", inabilitade de estender a mão e punho E.
(c) Arestes no dorso da mão, antebraço, cotovelos G.

Péndio funcional da membro superior E de 75%

Dr. Masayuki Ishii
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 1276

A Recife 17/07/2013

ESTE RECEITUÁRIO É UMA CORTESIA DA CLÍNICA LACRISE

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

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

www.lacrise.com.br

Fone: (79) 3253-7200

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

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