



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**1ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE ITAPORANGA DAJUDA DA COMARCA DE ITAPORANGA D'AJUDA**  
**Av. Emidio Max Neto, Bairro Centro, Itaporanga D'Ajuda/SE, CEP 49120000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Dados do Processo**

Processo: 202071002235	Distribuição: 15/12/2020
Número Único: 0002968-24.2020.8.25.0036	Competência: 1ª Vara Cível e Criminal de Itaporanga Dajuda
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

**Assuntos**

- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

**Dados das Partes**

Requerente: LAELSON DE JESUS SANTANA  
Endereço: NOVO DESCOBERTA, RUA A8  
Complemento:  
Bairro: ZONA RURAL  
Cidade: ITAPORANGA DAJUDA - Estado: SE - CEP: 49120000  
Requerente: Advogado(a): THAYLA JAMILLE PAES VILA 1193/A/SE  
Requerido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.  
Endereço: RUA DA ASSEMBLEIA  
Complemento: 26 ANDAR  
Bairro: CENTRO  
Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20011904  
Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**1ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE ITAPORANGA DAJUDA DA COMARCA DE ITAPORANGA D'AJUDA**  
**Av. Emidio Max Neto, Bairro Centro, Itaporanga D'Ajuda/SE, CEP 49120000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Processos Apensados:**

--

**Processos Dependentes:**

--



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**1ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE ITAPORANGA DAJUDA DA COMARCA DE ITAPORANGA D'AJUDA**  
**Av. Emidio Max Neto, Bairro Centro, Itaporanga D'Ajuda/SE, CEP 49120000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**PROCESSO:**

202071002235

**DATA:**

10/02/2021

**MOVIMENTO:**

Juntada

**DESCRIÇÃO:**

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20210210103601709 às 10:36 em 10/02/2021.

**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: 08/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: LAELSON DE JESUS SANTANA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03570

CONTA: 000000007176-5

---

Nr. da Autenticação 6F82911B3150EA02

# 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: 01/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: LAELSON DE JESUS SANTANA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03570

CONTA: 000000007176-5

---

Nr. da Autenticação 767F74BB769AD4CB

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200158189 **Cidade:** Curitiba **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LAELSON DE JESUS SANTANA **Data do acidente:** 18/01/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 11/11/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA PELVE, SACRO À DIREITA, PÚBIS À ESQUERDA. DIÁSTASE DA SÍNFISE PÚBICA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO, PARAFUSOS PARA FIXAÇÃO ILIOSACRAL BILATERAL). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO QUADRIL.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO QUADRIL

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** APÓS FEITA REVISÃO DA AMD em 27/05/2020 EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0123118/20

**Número do Sinistro:** 3200158189

**Vítima:** LAELSON DE JESUS SANTANA

**CPF:** 051.387.385-69

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 18/01/2019

**Titular do CPF:** LAELSON DE JESUS SANTANA

**Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**Sinistro**

Outros

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/11/2020

Nome: FERNANDO PAGNONCELLI

CPF: 027.528.289-93

\_\_\_\_\_  
FERNANDO PAGNONCELLI

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/11/2020

Nome: JEAN CARLOS CARLI

CPF: 439.543.160-72

\_\_\_\_\_  
JEAN CARLOS CARLI

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200158189 **Cidade:** Curitiba **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LAELSON DE JESUS SANTANA **Data do acidente:** 18/01/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 27/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA PELVE, SACRO À DIREITA, PÚBIS À ESQUERDA.  
DIÁSTASE DA SÍNFISE PÚBICA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO, PARAFUSOS PARA FIXAÇÃO ILIOSACRAL BILATERAL).  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO QUADRIL DIREITO E ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:** Não

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO QUADRIL DIREITO E  
ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** SINISTRO ATUAL JÁ INDENIZADO EM GRAU MODERADO DE QUADRIL DIREITO. PAGAMENTO COMPLEMENTAR  
PARA GRAU MODERADO DE QUADRIL ESQUERDO, DEVIDO A ERRO SISTÊMICO, GRADUAÇÃO 100%.  
SINISTRO ANTERIOR 3150109972 INDENIZADO EM GRAU LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## 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 completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau completo - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200158189 **Cidade:** Curitiba **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LAELSON DE JESUS SANTANA **Data do acidente:** 18/01/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA PELVE.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA. P4,7,8

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO QUADRIL.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO QUADRIL DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## 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 completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200158189

Vítima: LAELSON DE JESUS SANTANA

Data do Acidente: 18/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FERNANDO PAGNONCELLI

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LAELSON DE JESUS SANTANA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: LAELSON DE JESUS SANTANA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003570

Conta: 000007176-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200158189**

**Vítima: LAELSON DE JESUS SANTANA**

**Data do Acidente: 18/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: FERNANDO PAGNONCELLI**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), LAELSON DE JESUS SANTANA**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

**Recebedor: LAELSON DE JESUS SANTANA**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000003570**

**Conta: 000007176-5**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: **051.387.385-69** 4 - Nome completo da vítima: **LAELSON DE JESUS SANTANA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: **LAELSON DE JESUS SANTANA** 6 - CPF: **051.387.385-69**  
7 - Profissão: **SEGURANÇA** 8 - Endereço: **RUA CEL JOAQUIM ANTONIO DE AZEVEDO** 9 - Número: **520** 10 - Complemento: **CASA DOS F**  
11 - Bairro: **SITIO CERCADO** 12 - Cidade: **CURITIBA** 13 - Estado: **PARANA** 14 - CEP: **81.920-010**  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): **(41) 3779-0023**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: **3570** CONTA: **7176** **5**  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (vairascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestado  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido  
38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Curitiba, 11 de Fevereiro de 2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
*Laelson de Jesus Santana*

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





## DELEGACIA DE DELITOS DE TRÂNSITO

CURITIBA - RUA PROFESSORA ANTÔNIA REGINATO VIANNA, 1177 - CAPÃO DA IMBUÍ.  
(41) 32616630

O boletim poderá ser reimpresso  
Através do Portal: [www.delegaciaeletronica.pr.gov.br](http://www.delegaciaeletronica.pr.gov.br)  
Utilizando o protocolo: f855e247

NATUREZA(S): LESAO CORPORAL SEM ILICITUDE NO TRANSITO - CONSTATADA - OCORRENCIAS NAO DELITUOSAS

DATA E HORA DO REGISTRO:

27/03/2020 10:50

DATA E HORA DO FATO:

INICIAL:18/01/2019 21:40 FINAL:18/01/2019 21:40

ENDEREÇO: RUA JORGE FELIPE DAHER FILHO

NÚMERO: 00

MUNICÍPIO: CURITIBA - PR

BAIRRO: FAZENDINHA

AMBIENTE(S):

MEIO(S) EMPREGADO:

PROVIDÊNCIA  
POLICIAL:

ENVOLVIDO(S):

LAELSON DE JESUS SANTANA - VÍTIMA - CARTEIRA DE IDENTIDADE - 2365740

## VEÍCULOS:

MARCA/MODELO

PLACA

CHASSI

ESTADO

SITUAÇÃO

DOCUMENTO

CHAVES

HONDA/CG 150  
TITAN KS

AQF6228

9C2KC08108R210294

PR

NÃO INFORMADO

NÃO

NÃO

DESCRIÇÃO SUMÁRIA: DESCRIÇÃO: CONFORME DECLARAÇÕES, OS VEÍCULOS (1) E (2) COLIDIRAM NA RUA CITADA, COM A COLISÃO, O CONDUTOR DO VEÍCULO(1) SOFREU LESÕES CORPORAIS, VÍTIMA FOI SOCORRIDA E TRANSPORTADA AO HOSPITAL. HOVE ATENDIMENTO DO SAMU NO LOCAL. VEÍCULO(1): MOTOCICLETA PLACA AQF-6228 PROPRIETÁRIO:EDILEUZA FERREIRA DE SANTANA CONDUTOR E VITIMA:LAELSON DE JESUS SANTANA VEÍCULO(2):NI PROPRIETÁRIO:NI CONDUTOR:NI O PRESENTE BOLETIM FOI LAVRADO COM BASE NA COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE FORNECIDA PELO HOSPITAL. DEVIDAMENTE ASSINADO PELA VÍTIMA. COMPARECE O(A) PROCURADOR(A) DA VÍTIMA, CONFORME PROCURAÇÃO REGISTRADA EM CARTÓRIO APRESENTADA, COMO COMUNICANTE DO ACIDENTE. VÍTIMA NÃO TEM INTERESSE EM REPRESENTAR.

EU, LAELSON DE JESUS SANTANA, RESPONSABILIZO-ME PELAS INFORMAÇÕES ACIMA PRESTADAS E POR ESTE INSTRUMENTO.

Assinatura



Vanderlim Cezar Rodrigues  
Investigador de Polícia

RESPONSÁVEL PELA IMPRESSÃO: VANDERLIM CEZAR RODRIGUES

DELEGADO: EDGAR DIAS SANTANA



Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT:

3200/158189

Data da solicitação:

19/05/20

Nome do beneficiário:

Lauren de Jesus Sontane

CPF do beneficiário:

05138738569

Nome do solicitante: FERNANDO PAGNONCELLI

CPF do solicitante: 027.528.289-93

**DADOS PARA CONTATO**

Tel. Celular: ( )

Tel. Comercial: (41) 3779-0026

Tel. Residencial: ( )

E-mail:

**INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO**

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

**MOTIVO DA SOLICITAÇÃO**

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

**ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?**

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

**NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

não concordando com o valor recebido.

Local e Data

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

**IMPORTANTE:**

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (e seu rogo).





# RAIOS - X CENTRO DIAGNÓSTICO POR IMAGENS

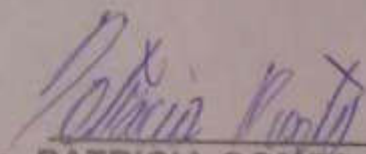
Rua Bahia, 988, Siqueira Campos - Aracaju - SE  
Fone: (79) 3025-795

## RESULTADOS DOS EXAMES

Protocolo:	RX 41009-46	Atendimento: 11/05/20 - HCA1
Cliente:	LAELSON DE JESUS SANTANA	
Identidade:	23657405 /SE Nascimento: 13/01/1989, 31 anos	
Contato:	(79)99988-5104	
Convênio:	PARTICULAR	

## RADIOGRAFIA QUADRIL 02 POSIÇÕES LAUDO:

Osteofitos marginais coxofemoral bilateral.  
Flebolito no escavado pélvico à direita.  
Infradesnívelamento do quadril esquerdo.  
Parafusos de fixação iliossacral bilateral.  
Fratura por avulsão na região superior do púbis à esquerda.

  
Dra. PATRICIA GOMES PINTO  
CRM 1975

*A avaliação clínica e técnica do laudo, é exclusivamente do médico. Em caso de dúvida, nossos profissionais estão a disposição para qualquer esclarecimento.*

**JESUS ESTÁ VIVO, BEM VIVO NO NOSSO MEIO, FIQUE EM PAZ !**







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

RG: 7.116.565-5

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 7.116.565-5 DATA DE EXPEDIÇÃO: 21/05/2015

NOME: **FERNANDO PAGNONCELLI**

FILIAÇÃO: PEDRO PAGNONCELLI  
EVANILDA APARECIDA PAGNONCELLI

NATURALIDADE: PATO BRANCO/PR DATA DE NASCIMENTO: 03/05/1975

DOC. ORIGEM: COMARCA=PATÓ BRANCO/PR, DA SEDE  
C.NASC=5087, LIVRO=8A, FOLHA=468

CPF: 027.528.289-93

CURITIBA/PR

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

É PROIBIDO PLASTIFICAR



Buscar no site

A COMPANHIA - SEGURO DPVAT - PONTOS DE ATENDIMENTO (Pontos-de-Atendimento) - CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS - SALA DE IMPRENSA - TRABALHE CONOSCO - CONTATO -

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização



*Renato*

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada. O prazo final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

### SINISTRO 3200158189 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LAELSON DE JESUS SANTANA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA-Filial Curitiba-PR

BENEFICIÁRIO LAELSON DE JESUS SANTANA

CPF/CNPJ: 05138738569

Posição em 06-08-2020 16:25:04

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
08/05/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50
01/06/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

#### Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
07/06/2020	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/clOifetyLb8ZCDUrQW0Nuww=/lbRlPROZfR25h9H0mh9iv?api_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhE__u22URpDeWyndtINiOe8PI=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/clOifetyLb8ZCDUrQW0Nuww=/lbRlPROZfR25h9H0mh9iv?api_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhE__u22URpDeWyndtINiOe8PI=</a>
25/05/2020	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/_vCKYlJOCCOMjJ6uCR9yrw==/QufC8hdv+0sn8jUmvs6tGi6U?api_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhE__u22URpDeWyndtINiOe8PI=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/_vCKYlJOCCOMjJ6uCR9yrw==/QufC8hdv+0sn8jUmvs6tGi6U?api_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhE__u22URpDeWyndtINiOe8PI=</a>
16/05/2020	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/1hpZV8a4WatTbYroTnuQyww=/gqsR4boWatYT6+p1pylkiEt?api_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhE__u22URpDeWyndtINiOe8PI=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/1hpZV8a4WatTbYroTnuQyww=/gqsR4boWatYT6+p1pylkiEt?api_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhE__u22URpDeWyndtINiOe8PI=</a>
02/05/2020	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/Rsb66nHEAUlz0fkKI9DbZA==/lkPFySkojX0HRt574GM5Oyu?api_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhE__u22URpDeWyndtINiOe8PI=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/Rsb66nHEAUlz0fkKI9DbZA==/lkPFySkojX0HRt574GM5Oyu?api_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhE__u22URpDeWyndtINiOe8PI=</a>

Telefones: (79) 3211-5368 / 9817-5139 / 8848-2270 / 8821-2126



## Consultório de Ortopedia e Traumatologia

*Dr. Renato Teixeira*

Ortopedia, Traumatologia, Doenças Articulares, Cirurgias e  
**IDENTIFICAÇÃO/PROFISSÃO.**

### Relatórios Especializados.

Trata-se de *Laelson de Jesus Santana*, Idade 31 anos, Segurado Especial, LOAS, CINº 2.365.740-5 SSP/SE, Tem como causa básica da incapacidade física Fratura do Anel Pelvico e Luxação Bilateral da Articulação Iliosacral

### HISTORIA DO ADOECIMENTO

Paciente refere que quando conduzia a moto sofreu um abalroamento de um veículo de passeio dia 18/01/2020 na cidade de Curitiba, onde recebeu 1º atendimento no local pelo SAMU, depois conduzido para o Hospital do Trabalhador, onde recebeu atendimento pela equipe multidisciplinar, após estabilização Clínica fez exames radiológicos que diagnosticou Fratura do Anel Pelvico mais luxação Iliosacral Bilateral, onde foi internado para fazer correção cirúrgica das lesões

Paciente sob anestesia regional foi submetido a Redução por radioscopia da luxação Iliosacral Bilateral e Fixação percutânea com 02(dois) parafusos canulados, ficou internado para uso de medicação venosa, teve boa evolução e recebido alta dia 01/02/2020 para fazer acompanhamento no seguimento ambulatorial.

Paciente refere que deambula com auxilio de Andajá, e que depende de terceiros para as atividade de vestuário, Higiene pessoal e alimentação

### EXAME FISICO DIRIGIDO

Foi verificado que paciente deambula com auxilio de Andajá  
Foi Verificado que senta e levanta com ajuda de terceiros.  
Foi verificado incapacidade para agachar e ficar de cócoras  
Foi verificado Dor a mobilidade dos quadris bilateral  
Foi verificado perda moderada da força motora dos MMII  
Foi verificado redução moderada da flexão dos Joelhos bilateral  
Foi verificado sensibilidade preservada  
Foi verificado redução moderada dos reflexos Aquileo e Rotuliano Bilateral

Renato Teixeira GRM 1450  
Ortopedia e Traumatologia

Localizado á Rua Itaporanga, Bairro Getúlio Vargas, 598 - CEP: 49055350 - Aracaju/SE

Horario de Atendimento às Segundas, Quartas e Quintas das 08:00 às 12:00

Telefones: (79) 3211-5368 / 9817-5139 / 8848-2270 / 8821-2126



## Consultório de Ortopedia e Traumatologia

*Dr. Renato Teixeira*

OUTRAS ORTOPEDIA, Traumatologia, Doenças Articulares, Cirurgias e  
Relatórios Especializados.  
HAS, Psiquismo Crônico, Distúrbios Cognitivos e Depressão Crônica.

### QUADRO CLINICO ATUAL

Paciente refere dores na Coluna lombar e nos MMII  
Paciente refere incapacidade para ficar em pé  
Paciente que senta e levanta com auxílio de terceiros deambula com auxílio de  
Andajá.  
Paciente refere fraqueza e câimbras frequentes em MMII

### EXAMES/TRATAMENTOS REALIZADOS

Foi verificado exame radiológico da Bacia, datado de 11/05/2020, onde verifica-se  
implante de 02(dois) parafusos Canulados na projeção das articulações Iliossacral  
Bilateral

### DIAGNOSTICO CLÍNICO

Fratura do Anel Pelvico em Fase de Consolidação Ossea  
Luxação Iliossacral Bilateral

### DIAGNOSTICO CINETICO FUNCIONAL

Perda parcial moderada do arco de movimento dos quadriis e perda moderada de  
Função dos MMII.

### TRATAMENTOS INDICADOS

Indicado fazer tratamento medicamentoso e de reabilitação funcional dos MMII.  
Indicado fazer Tratamento Fisioterapico e de Reabilitação Funcional  
Indicado fazer uso de Ortese como tratamento coadjuvante

Renato Teixeira CRM 1450  
Ortopedia e Traumatologia

Localizado á Rua Itaporanga, Bairro Getúlio Vargas, 598 - CEP: 49055350 - Aracaju/SE  
Horario de Atendimento às Segundas, Quartas e Quintas das 08:00 às 12:00





# Lactise

consultas e exames

O paciente Lactase de Jones S. Silva  
relata que após o parto ali  
diante há 7 meses.

No exame físico observado  
desenvolvimento de dificuldade em  
aproveitar-se do leite, com  
dificuldade de boar que  
seu durante os primeiros dias  
gravidas

*Assinatura*

José Antônio de A. Gons F. R.  
Médico  
CRM 1558

# RX imagem



Atenção médica

Com a intenção de trazer a atenção  
para a saúde e bem-estar de todos, a RX  
imagem oferece um serviço de consultoria  
e diagnóstico por imagem, com a finalidade  
de auxiliar os médicos na tomada de  
decisões e no tratamento dos pacientes.  
Nossa equipe é formada por profissionais  
qualificados e experientes, com o objetivo  
de garantir a melhor qualidade possível  
dos exames e a segurança dos pacientes.  
Para mais informações, entre em contato  
com a RX imagem.

27/05/2020

**RAIOS - X CENTRO DIAGNÓSTICO POR IMAGENS**

**RX** imagem

Rua Bahia, 988, Siqueira Campos - Aracaju - SE  
Fone: (79) 3025-795

**RESULTADOS DOS EXAMES**

Protocolo:	RX 41009-46	Atendimento: 11/05/20 - HCA1
Cliente:	LAELSON DE JESUS SANTANA	
Identidade	23657405 /SE Nascimento: 13/01/1989, 31 anos	
Contato:	(79)99988-5104	
Convênio:	PARTICULAR	

**RADIOGRAFIA QUADRIL 02 POSIÇÕES  
LAUDO:**

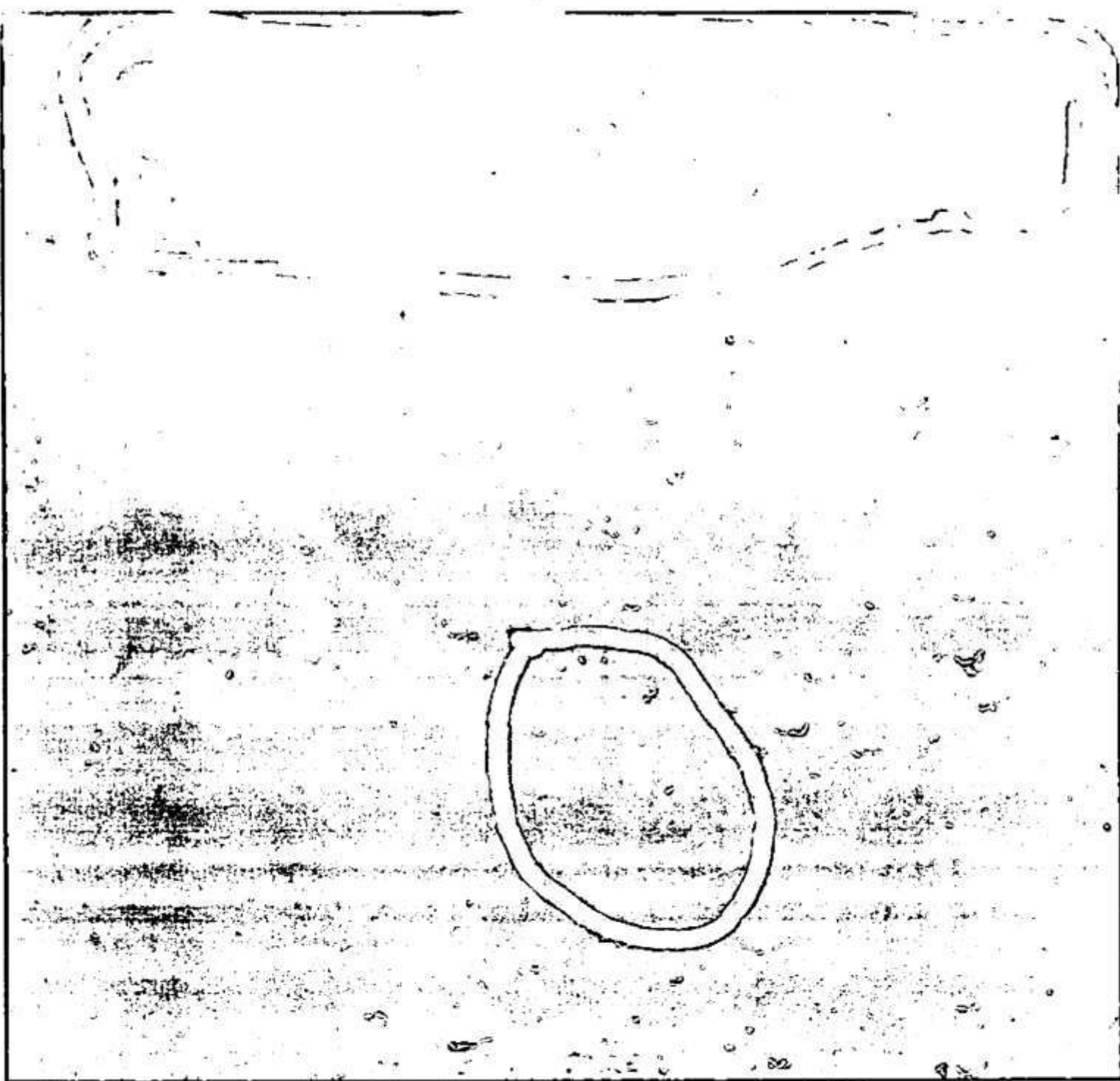
Osteofitos marginais coxofemoral bilateral  
Flebolito no escavado pélvico à direita  
Infradesnívelamento do quadril esquerdo.  
Parafusos de fixação iliosacral bilateral  
Fratura por avulsão na região superior do púbis à esquerda.

**LID. PATRÍCIA GOMES PINTO**  
CRM 1875

*Atestamos a veracidade das informações acima e a responsabilidade por este laudo é de quem assinou, não podendo ser utilizado para fins de cobrança de honorários.*  
**RESISTE! É O BEM QUE NOSSO MÉRITO É O LAUDO**

Digitalizado com Cam





Digitalizado com Car



## RAIOS - X CENTRO DIAGNÓSTICO POR IMAGENS

Rua Bahia, 988, Siqueira Campos - Aracaju - SE  
Fone: (79) 3025-795

---

### RESULTADOS DOS EXAMES

Protocolo: RX 41009-46 Atendimento: 11/05/20 - HCA1  
Cliente: LAELSON DE JESUS SANTANA  
Identidade: 23657405 /SE Nascimento: 13/01/1989, 31 anos  
Contato: (79)99988-5104  
Convênio: PARTICULAR

---

### RADIOGRAFIA QUADRIL 02 POSIÇÕES LAUDO:

Osteofitos marginais coxofemoral bilateral.  
Flebolito no escavado pélvico à direita.  
Infradesnivelamento do quadril esquerdo.  
Parafusos de fixação iliossacral bilateral.  
Fratura por avulsão na região superior do púbis à esquerda.

  
Dra. PATRÍCIA GOMES PINTO  
CRM 1975

*A avaliação clínica e técnica do laudo, é exclusivamente do médico. Em caso de dúvida, nossos profissionais estão a disposição para qualquer esclarecimento.*

**JESUS ESTÁ VIVO, BEM VIVO NO NOSSO MEIO, FIQUE EM PAZ !**

**HOSPITAL DO TRABALHADOR**  
 AV. REPUBLICA ARGENTINA, 4406 - NOVO MUNDO - CURITIBA - PR CEP.81050000  
 Tel.: 41-3212-5700  
 EGC - 78.350.188/0001-95

**Identificação do Paciente**

BE: **1298629** Paciente: **LAELSON DE JESUS SANTANA** D. Nascimento: **13/01/1989** Idade: **31 anos**

Nome da Mãe:

**CRISTINA JESUS BENTO**

Documento:

**CPF: SEM DOC**Telefone: **999968894**Endereço: **SEM INF**Município: **CURITIBA**Sexo: **M**

No:

UF: **PR**Cor: **2**Bairro: **SITIO CERCADO**CEP: **99999999****Classificação de Risco****LARANJA**

Queixa Principal:

**Samu\Sav, vítima de colisão moto x auto, trauma em crânio + cervical + abdome + quadril + msE**

Fluxograma:

**Trauma maior:** A maior parte dos profissionais sabe o significado de um trauma maior. Esta forma de apresentação não deve ser definida pelo paciente ou sua lesão, mas por uma análise do trauma como um todo pelo profissional de saúde. É impossível classificar, portanto, um paciente com apresentação de trauma maior em categoria menor que urgente (amarela). Se este fluxograma foi escolhido, a descrição inicial do paciente que sofreu trauma tiver sido incorreta, então o paciente deverá ser classificado com o uso de outro fluxograma de apresentação. Alguns discriminadores gerais foram escolhidos para risco de vida, hemorragia, estado de consciência (adultos e crianças) e dor. Discriminadores específicos foram incluídos para assegurar que pacientes com mecanismo significativo de trauma sejam alocados como muito urgentes e aqueles com comorbidades e com déficit neurológico novo sejam avaliados no tempo adequado.

Responsável pela Classificação Triagem:

**Marcia do Rocio Garrido - COREN 347632**

Data Triagem:

**19/01/2020 00:01****Boletim de Emergência**Data Entrada: **18/01/2020 22:50**Setor: **SAV**Acidente de Trabalho: **Não**Profissão / Empresa / Local: **SEGURANÇA / - / -**Caso de Polícia: **Não**Plano de Saúde: **Não**Trauma: **Sim**Ambulância: **Sim**

Motivo Ocorrência:

**COLISAO-CARRO/MOTO.....ACID.TRANSITO****Especialidades****Ortopedia, Cirurgia Geral****Evoluções**

Profissional:

**JANETE BEDNARCZUKI - COREN - 576704**

Atividade:

**AUXILIAR DE ENFERMAGEM 18/01/2020 22:59**

Data:

Descrição:

**PA: 122/82 FC: 112 SPO2: 96%**

**SAV, SAMU VITIMA DE COLISAO MOTO AUTO, CHEGOU COM COLAR CERVICAL E TABUA, COM ESCORIAÇÕES EM FACE E CONTUSAO EM MMSS E CONTUSAO MIE, CONSCIENTE COMUNCIATIVA ORIENTADO SSVV ESTAVEIS AVP EM MSD AB: 18 SEGUE SOB CUIDADOS E PERTENCE SOMENTE SALA**

Profissional:

**JEAN BORGES CURIMBABA-ACAD. DE MEDICINA**

Atividade

**MEDICO**

Data:

**18/01/2020 23:03**

Descrição:

**# LAELSON, 31 anos.**

- Paciente trazido pelo SAMU, vítima de moto x auto. Com capacete.
- Nega perda de consciência. Nega amnésia. Nega episódio convulsivo. Nega vômito.
- Comorbidades: Nega.
- Medicamentos de uso contínuo: Nega.
- Alergias: Nega.

**# A: Via aérea pérvia, com colar cervical, com tábua rígida e nega cervicalgia.**

**Impresso: 12/03/2020 07:46:11**

**HOSPITAL DO TRABALHADOR**  
 AV. REPUBLICA ARGENTINA, 4406 - NOVO MUNDO - CURITIBA - PR CEP.81050000  
 Tel.: 41-3212-5700  
 CGC - 78.350.188/0001-95

**Identificação do Paciente**

BE: **1298629** Paciente: **LAELSON DE JESUS SANTANA** D. Nascimento: **13/01/1989** Idade: **31 anos**

# B: Expansibilidade torácica simétrica, sem dor à palpação de arcos costais bilateralmente, sem dor à palpação de esterno, sem dor à palpação de clavículas e sem enfisema subcutâneo.

# C: Corado, abdome flácido e indolor à palpação, pelve estável, sem sinais de irritação peritoneal, pulsos cheios e simétricos e tempo de enchimento capilar menor que 2 segundos.

# D: GCS=15, pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem sinais de alerta.

# E: Abrasões em mmss, abrasão em face, edema em quadril esquerdo. Suspeita de luxação de femur pelo SAMU. Paciente relata dor em coluna torácica e lombar.

**#DADOS VITAIS**

SATO2: 96

PA: 122/82

FC: 112

**#PLAC**

- Encaminhado à cirurgia geral, ortopedia.
- Solicito: ralo x de pelve + torax + coluna torácica + lombar

**Profissional:****HENRIQUE A WIEDERKEHR RESID CRM/PR34945****Atividade****CIRURGIAO GERAL 19/01/2020 00:01****Data:****Descrição:**# **LAELSON**, 31 anos.

- Paciente trazido pelo SAMU, vítima de acidente de trânsito x auto. Com capacete.
- Nega perda de consciência. Nega amnésia. Nega episódio convulsivo. Nega vômito.
- Comorbidades: Nega.
- Medicamentos de uso contínuo: Nega.
- Alergias: Nega.

**O#**

LOTE, CORADO, HIDRATADO, EUPNEICO

ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE

MV: BILAT SIMÉTRICOS, SEM DOR À PALPAÇÃO DE ARCOS COSTAIS, SEM DOR À PALPAÇÃO DE ESTERNO

PULSOS CHEIOS E SIMÉTRICOS

ABDOME FLÁCIDO E INDOLOR, SEM SINAIS DE PERITONITE

ECG 15

SEM QUEIXAS VISUAIS

SEM DOR À PALPAÇÃO DE OSSOS DA FACE

# E: Abrasões em mmss, abrasão em face, edema em quadril esquerdo. Suspeita de luxação de femur pelo SAMU. Paciente relata dor em coluna torácica e lombar.

**#DADOS VITAIS**

SATO2: 96

PA: 122/82

FC: 112

#E-FAST: SEM EVIDÊNCIA DE LÍQUIDO EM ESPAÇO HEPATORENAL / ESPLENORENAL / FUNDO DE SACO / SACO PERICARDICO. SEM EVIDÊNCIA DE PNEUMOTORAX AO MÉTODO.

#FAST: SEM EVIDÊNCIA DE LÍQUIDO EM ESPAÇO HEPATORENAL / ESPLENORENAL / FUNDO DE SACO / SACO PERICARDICO

ORIGINAL

Impresso: 12/03/2020 07:46:11

**HOSPITAL DO TRABALHADOR**  
 AV. REPUBLICA ARGENTINA, 4406 - NOVO MUNDO - CURITIBA - PR CEP.81050000  
 Tel.: 41-3212-5700  
 CGC - 78.350.188/0001-95

**Identificação do Paciente**

BE: **1298629** Paciente: **LAELSON DE JESUS SANTANA**

D. Nascimento: **13/01/1989** Idade: **31 anos**

#RX TORAX (SEM LAUDO OFICIAL): SEM HEMO/PNEUMOTORAX. SEM SINAIS EVIDENTES DE FRATURA DE ARCOS COSTAIS. SEM ALARGAMENTO DE MEDIASTINO.

# P - Alta da Cirurgia Geral com orientações

Profissional: **HENRIQUE A WIEDERKEHR RESID CRM/PR34945**

Atividade **CIRURGIAO GERAL** Data: **19/01/2020 00:02**

Descrição:

# LAELSON, 31 anos.

- Paciente trazido pelo SAMU, vítima de moto x auto. Com capacete.
- Nega perda de consciência. Nega amnésia. Nega episódio convulsivo. Nega vômito.
- Comorbidades: Nega.
- Medicamentos de uso contínuo: Nega.
- Alergias: Nega.

O#

LOTE, CORADO, HIDRATADO, EUPNEICO

ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE

MV + BILAT SIMETRICOS, SEM DOR A PALPACAO DE ARCOS COSTAIS, SEM DOR A PALPACAO DE ESTERNO

PULSOS CHEIOS E SIMETRICOS

ABDOME FLACIDO E INDOLOR, SEM SINAIS DE PERITONITE

ECG

SEM QUEIXAS VISUAIS

SEM DOR A PALPACAO DE OSSOS DA FACE

# E: Abrasões em mmss, abrasão em face, edema em quadril esquerdo. Suspeita de luxação de femur pelo SAMU. Paciente relata dor em coluna torácica e lombar.

#DADOS VITAIS

SATO2: 96

PA: 120/82

FC: 102

#E-FAST: SEM EVIDENCIA DE LIQUIDO EM ESPACO HEPATORENAL / ESPLENORENAL / FUNDO DE SACO / SACO PERICARDICO. SEM EVIDENCIA DE PNEUMOTORAX AO METODO.

#FAST: SEM EVIDENCIA DE LIQUIDO EM ESPACO HEPATORENAL / ESPLENORENAL / FUNDO DE SACO / SACO PERICARDICO

#RX TORAX (SEM LAUDO OFICIAL): SEM HEMO/PNEUMOTORAX. SEM SINAIS EVIDENTES DE FRATURA DE ARCOS COSTAIS. SEM ALARGAMENTO DE MEDIASTINO.

# P - Alta da Cirurgia Geral com orientações

\*Alta da Especialidade

Profissional: **DEIVIDE MATEUS ROSSETTO-CRM/PR419-RESI11 ORTOPEDISTA/TRAUMATOLOGISTA** Atividade **ORTOPEDISTA/TRAUMATOLOGISTA** Data: **19/01/2020 00:03**

Descrição:

**SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**LAUDO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

Impresso: 12/03/2020 07:46:11

ORIGINAL



**HOSPITAL DO TRABALHADOR**  
 AV. REPUBLICA ARGENTINA, 4406 - NOVO MUNDO - CURITIBA - PR CEP.81050000  
 Tel.: 41-3212-5700  
 CGC - 78.350.188/0001-95

**Identificação do Paciente**

BE: **1298629** Paciente: **LAELSON DE JESUS SANTANA** D. Nascimento: **13/01/1989** Idade: **31 anos**


**ANAMNESE**Principais sinais e sintomas (queixa principal): **FRATURA DA PELVE**História da doença atual: **FRATURA DA PELVE**Antecedentes: **FRATURA DA PELVE**Alergias: **FRATURA DA PELVE**Medicamentos em uso: **FRATURA DA PELVE**Exame físico (geral e atual): **FRATURA DA PELVE**Principais resultados de provas diagnósticas (resultados de exames): **ANAMNESE + EF + RX**Condições que justificam a internação: **NECESSIDADE DE TTO CIRURGICO**Diagnóstico: **FRATURA DA PELVE**CID: **S328 - FRATURA DE OUTRAS PARTES DA COLUNA LOMBOSSACRA E DA PELVE E DE PARTES NAO ESPECIFICADAS**Procedimento: **408040254 - TRATAMENTO CIRURGICO DE ASSOCIACAO FRATURA / LUXACAO / FRATURA-LUXACAO / DISJUNCAO DO ANEL PELVICO**Chefe Responsável: **LUCAS REZENDE**

Profissional: **DEIVIDE MATEUS ROSSETTO-CRM/PR419-RESI11** Atividade: **ORTOPEDISTA/TRAUMATOLOGISTA** Data: **19/01/2020 00:03**  
 Descrição:  
 Justificativa de alta/internamento sem atendimento de especialidade definida:

Profissional: **DEIVIDE MATEUS ROSSETTO-CRM/PR419-RESI11** Atividade: **ORTOPEDISTA/TRAUMATOLOGISTA** Data: **19/01/2020 00:22**  
 Descrição:  
**LAELSON DE JESUS, 31 ANOS**

**19/01: COLISÃO MOTO X AUTO****PACIENTE COM DOR EM PELVE, PRINCIPALMENTE A ESQUERDA, NEGA CERVICALGIA OU OUTRAS QUEIXAS. NEGA DISPNEIA.****EF: NVMMII PRESERAVDO.****RX: TAC FX SACRO A DIREITA + ABERTURA DA SACROILIACA A ESQUERDA****DISCUTIDO COM DR LUCAS, INTERNO PARA FIXADOR EXTERNO DE PELVE NO CC  
ENCAMINHO CASO AO GRUPO DA PELVE****Alta/Internamento****Internamento liberado por DEIVIDE MATEUS ROSSETTO-CRM/PR419-RESI11 (03196277135) em 19/01/2020 00:03 CID: S328****Impresso: 12/03/2020 07:46:11**

ORIGINAL

 **HOSPITAL DO TRABALHADOR**  
AV. REPUBLICA ARGENTINA 4406 - NOVO MUNDO - CURITIBA - PR CEP.81050000  
Tel.: 41-3212-5700  
CGC - 78.350.188/0001-95

**Identificação do Paciente**

BE: **1298629** Paciente: **LAELSON DE JESUS SANTANA**

D. Nascimento: **13/01/1989** Idade: **31 anos**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Declaro estar recebendo nesta data os seguintes documentos:

☐ Retorno agendado para \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_

Prontuário: \_\_\_\_\_ Cód. Transação: \_\_\_\_\_

☐ C.A.T.

☐ Atestado \_\_\_\_\_ dias com CID informado (autorizado pelo paciente)

☐ TOE

☐ Declaração de atendimento

☐ Encaminhamento ao INSS

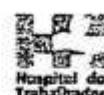
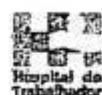
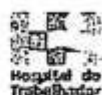
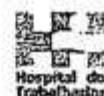
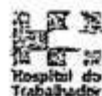
☐ Cópia do B.E.

☐ Raios-X

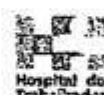
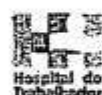
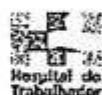
Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Funcionário

Impresso: 12/03/2020 07:46:11



ORIGINAL



HOSPITAL DO TRABALHADOR  
 AV. REPUBLICA ARGENTINA, 4406 - NOVO MUNDO - CURITIBA - PR CEP. 81050-000 - Tel.: 41-3212-5700  
 Hospital do Trabalhador CGC - 78.350.188/0001-95

## Visual Hóspub - Relatório - Cirurgias

## Identificação do Paciente

Registro: **438512** Paciente: LAELSON DE JESUS SANTANA

D. Nascimento: 13/01/1989

## Cirurgia 6202020

## Informações

Data Realizada: 19/01/2020  
 Profissional: LUCAS ROMANO SAMPAIO REZENDE - CRM/PR37851  
 Sala: SALA DE CIRURGIA PS 04  
 Clínica: P.S. - ORTO/NEURO /C.GERAL

## Procedimentos:

408040025 - ARTRODESE DA SINFISE PUBICA  
 408040033 - ARTRODESE DE ARTICULACOES SACROILIACAS

## Cid:

S327 - FRATURAS MULTIPLAS DE COLUNA LOMBAR E DA PELVE

## Equipe Médica:

LUCAS ROMANO SAMPAIO REZENDE-CRM/PR37851 - CIRURGIAO  
 ALEXANDRE ANTONIO DE CAMARGO - AUXILIAR  
 JOAO E. FERREIRA BRAGA-CRM/PR36997-RESIDEN-AUXILIAR 2  
 PAULO HENRIQUE VOGOT-CRM/PR38418-RESIDEN-AUXILIAR 2  
 CARLOS TOMAS FERNANDES FARINHA - ANESTESISTA

## Anestesia:

GERAL

## Descrições

Descrição realizada por JOAO E. FERREIRA BRAGA-CRM/PR36997-RESID em 19/01/2020 02:32:18

CIRURGIÃO: DR LUCAS REZENDE  
 1 AUXILIAR: DR ALEXANDRE CAMARGO  
 R2 JOAO ELIAS, R2 EDI

## DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATÓRIO  
 DIÁSTASE DE SINFISE PÚBLICA + SACROILÍACA DIREITA + FRATURA DE RAMOS

## CIRURGIA

Fixador externo supra-acetabular + Fixação com parafuso canulado 7.0 mm

CÓDIGO PROCEDIMENTO: 408040025/ 408040033 C.I.D. S 33.4 ; S32.7

INTENSIDADE DE IMAGEM sim RAIO X Sim BULTRAUMA Não  
 ACIDENTE NA CIRURGIA Não MÚLTIPLAS CIRURGIAS Não

1. Paciente em decúbito dorsal horizontal
2. Preparo de rotina para MMII e pelve
3. Incisão supra-acetabular, bilateral. Sob fluoroscopia, perfuração de trajeto de pino supra-acetabular, bilateral
4. Fixação dos dois pinos de Schanz e montagem de sisteman pino-tubo.
5. Ajuste do sistema com redução da diástase.
6. Rx de controle=OK
7. Passagem de fio-guia por articulação sacro-ilíaca direita
8. Medição de parafuso e inserção de parafuso canulado 7.0mm rosca total com arruela.
9. Passagem de fio guia por articulação sacro-ilíaca esq.
10. Medição de parafuso e inserção de parafuso canulado 7.0mm rosca parcial 32mm com arruela.
11. Realizada drenagem de cerca de 800ml de hematoma em face postero-lateral proximal da coxa esq.
12. Curativo estéril
13. RX controle
14. REPAI

Data da Impressão: 12/03/2020 07:44:22

ORIGINAL



HOSPITAL DO TRABALHADOR  
AV. REPUBLICA ARGENTINA, 4406 - NOVO MUNDO - CURITIBA - PR CEP.81050000 - Tel.:  
41-3212-5700  
Hospital do Trabalhador CGC - 78.350.188/0001-95

Visual Hospub - Relatório - Exames  
Identificação do Paciente

Registro: **438512** Paciente: **LAELSON DE JESUS SANTANA** D. Nascimento: **13/01/1989**

Requisicao: 20.RD.2.003957  
Data Reqs.: 07/02/2020 - Data Resultado: 18/02/2020  
Identifi... 00438512  
US. Origem.: \* HOSPITAL DO TRABALHADOR - EXAMES  
Solicitante: PROFISSIONAL NAO INFORMADO - Cons. Regional:

Exame	Conteudo
528	<b>RADIOLOGIA DE BACIA</b>  <b>RADIOGRAFIA DE BACIA</b>  Controle de tratamento realizado sobre fixador externo. Parafusos metálicos fixados nas articulações sacroilíacas. Lesão da sínfise púbica, com desalinhamento entre as suas superfícies articulares.  Liberado por: DR. RAFAEL M. Z. G. BARBOSA-CRM/PR 26017, dia 24/02/20 as 13:05 Coleta: 07/02/20 as 14:18 Impressa: 12/03/2020 Responsavel Tecnico: Dr. Nilton Tadashi Hagi Medico Radiologista CRM/PR 11687 - Telefone (41) 3212-5700

Requisicao: 20.RD.1.004063  
Data Reqs.: 18/01/2020 - Data Resultado: 27/01/2020  
Num. do BE: 01298629  
US. Origem.: HOSPITAL DO TRABALHADOR  
Solicitante: LARSON R. PIZZATTO-CRM/PR38499-RESIDENTE - Cons. Regional: 38499  
Setor..... SAV

Exame	Conteudo
537	<b>RADIOLOGIA DE TORAX (PA)</b>  <b>RADIOGRAFIA DO TÓRAX</b>  Não foram evidenciadas consolidações pulmonares grosseiras. Selos costofrênicos livres. Área cardíaca preservada.  Liberado por: DRA. FERNANDA MARDER TORRES-CRM/PR 27823, dia 27/01/20 as 16:23 Coleta: 18/01/20 as 23:45 Impressa: 12/03/2020 Responsavel Tecnico: Dr. Nilton Tadashi Hagi Medico Radiologista CRM/PR 11687 - Telefone (41) 3212-5700
514	<b>RADIOLOGIA COLUNA LOMBO-SACRA</b>  <b>RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBAR</b>  Corpos vertebrais com altura preservada.

ORIGINAL

Data da Impressão: 12/03/2020 07:45:10

## DECLARAÇÃO

Por solicitação do Sr.(a) FERNANDO PAGNONCELLI o Hospital do Trabalhador declara que LAELSON DE JESUS SANTANA deu entrada neste estabelecimento no dia 18/01/2020 às 22:50h, tendo alta hospitalar em 01/02/2020, conforme documentos do prontuário Nº 438512.

CID: S32.8 AUTORIZADO PELO SOLICITANTE.

Curitiba, Pr 16 de Março de 2020.

Revisão de Prontuário

CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE CÓPIA DE PRONTUÁRIO A PEDIDO DO PRÓPRIO PACIENTE, DE SEU REPRESENTANTE LEGAL, DEVIDAMENTE IDENTIFICADO OU SOLICITAÇÃO JUDICIAL..



**HOSPITAL DO TRABALHADOR**

Av. República Argentina, 4406 – Curitiba/PR – Fone/Fax: (41) 3212-5709  
CEP: 81.050-000 E-mail: [hosptrab@sesa.pr.gov.br](mailto:hosptrab@sesa.pr.gov.br)  
[www.hospitaldotrabalhador.saude.pr.gov.br](http://www.hospitaldotrabalhador.saude.pr.gov.br)

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: **LAELSON DE JESUS SANTANA**  
Nacionalidade: **BRASILEIRO** Est. Civil: **SOLTEIRO**  
Profissão: **SEGURANÇA**  
Identidade: **23.657.405** CPF: **051.387.385-69**  
Endereço: **RUA CEL JOAQUIM ANTONIO DE AZEVEDO, 520. CASA DOS FUNDOS. CURITIBA /PARANA.**

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o Sr. FERNANDO PAGNONCELLI, brasileiro, solteiro, empresário, CPF nº 027.528.289-93, identidade nº 7.116.565-5 representante da empresa Nova Assessoria Dpvat, CNPJ nº-18.623.712/0001-22, com escritório profissional no endereço av. República Argentina nº4489, Curitiba – PR; concedo plenos poderes ao outorgado acima qualificado, para representar-me perante as SEGURADORAS, no requerimento/acompanhamento do Seguro Obrigatório – DPVAT a indenização por INVALIDEZ/DAMS da vítima: LAELSON DE JESUS SANTANA - CPF: 051.387.385-69 No acidente ocorrido na data de 18/01/2020.

No mesmo ato, concedo amplos poderes ao já outorgado Sr. FERNANDO PAGNONCELLI como os quais: dar entrada, retificar e retirar os boletins de ocorrências na qualidade de noticiante/comunicante, conforme narrativa em anexo, junto aos órgãos: delegacia de delitos de trânsito de Curitiba-Pr, BPTRAN, Departamento de Polícia Rodoviária Federal e 1º Grupamento de Bombeiros do Portão, 6º Grupamento de São José dos Pinhais, Corpo de Bombeiros de Piraquara, 7ª Gb Cabral, Colombo, Fazenda Rio Grande, Campo Largo. Autorizo a solicitação e retirada de prontuários médicos e exames nas unidades: hospital Cajuru, Evangélico, Trabalhador e São José dos Pinhais, Hospital Santa Casa, Hospital Milton Muricy, Hospital Pilar, Cruz Vermelha, Hospital Santa Cruz, Vitória, Pilar, Paraná Clínicas, Clínica de Fraturas, Nossa Senhora do Rocio em Campo Largo, São Lucas, Alto da XV, VITA, Marcelino Champagnat e Hospital Angelina Caron, Hospital das Nações e Hospital Cristo Rei e todos os Hospitais do Estado do Paraná. Autorizo a solicitação e retirada de laudos de lesões corporais junto ao Instituto Médico Legal.

Esta procuração NÃO dá poderes para movimentação bancárias e financeiras.

Curitiba, 11 de Fevereiro de 2020



*Laelson de Jesus Santana*

**ASSINATURA DO OUTORGANTE  
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)**

**SERVIÇO DISTRITAL DO UMBARÁ**  
Rua Isaac Ferreira da Cruz, 4118 - Curitiba - PR - Fone: (41) 3015-0234  
Notário: Raul Fernandez Schuchovsky

Selo: eHYwW.6Hzbq.lv4Fb-wJHNn.H5xZZ  
Consulte o selo em <http://funarpen.com.br>

RECONHEÇO por AUTENTICO a firma de **LAELSON DE JESUS SANTANA**,  
Curitiba-PR, 21 de fevereiro de 2020.  
Em testemunho da verdade  
Simone Cristina Wiltz Romero - ESCRIVENTE

**SERVIÇO DISTRITAL DO UMBARÁ  
CURITIBA - PR**

# 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: 24/03/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: LAELSON DE JESUS SANTANA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03570

CONTA: 000000007176-5

---

Nr. da Autenticação BEE10C369F675A78

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150109972

**Cidade:** Aracaju

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** LAELSON DE JESUS SANTANA

**Data do acidente:** 18/11/2012

**Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Descrição do exame médico pericial:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 18/03/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Manoel O Nascimento Jr

**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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

## PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

**Médico revisor:** MARCUS VINICIUS CARVALHO FREIRE

**CRM do médico:** 21102

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



Rio de Janeiro, 31 de Março de 2015

Carta nº: 6667310

A/C: LAELSON DE JESUS SANTANA

Sinistro: 3150109972  
Vítima: LAELSON DE JESUS SANTANA  
Data Acidente: 18/11/2012  
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: LAELSON DE JESUS SANTANA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003570

Conta: 000007176-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): Laelson de Jesus Santana  
Endereço do(a) Examinado(a): Avenida Melício Machado, 325  
Atalaia Aracaju SE CEP: 49037-440  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / SE ] 2.365.740-5  
Data local do exame: [ 18/03/2015 ] 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)

**EXTENSO FERIMENTO NA PANTURRILHA À DIREITA.  
AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MARCHA CLAUDICANTE (+/+4), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRURGICA  
IRREGULAR E RETRAÍDA NA FACE LATERAL DA PERNA COM PERDA DE SUBSTANCIA (TECIDO) NA  
PANTURRILHA, FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA (+/+4).  
O PERICIADO REFERE PARESTESIA E EDEMA NA PERNA E TORNOZELO.**

- 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.

**O PERICIADO FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 18/11/2012 E RECEBEU ALTA NO DIA 19/11/2012. O QUADRO FOI  
TRATADO COM CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA E ROTAÇÃO DE RETALHO, HOVE NECROSE DO FERIMENTO  
SENDO REALIZADO DESBRIDAMENTOS CIRÚRGICOS E CICATRIZAÇÃO POR 2ª INTENÇÃO, 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 ANATÔMICA E FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.**

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

- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Sem sequela permanente"

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

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**MEMBRO INFERIOR DIREITO**

% do dano: ( ) 10% residual (X) 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

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.

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

  
Manoel Otacilio Nascimento Junior  
Clínica e Auditoria Médica  
CRM 1827



JULHO DE VIGILÂNCIA EPIDIOLOGICA

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

DATA DO ENVIO

No. DO BE: 726089

DATA: 18/11/2012

HORA: 23:44

USUARIO: KJSDDORES

CNS: 162067214000004

SETOR: 06-SUTURA

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME : LAELSON DE JESUS SANTANA DOC...: 2365740  
 IDADE...: 23 ANOS NASC: 13/01/1989 SEXO...: MASCULINO  
 ENDEREÇO...: RUA CAMPOS NUMERO: 75  
 COMPLEMENTO...: CJ JOAO ALVES BAIRRO: TAICOCA  
 MUNICIPIO...: NOSSA SENHORA DO SOCORRO UF: SE CEP...:  
 NOME PAI/MAE...: JOSE MANOEL DE SANTANA / CRISTINA DE JESUS BENTO  
 RESPONSÁVEL...: TEL...: 3254126  
 PROCEDÊNCIA...: TAICOCA DE FORA  
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO  
 CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE...: NAO  
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM DE JANEIRO

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: Paciente vítima de acidente motociclistico. Lesões em tórax, abdome e membros inferiores. Ferimentos: B. Boca esquerda; C. 88 cm; D. Alça 15; E. 15 cm.  
 ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

NECESSÁRIA AVALIAÇÃO POR EQUIPE

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MEDICAC

- (1) 100mg de morfina + 10mg de clorpromazina 1 amp. no tórax
- (2) 100mg de morfina + 10mg de clorpromazina
- (3) 100mg de morfina
- (4)

DATA DA SAÍDA: / /

HORA DA SAÍDA:

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

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Realizado sutura do FCC em punho direito.  
 Lavagem das feridas torácicas e abdominais.  
 Alta hospitalar com medicação e orientações.





GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## RELATÓRIO MÉDICO

Fundação  
Hospitalar  
de Saúde



NOME DO PACIENTE: Isaelson de Jesus Santana  
DATA DA ENTRADA: 18/11/2012  
DATA DA SAÍDA: 19/11/2012

INTERNAMENTO: PS ( ) ENFERMARIA ( ) UTI ( )

### HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente vítima de acidente de trânsito, deu entrada no HUSE com ferida corto-contusa na perna direita. Foi medicado, suturado e recebeu alta hospitalar com orientações.

### HISTÓRICO CIRÚRGICO:

### EXAMES COMPLEMENTARES:

### MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Thiago Lima Ferreira - CRM 3794

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO (X) TRANSFERIDO ( ) ÓBITO ( )

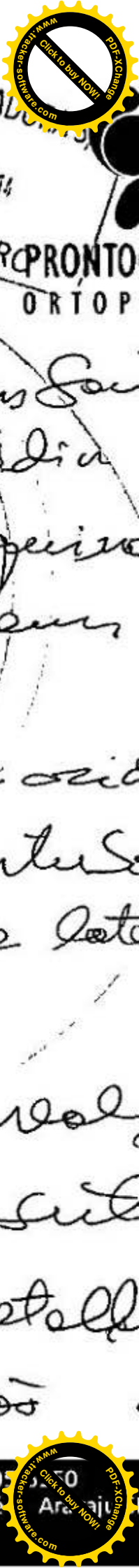
ARACAJU, 4 de junho de 2014

Ismael - CRM 1532

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário.

Dr. Sérgio T. de C.S. Mendes  
Pediatra  
CRM 1582



# Relatório Médico

PRONTO  
ORTOP

O Sr. Loelson de Jesus  
25 anos de idade, Colidido  
em bicicleta em outras máquinas  
chute e cair ao solo em  
2012.

Em Contusão do lado  
sobre fratura Costo Vertebral  
T12 de ± 18mm no face lateral  
do nervo D.

Atendido no HUSC, foi realizado  
Limpouze cirúrgica + sutura  
Evoluiu com necrose do retalho  
Cicatrização por 2ª intenção





Lúcia Rodrigues  
 3189)  
 Cirurgia do Quadril  
 Franco Cabral  
 1880)  
 Ortopedia / Cirurgia  
 Almorais  
 23382)  
 Ortopedia / Dor  
 Rocha Melo  
 2232)  
 Cirurgia do Joelho  
 João de Andrade  
 1295)  
 Ortopedia Fraturas  
 Abel Duarte  
 4163)  
 Cirurgia do Ombro e Cotovelo  
 João de Vasconcelos  
 3258)  
 Cirurgia do Joelho  
 Carlos Carvalho Filho  
 4711)  
 Cirurgia do Joelho / Video  
 Escopia  
 Nelson Albuquerque Jr  
 4224)  
 Ortopedia / Cirurgia  
 do Joelho  
 Siqueira Santana  
 2213)  
 Ortopedia Pediátrica  
 Sr Siqueira Santana  
 2481)  
 Ortopedia e Reconstrução  
 de Membros  
 Anjos Bourbon  
 4713)  
 Cirurgia do Joelho  
 Jéssica de Oliveira  
 2091)  
 Ortopedia e Reconstrução  
 de Membros  
 Oliveira Júnior  
 3191)  
 Cirurgia do Joelho  
 João de Andrade  
 4804)  
 Cirurgia do Tornozelo e Pé  
 Masayuki Ishi  
 2776)  
 Cirurgia da Coluna  
 e Dor  
 Moura Rocha  
 3592)  
 Cirurgia do Joelho, Tornozelo  
 e Pé  
 Masayuki Ishi  
 1276)  
 Cirurgia do Joelho / Video  
 / Acupuntura  
 Ivo de Santiago  
 2598)  
 Cirurgia do Quadril  
 João de Lima Júnior  
 13725)  
 Cirurgia da Coluna  
 Abel de Melo  
 43385)  
 Cirurgia do Ombro e Cotovelo  
 Mendonça Cardoso  
 1277)  
 Medicina Desportiva  
 / Video Artroscopia  
 Carlos Pinheiro Junior  
 13036)  
 Membros Superiores

fibrose e quelóide

Apesar dos procedimentos,  
 ocorreram sequelas definitivas  
 incomodando o paciente, e  
 abaixo relacionados.

(a) Cicatriz retrátil triangular  
 estendendo-se na perna

(b) Dor na perna expor-  
 tando no repouso

(c) Hipersensibilidade local

Assinatura 11/07/2014  
 [Assinatura]

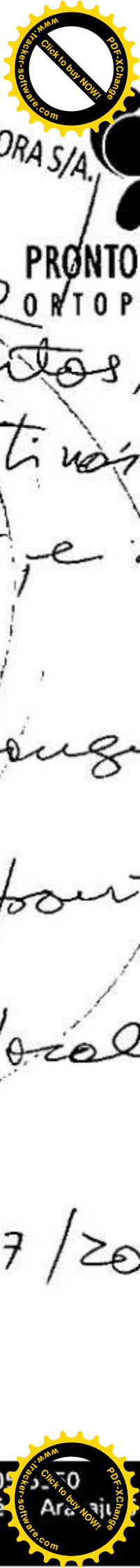
Dr. Masayuki Ishi  
 Médico Ortopedista  
 CRM: 1276

SABEMI SEGURADORA S/A.

13 ABR. 2014

RIO DE JANEIRO

PRONTO  
 ORTOP



SABEMI/SEGURADORA S/A  
13 APO. 2014  
RIO DE JANEIRO

\*1004037

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DE SERGIPE  
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA  
COORDENADORIA GERAL DE POLICIAS  
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO - DR. CARLOS MENDES

Assinatura de Nelson de Jesus Santana

Policial Direito

Carteira de Identidade

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.365.790-5 DATA DE EMISSAO 23/05/2006

NOME LAELSON DE JESUS SANTANA

FILIAÇÃO JOSE MANOEL DE SANTANA

NATURALIDADE CRISTINA DE JESUS MEND

APRIMA-SE

CT. NASCIM. NR 9991.11.19.101

CPF CART DO EXERCÍCIO NO DIST. DE SERGIPE DO RJ

DATA DE NASCIMENTO 13/01/1989

LEI Nº 116 DE 2005





**Ministério da Fazenda**  
**Secretaria da Receita Federal do Brasil**

Comprovante de Situação Cadastral no CPF



Nº do CPF: 051.387.385-69

Nome da Pessoa Física: LAELSON DE JESUS SANTANA

Situação Cadastral: REGULAR

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: **08:58:48** do dia **08/08/2014** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **CEFC.80B9.B933.A69B**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br).

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

\*1004039\*

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_



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, LAELSON DE JESUS SANTANA  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2363740-5 EXPEDIDO POR \_\_\_\_\_ EM \_\_\_\_\_ E  
 CPF 0151131873185-69 CNPJ \_\_\_\_\_, PROFISSÃO \_\_\_\_\_  
 E RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA \_\_\_\_\_, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos relacionados não devem de forma alguma ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ – nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
  - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)

## PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

## PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL OU CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3570 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 7176-5  
 (CPF: 0151131873185-69)

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

ARACAJU-SE, 23 de JANEIRO de 2015  
 LOCAL E DATA

Laelson de Jesus Santana  
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$ 13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-022120.





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

Boletim de Ocorrência Nº: 196142  
Data de Registro: 01/08/2014 15:21:47  
Situação: PENDENTE  
(Este BO ainda não foi validado, favor tentar novamente mais tarde)

**ITEM DA OCORRÊNCIA**

Data: 18/11/2012 Período: NOITE (18:00 - 23:59)

**LOCAL DO FATO**

Endereço: AV. SÃO PAULO Número: Bairro: Cidade: ARACAJU / SE  
Ponto de Referência:

**DECLARANTE**

Nome: LAELSON DE JESUS SANTANA  
Nome Mãe: CRISTINA DE JESUS BENTO  
Data de Nascimento: 13/01/1989 Naturalidade: ARAUÁ Natural de: SE Profissão:  
Telefone de Contato: (79)8827-1240 Ramal:  
RG: 23657405 Órgão emissor: SSP-SE Estado Emissor: SE Data de Expedição: 23/05/2006  
CPF: 05138738569

**LOGRADOURO**

Endereço: AV. MELICIO MACHADO Número: 325 Bairro: ARUANA  
CEP: 49037440 Cidade: ARACAJU / SE

**DADOS DO VEÍCULO**

Ano: 2008 Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN Placa: IAF 0976 Chassi: 9C2JC30708R2 Possui Seguro:  
NÃO Cor: PRETO

**BREVE DESCRIÇÃO DO FATO:**

RELATA O NOTICIANTE QUE PILOTAVA O VEÍCULO DE PLACA IAF 0976 EM NOME DE JOSÉ ALINILSON JESUS SANTANA QUANDO EM DETERMINADO PONTO DO TRAJETO UM PEDESTRE ATRAVESSOU O SEU CAMINHO DE FORMA INDEVIDA, O QUE LEVOU O NOTICIANTE A PERDER O CONTROLE DO VEÍCULO VINDO CONSEQUENTEMENTE A CAIR E SOFRER LESÕES.

*Laelson de Jesus Santana*





## DECLARAÇÃO DE A

CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML

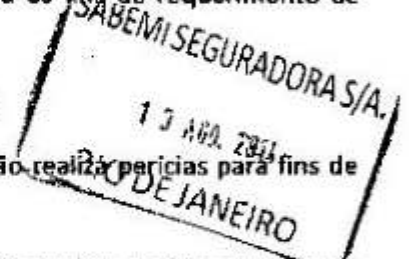


\*1004029\*



Eu, LAELSON DE JESUS SANTANA, portador da carteira de identidade nº 2365740-5 e inscrito no CPF/MF sob o nº 051387315-69 residente e domiciliado na AV. MELICIO MACHADO, 325, ARUANA Cidade ARACAJU, Estado SERGIPE, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;



Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Laelson de Jesus Santana

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

ARACAJU-SE, 08/08/2014

Local e data





MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 726089

DATA: 18/11/2012

HORA: 23:44

USUARIO: KJSDDORES

CNS: 162067214000004

SETOR: 06-SUTURA

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME : LAELSON DE JESUS SANTANA

DOC...: 23657

IDADE...: 23 ANOS NASC: 13/01/1989

SEXO...: MASCULINO

ENDEREÇO...: RUA CAMPOS

NUMERO: 75

COMPLEMENTO...: CJ JOAO ALVES BAIRRO: TAICOCA

MUNICIPIO...: NOSSA SENHORA DO SOCORRO

UF: SE CEP...:

NOME PAI/MAE...: JOSE MANOEL DE SANTANA

/CRISTINA DE JESUS BENTO

RESPONSÁVEL...:

TEL...: 32541

PROCEDÊNCIA...: TAICOCA DE FORA

ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO

CASO POLICIAL...: NAO

PLANO DE SAUDE...: NAO

TRAUMA: NAO

ACID. TRABALHO: NAO

VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA: [ X ] mmHg

PULSO: [ ]

TEMP.: [ ]

PESO: [ ]

EXAMES COMPLEMENTARES:

[ ] RAIO X

[ ] SANGUE

[ ] URINA

[ ] T

[ ] LIQUOR

[ ] ECG

[ ] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS: Paciente vítima de acidente motociclistico DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 18/11/2012

Autore motociclistico. Acidente com Panna D. Hs. C. 88g, B. Boa C. 15, C. 15g com Panna D.

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

NEGA Alergia por medicamento

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MEDICAÇÃO

(1) 100mg de Aspirina 100mg no dia

(2) Ketorolaco 10mg + 1g de Kefzol

(3) AT 01mg. 1mg

DATA DA SAÍDA: / /

ALTA: [ ] DECISÃO MÉDICA [ ] A PEDIDO

[ ] EVASÃO

HORA DA SAÍDA:

[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO

[ ] DESISTÊNCIA

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERÊNCIA (UNIDADE DE SAÚDE):

ÓBITO: [ ] ATÉ 48HS [ ] APÓS 48HS

[ ] FAMÍLIA

[ ] IML

[ ] ANAT. P.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Realizado sutura do FCC em punho direito.  
 Prescreve med. quimio. tóxicas ou abdominais.  
 Alta hospitalar c/ medicação e orientações.