

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: 04/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SAVIO LIMA DE SANTANA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00561

CONTA: 000000104935-9

Nr. da Autenticação 971A47B4E15FB526

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180535056

Cidade: Ribeirópolis

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SAVIO LIMA DE SANTANA

Data do acidente: 03/08/2017

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA EPÍFISE DISTAL DO RÁDIO (PUNHO), À DIREITA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO ANTEBRAÇO E DA MÃO GRAU IV, AUMENTO DO VOLUME DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO, TUMORAÇÃO NA EPÍFISE DISTAL DO RÁDIO (CALO ÓSSEO), DESVIO DA MÃO NO SENTIDO LATERAL, PEQUENA HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DO ANTEBRAÇO E DA MÃO POR DESUSO. APRESENTA TAMBÉM, À PALPAÇÃO, DOR NO PUNHO E NA MÃO, CREPITAÇÃO E RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO COM AMPLITUDE ARTICULAR : FLEXÃO 50° / EXTENSÃO 30°.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA NA FRATURA DE PUNHO. EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL. FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 03/08/2017 E RECEBEU ALTA NO DIA 05/08/2017.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/03/2019

Conduta mantida:

Observações:

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 dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

**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: **3180535056**

Nome do(a) Examinado(a): **SAVIO LIMA DE SANTANA**

Endereço do(a) Examinado(a):

POVOADO RANCHO ALEGRE , s/n - ÁREA RURAL - Areia Branca - SE - CEP 49580-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /SE**] **3.718.089-4**

Data e local do acidente: [**03/08/2017**]

POVOADO ESTEIOS - CIDADE RIBEIRÓPOLIS - AREIA BRANCA - SE.

Data e local do exame: [**27/03/2019**] **Aracaju** [**SE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DA EPÍFISE DISTAL DO RÁDIO (PUNHO), À DIREITA.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO ANTEBRAÇO E DA MÃO GRAU IV, AUMENTO DO VOLUME DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO, TUMORAÇÃO NA EPÍFISE DISTAL DO RÁDIO (CALO ÓSSEO), DESVIO DA MÃO NO SENTIDO LATERAL, PEQUENA HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DO ANTEBRAÇO E DA MÃO POR DESUSO. APRESENTA TAMBÉM, À PALPAÇÃO, DOR NO PUNHO E NA MÃO, CREPITAÇÃO E RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO COM AMPLITUDE ARTICULAR : FLEXÃO 50° / EXTENSÃO 30°.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA NA FRATURA DE PUNHO. EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL. FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 03/08/2017 E RECEBEU ALTA NO DIA 05/08/2017.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do punho direito

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 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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Punho direito

% 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

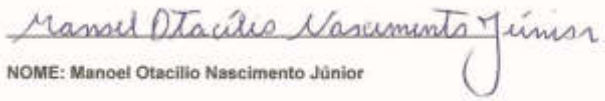
Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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 a valoração do dano corporal.



NOME: Manoel Otacilio Nascimento Júnior
CRM: 1827 SERGIPE

Manoel Otacilio Nascimento Junior - CRM: 1827 - SE



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

30 OUT 2017

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, Elizabete Lima dos Santos
PORTADOR(A) DO RG Nº 1326128 EXPEDIDO POR SSP/SE EM 07/12/12 E
CPF 0006614935-92 / CNPJ _____, PROFISSÃO Condutor
E RENDA MENSAL DE R\$ 200,00 (**) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Somno Lima dos Santos AUTORIZO A SEGURADORA LIDER 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 reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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.

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 E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0561 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 104935-9

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

N. Sr.ª Elizabete 27 de 10 de 17 Elizabete Lima dos Santos
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

Elizabete Lima dos Santos

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

17 SET 2018



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

059.060.435-00

Nome completo da vítima

Sávio Lima de Santana

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Sávio Lima de Santana		CPF titular da conta 059.060.435-00	Profissão Aposentado
Endereço Rovado Rancho Alegre		Número 511	Complemento Casa
Bairro Área Rural	Cidade Muita Bonita	Estado SC	CEP 49580-000
Email Mascosdegloria@gmail.com		Telefone (DDD) 79-99918-9207	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. 0561 D/V		CONTA NRO. 104935 D/V		BANCO Nome: _____ NRO. _____		AGÊNCIA NRO. _____ D/V	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(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.

Cláudia 16 de Agosto de 2018
Local e Data

Sávio Lima de Santana

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

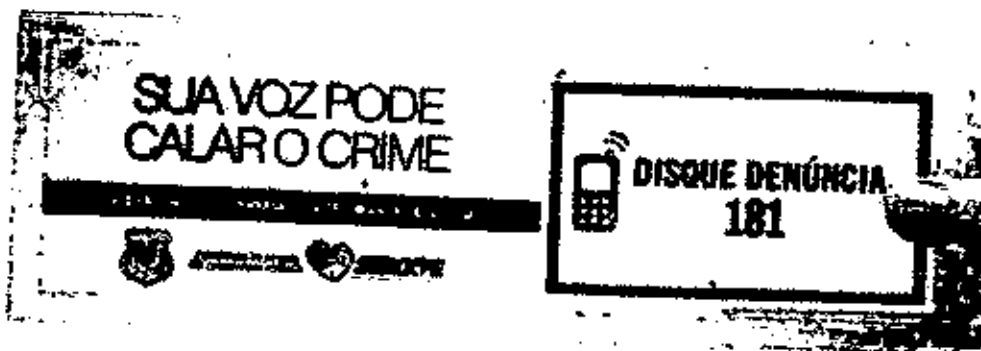
05/10/2017

Departamento da Polícia Civil - Boletim de Ocorrência

19 JAN 2018



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



DELEGACIA DE POLÍCIA DE RIBEIRÓPOLIS

RUA RUI BARBOSA, CENTRO FONE: (33) 3449-1349

RPO - Registro Policial da Ocorrência 2017/06583.0-000566

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE RIBEIRÓPOLIS

Endereço: RUA RUI BARBOSA, CENTRO FONE: (33) 3449-1349

Boletim de ocorrência



FATO

Data e Hora do Fato: 03/08/2017 - 16:00 até 03/08/2017 - 16:30

Endereço: Número: Complemento: CEP: 49530-000

Bairro: POVOADO ESTEIOS Cidade: RIBEIRÓPOLIS - SE Circunscrição: DELEGACIA DE POLÍCIA DE RIBEIRÓPOLIS

Tipo de local: OUTROS Meio Empregado: NENHUM

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: ELIELZA LIMA DOS SANTOS

Nome do pai: MANOEL FRANCISCO DOS SANTOS Nome da mãe: VALDETE LIMA DOS SANTOS

Pessoa: Física CPF/CGC: 000.000.000-00 RG: 13261282 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: MOITA BONITA Data de nascimento: 08/07/1978 Sexo: Feminino Cor da pele: Parda

Profissão: COMERCIANTE Estado civil: Convivente Grau de instrução: 1º Grau Incompleto

Endereço: BAR DE ELIELZAPOVOADO LAGOA SECA Número: 80 Complemento: ZONA RURAL

CEP: 49.560-000 Bairro: POV. LAGOA SECA Cidade: MOITA BONITA UF: SE

Proximidades: NAS MARGENS DA RODOVIA PRINCIPAL Telefone: 79-

HISTÓRICO

A notificante relatou que hora e local acima mencionados estava conduzindo a motocicleta HONDA/CB 150 TITAN EX ANO/MOD 2011/2011 DE COR PRETA, DE PLACA POLICIAL NVH-1716, CHASSI 9CZKC1890BR537R10 EM NOME DE JOSE ORLANDO DE SANTANA, que estava indo para sua residência localizada em Moita Bonita, que uma motocicleta que vinha em sentido contrário invadiu a pista contrária e atingiu a motocicleta que a notificante estava conduzindo sofrendo um acidente, a notificante afirmou que na garupa da motocicleta estava seu filho SAVIO LIMA DE SANTANA inscrito no RG 3.718.089-4, a notificante relatou que foram socorridos por populares que passaram pelo local e foram levados para o Hospital Regional de Itabaiana. A notificante afirmou que seu filho SAVIO LIMA DE SANTANA tatou o punho do braço esquerdo, exposto de acordo com o relatório médico. A notificante registra o fato para que possa dar entrada no seguro DPVAT.

Data e hora da comunicação: 05/10/2017 às 09:19

Última Alteração: 05/10/2017 às 09:18

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 se não se ter verificado. Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

Elieza Lima dos Santos
ELIELZA LIMA DOS SANTOS
Responsável pela comunicação

Gleisse Evelyn Costa Andrade
Gleisse Evelyn Costa Andrade
Responsável pelo preenchimento

Eduardo César Souza Nascimento
Eduardo César Souza Nascimento
Delegado de Polícia Civil

411



MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

 NO. DO BE: 467577
 CNS:

 DATA: 08/03/2017 HORA: 17:46 USUARIO: JPEREIRA
 SETOR: 05-SUTURA

30 OUT 2017

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : SAVIO LIMA DE SANTANA DOC.: 3,7180894
 IDADE: 16 ANOS NASC: 11/04/2000 SEXO: MASCULINO
 ENDEREÇO: POV LAGOA SECA NUMERO: 0
 COMPLEMENTO: CASA BAIRRO: ZONA RURAL
 MUNICIPIO: MOITA BONITA UF: SE CEP.: 49565-000
 NOME PAI/MAE: JOSE CARLOS DE SANTANA /ELIZA LIMA DOS SANTOS
 RESPONSÁVEL: MAE TEL.:
 PROCEDENCIA: MOITA BONITA - SE
 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: / /

FCE em 3' O.D. 10/10. V.A. 10/10.
 N/A - clínicamente - fraco

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

São também em 3' O.D. 10/10. V.A. 10/10.
 N/A - clínicamente - fraco

DIAGNOSTICO:

CID:

HORARIO DA MEDICACAO

PRESCRIÇÃO

Dr. Alex Moura
 Cirurgia Geral/Coloproctologia
 CRM/SE 3573

DATA DA SAÍDA: / /

HORA DA SAÍDA:

 ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

19:03

Dr. Alex Moura
 Cirurgia Geral/Coloproctologia
 CRM/SE 3573

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Receituário

30 OUT 2017

SARVIO LIMA DO SANTANA

Receituário Médico

PACIENTE EM TRATAMENTO
CONSERVAÇÃO DE FUNÇÃO NO
MEMBRO DISTAL À Q. HDE,
COM CONSOLIDAÇÃO CÚNIO-METAFIS-
OARTRIA. 217:562

ATX:

17/08/17

Dr. Marcelo M. da Mota
Ortopedia e Traumatologia
Clínica e Cirurgia da Coluna
CRM/SE 4135 TEOT 14343

30 OUT 2017

MS/DATASUS HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO
 No. DO BE: 442403 DATA: 19/07/2017 HORA: 17:43 USUARIO: ATANOQUEIRA
 CNS: SETOR: 05-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : SAVIO LIMA DE SANTANA DOC...: 3,71808
 IDADE.....: 17 ANOS NASC: 11/04/2000 SEXO...: MASCULI
 ENDereco.....: POV LAGOA SECA NUMERO: 0
 COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: ZONA RURAL
 MUNICIPIO.....: MOITA BONITA UF: SE CEP...: 49565-0
 NOME PAI/MAE...: JOSE CARLOS DE SANTANA /ELIELZA LIMA
 RESPONSAVEL....: MAE TEL....:
 PROCEDENCIA....: MOITA BONITA - SE
 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: [] RAO X [] SANGUE [] URINA [] TC
 [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRRAFIA

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

DADOS CLINICOS: *Acid - rot. refe. cansa, vomito, dor* DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICAC

Receita para
Dr. Integrante
velho novo
21:00
 DATA DA SAIDA: *21:00*
 ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
 INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
 OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT.

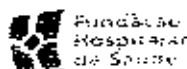
Elisza Lima da Silva
 ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Alcides R. Silva
 Médico
 CRM/SE 4407

Olga P. Silva
 Tec. em Radiologia
 CRTR 00/07 Reg

21:00 Paciente evadido / Não responde



HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA

Dr. PEDRO GARCIA MORENO FILHO

UP: PRONTO SOCORRO

ACOLHIMENTO & CLASSIFICAÇÃO DE RISCO



CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Identificação do Paciente

Nome: _____ Data de Nascimento: _____

Tempo de Espera

Até 15 minutos (Ambulatório)

Até 50 minutos (Urgência)

Imediato (Emergência)

Busca espontânea

Gestante

SAMU

Acidente de trabalho

Encaminhamento

Ambulância

Corpo de Bombeiro

Duração da Queixa:

Aguda

Crônica

DM

Cardiopatia

HAS

Enlista

Tabagista

Uso de Medicação:

Não

Sim

Qual:

Alergias:

Não

Sim

Qual:

Sinais Vitais:

FC (bpm)

FR (rpm)

SP02 (%)

Tem °C

PA (mmHg)

GLC (mg/dl)

Peso (kg)

Escala de Coma de Glasgow:

Abertura Ocular

Resposta Verbal

Resposta Motora

TOTAL

Sistema Nervoso

Consciência

Inconsciente

Eupneico

Tosse

Sistema Cardiovascular

Normocárdico

Hipertenso

Orientação

Desorientado

Ortopnéia

Hemoptise

Hipertenso

Normotenso

Taquipar

Confuso

Taquipneico

Secreção

Dor Torácica

Bradicárdico

Tumulto

Náusea

Tir. Intercostal

Tir. Subcostal

Angina

Precordialgia

Isquemia

Vitriaxe

Dispneico

Bradipneico

P. Rítmico

P. Arritmico

Ansiedade

Miose

Taquicárdico

S. Gastrointestinal

Hicção

Hem. agnese

Anúria

Micúria

C/Sedimentos

Sistema Osteoarticular

Artralgia

Atrofia

Globose

Melen.

Colúria

Hematúria

Giordano

Cervicalgia

Lombalgia

Laíse

Constipação

Oligúria

Polaciúria

Espasmos

Cãimbra

Pirase

Disúria

Disúria

Priapismo

Hemiparesia

Hemiplegia

Diarreia

Hexúria

Hexúria

Empúria

Paraplegia

Rígido

Diurese Concentrada

+

-

Susp. Fratura Qual?

Especialidade:

Clínica

Cirúrgico

Pediátrico

Ortopédico

Enfermagem

Classificação de Risco

Vermelho

Laranja

Amarelo

Verde

Azul

Hora da Classificação:

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

Data/Hora

20/07/2015 15h 00min

Data/Hora

20/07/2015 15h 00min

Assinatura de Dr. Pedro G. M. Filho

Médico

30 OUT 2017

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 444704
CNS:DATA: 27/07/2017 HORA: 09:05 USUARIO: ATANOGUEIRA
SETOR: 04-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : SAVIO LIMA DE SANTANA DOC.: 3,7180894
 IDADE: 17 ANOS NASC: 11/04/2000 SEXO: MASCULINO
 ENDERECO: POV LAGOA SECA NUMERO: 0
 COMPLEMENTO: CASA BAIRRO: ZONA RURAL
 MUNICIPIO: MOITA BONITA UF: SE CEP: 49565-000
 NOME PAI/MAE: JOSE CARLOS DE SANTANA /ELIELZA LIMA
 RESPONSAVEL: MAE TEL.:
 PROCEDENCIA: MOITA BONITA - SE
 ATENDIMENTO: REVISAO
 CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO
 Ana Cristina
 Tel. 00361

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: __/__/__

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[] FAMILIA [] IML [] ANETA PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. Bacio Bittencourt
 Especialista em Traumatologia
 Hospital de Referência de Vitória
 40560-000 SE 4328

117

30 OUT 2017

NOME: HOSPITAL RES DA PEDRO GARCIA MORENO
CC EE: 45449 DATA: 17/08/2017 HORA: 07:18 USUARIO: JPEREIRA
SETOR: 04-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: SANCIO LIMA DE SANTANA DOC.: 3,7'2089
IDADE: 17 ANOS NASC: 14/2000 SEXO: MASCULINO
ENDEREÇO: RUA LACER DECA NUMERO: 0
COMPL: CASA BAIRRO: ZONA RURAL
MUNIC: NOVA BONITA UF: SE CEP.: 49565-00
NOME PAI: JOSE CARLOS DE SANTANA / ELIZA LIMA DOS SANTOS
RESP: SANCIO LIMA TEL.: NAO TEM
PROCEDE: NOVA BONITA - SE
ATENDIMENTO: REVISAO
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VIT. DE AMPLIACAO: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ____/____/____

FT NADIA OUTRO APTO

com sintomas HA - 05 dias

ANOTAÇÕES DA ENFERMEIRA:

com carotídeo
cúbito - 10-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100-101-102-103-104-105-106-107-108-109-110-111-112-113-114-115-116-117-118-119-120-121-122-123-124-125-126-127-128-129-130-131-132-133-134-135-136-137-138-139-140-141-142-143-144-145-146-147-148-149-150-151-152-153-154-155-156-157-158-159-160-161-162-163-164-165-166-167-168-169-170-171-172-173-174-175-176-177-178-179-180-181-182-183-184-185-186-187-188-189-190-191-192-193-194-195-196-197-198-199-200-201-202-203-204-205-206-207-208-209-210-211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-235-236-237-238-239-240-241-242-243-244-245-246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-263-264-265-266-267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-370-371-372-373-374-375-376-377-378-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-470-471-472-473-474-475-476-477-478-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-570-571-572-573-574-575-576-577-578-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-589-590-591-592-593-594-595-596-597-598-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-670-671-672-673-674-675-676-677-678-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-689-690-691-692-693-694-695-696-697-698-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-710-711-712-713-714-715-716-717-718-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-789-790-791-792-793-794-795-796-797-798-799-800-801-802-803-804-805-806-807-808-809-810-811-812-813-814-815-816-817-818-819-820-821-822-823-824-825-826-827-828-829-830-831-832-833-834-835-836-837-838-839-840-841-842-843-844-845-846-847-848-849-850-851-852-853-854-855-856-857-858-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-870-871-872-873-874-875-876-877-878-879-880-881-882-883-884-885-886-887-888-889-890-891-892-893-894-895-896-897-898-899-900-901-902-903-904-905-906-907-908-909-910-911-912-913-914-915-916-917-918-919-920-921-922-923-924-925-926-927-928-929-930-931-932-933-934-935-936-937-938-939-940-941-942-943-944-945-946-947-948-949-950-951-952-953-954-955-956-957-958-959-960-961-962-963-964-965-966-967-968-969-970-971-972-973-974-975-976-977-978-979-980-981-982-983-984-985-986-987-988-989-990-991-992-993-994-995-996-997-998-999-1000-1001-1002-1003-1004-1005-1006-1007-1008-1009-1010-1011-1012-1013-1014-1015-1016-1017-1018-1019-1020-1021-1022-1023-1024-1025-1026-1027-1028-1029-1030-1031-1032-1033-1034-1035-1036-1037-1038-1039-1040-1041-1042-1043-1044-1045-1046-1047-1048-1049-1050-1051-1052-1053-1054-1055-1056-1057-1058-1059-1060-1061-1062-1063-1064-1065-1066-1067-1068-1069-1070-1071-1072-1073-1074-1075-1076-1077-1078-1079-1080-1081-1082-1083-1084-1085-1086-1087-1088-1089-1090-1091-1092-1093-1094-1095-1096-1097-1098-1099-1100-1101-1102-1103-1104-1105-1106-1107-1108-1109-1110-1111-1112-1113-1114-1115-1116-1117-1118-1119-1120-1121-1122-1123-1124-1125-1126-1127-1128-1129-1130-1131-1132-1133-1134-1135-1136-1137-1138-1139-1140-1141-1142-1143-1144-1145-1146-1147-1148-1149-1150-1151-1152-1153-1154-1155-1156-1157-1158-1159-1160-1161-1162-1163-1164-1165-1166-1167-1168-1169-1170-1171-1172-1173-1174-1175-1176-1177-1178-1179-1180-1181-1182-1183-1184-1185-1186-1187-1188-1189-1190-1191-1192-1193-1194-1195-1196-1197-1198-1199-1200-1201-1202-1203-1204-1205-1206-1207-1208-1209-1210-1211-1212-1213-1214-1215-1216-1217-1218-1219-1220-1221-1222-1223-1224-1225-1226-1227-1228-1229-1230-1231-1232-1233-1234-1235-1236-1237-1238-1239-1240-1241-1242-1243-1244-1245-1246-1247-1248-1249-1250-1251-1252-1253-1254-1255-1256-1257-1258-1259-1260-1261-1262-1263-1264-1265-1266-1267-1268-1269-1270-1271-1272-1273-1274-1275-1276-1277-1278-1279-1280-1281-1282-1283-1284-1285-1286-1287-1288-1289-1290-1291-1292-1293-1294-1295-1296-1297-1298-1299-1300-1301-1302-1303-1304-1305-1306-1307-1308-1309-1310-1311-1312-1313-1314-1315-1316-1317-1318-1319-1320-1321-1322-1323-1324-1325-1326-1327-1328-1329-1330-1331-1332-1333-1334-1335-1336-1337-1338-1339-1340-1341-1342-1343-1344-1345-1346-1347-1348-1349-1350-1351-1352-1353-1354-1355-1356-1357-1358-1359-1360-1361-1362-1363-1364-1365-1366-1367-1368-1369-1370-1371-1372-1373-1374-1375-1376-1377-1378-1379-1380-1381-1382-1383-1384-1385-1386-1387-1388-1389-1390-1391-1392-1393-1394-1395-1396-1397-1398-1399-1400-1401-1402-1403-1404-1405-1406-1407-1408-1409-1410-1411-1412-1413-1414-1415-1416-1417-1418-1419-1420-1421-1422-1423-1424-1425-1426-1427-1428-1429-1430-1431-1432-1433-1434-1435-1436-1437-1438-1439-1440-1441-1442-1443-1444-1445-1446-1447-1448-1449-1450-1451-1452-1453-1454-1455-1456-1457-1458-1459-1460-1461-1462-1463-1464-1465-1466-1467-1468-1469-1470-1471-1472-1473-1474-1475-1476-1477-1478-1479-1480-1481-1482-1483-1484-1485-1486-1487-1488-1489-1490-1491-1492-1493-1494-1495-1496-1497-1498-1499-1500-1501-1502-1503-1504-1505-1506-1507-1508-1509-1510-1511-1512-1513-1514-1515-1516-1517-1518-1519-1520-1521-1522-1523-1524-1525-1526-1527-1528-1529-1530-1531-1532-1533-1534-1535-1536-1537-1538-1539-1540-1541-1542-1543-1544-1545-1546-1547-1548-1549-1550-1551-1552-1553-1554-1555-1556-1557-1558-1559-1560-1561-1562-1563-1564-1565-1566-1567-1568-1569-1570-1571-1572-1573-1574-1575-1576-1577-1578-1579-1580-1581-1582-1583-1584-1585-1586-1587-1588-1589-1590-1591-1592-1593-1594-1595-1596-1597-1598-1599-1600-1601-1602-1603-1604-1605-1606-1607-1608-1609-1610-1611-1612-1613-1614-1615-1616-1617-1618-1619-1620-1621-1622-1623-1624-1625-1626-1627-1628-1629-1630-1631-1632-1633-1634-1635-1636-1637-1638-1639-1640-1641-1642-1643-1644-1645-1646-1647-1648-1649-1650-1651-1652-1653-1654-1655-1656-1657-1658-1659-1660-1661-1662-1663-1664-1665-1666-1667-1668-1669-1670-1671-1672-1673-1674-1675-1676-1677-1678-1679-1680-1681-1682-1683-1684-1685-1686-1687-1688-1689-1690-1691-1692-1693-1694-1695-1696-1697-1698-1699-1700-1701-1702-1703-1704-1705-1706-1707-1708-1709-1710-1711-1712-1713-1714-1715-1716-1717-1718-1719-1720-1721-1722-1723-1724-1725-1726-1727-1728-1729-1730-1731-1732-1733-1734-1735-1736-1737-1738-1739-1740-1741-1742-1743-1744-1745-1746-1747-1748-1749-1750-1751-1752-1753-1754-1755-1756-1757-1758-1759-1760-1761-1762-1763-1764-1765-1766-1767-1768-1769-1770-1771-1772-1773-1774-1775-1776-1777-1778-1779-1780-1781-1782-1783-1784-1785-1786-1787-1788-1789-1790-1791-1792-1793-1794-1795-1796-1797-1798-1799-1800-1801-1802-1803-1804-1805-1806-1807-1808-1809-1810-1811-1812-1813-1814-1815-1816-1817-1818-1819-1820-1821-1822-1823-1824-1825-1826-1827-1828-1829-1830-1831-1832-1833-1834-1835-1836-1837-1838-1839-1840-1841-1842-1843-1844-1845-1846-1847-1848-1849-1850-1851-1852-1853-1854-1855-1856-1857-1858-1859-1860-1861-1862-1863-1864-1865-1866-1867-1868-1869-1870-1871-1872-1873-1874-1875-1876-1877-1878-1879-1880-1881-1882-1883-1884-1885-1886-1887-1888-1889-1890-1891-1892-1893-1894-1895-1896-1897-1898-1899-1900-1901-1902-1903-1904-1905-1906-1907-1908-1909-1910-1911-1912-1913-1914-1915-1916-1917-1918-1919-1920-1921-1922-1923-1924-1925-1926-1927-1928-1929-1930-1931-1932-1933-1934-1935-1936-1937-1938-1939-1940-1941-1942-1943-1944-1945-1946-1947-1948-1949-1950-1951-1952-1953-1954-1955-1956-1957-1958-1959-1960-1961-1962-1963-1964-1965-1966-1967-1968-1969-1970-1971-1972-1973-1974-1975-1976-1977-1978-1979-1980-1981-1982-1983-1984-1985-1986-1987-1988-1989-1990-1991-1992-1993-1994-1995-1996-1997-1998-1999-2000-2001-2002-2003-2004-2005-2006-2007-2008-2009-2010-2011-2012-2013-2014-2015-2016-2017-2018-2019-2020-2021-2022-2023-2024-2025-2026-2027-2028-2029-2030-2031-2032-2033-2034-2035-2036-2037-2038-2039-2040-2041-2042-2043-2044-2045-2046-2047-2048-2049-2050-2051-2052-2053-2054-2055-2056-2057-2058-2059-2060-2061-2062-2063-2064-2065-2066-2067-2068-2069-2070-2071-2072-2073-2074-2075-2076-2077-2078-2079-2080-2081-2082-2083-2084-2085-2086-2087-2088-2089-2090-2091-2092-2093-2094-2095-2096-2097-2098-2099-2100-2101-2102-2103-2104-2105-2106-2107-2108-2109-2110-2111-2112-2113-2114-2115-2116-2117-2118-2119-2120-2121-2122-2123-2124-2125-2126-2127-2128-2129-2130-2131-2132-2133-2134-2135-2136-2137-2138-2139-2140-2141-2142-2143-2144-2145-2146-2147-2148-2149-2150-2151-2152-2153-2154-2155-2156-2157-2158-2159-2160-2161-2162-2163-2164-2165-2166-2167-2168-2169-2170-2171-2172-2173-2174-2175-2176-2177-2178-2179-2180-2181-2182-2183-2184-2185-2186-2187-2188-2189-2190-2191-2192-2193-2194-2195-2196-2197-2198-2199-2200-2201-2202-2203-2204-2205-2206-2207-2208-2209-2210-2211-2212-2213-2214-2215-2216-2217-2218-2219-2220-2221-2222-2223-2224-2225-2226-2227-2228-2229-2230-2231-2232-2233-2234-2235-2236-2237-2238-2239-2240-2241-2242-2243-2244-2245-2246-2247-2248-2249-2250-2251-2252-2253-2254-2255-2256-2257-2258-2259-2260-2261-2262-2263-2264-2265-2266-2267-2268-2269-2270-2271-2272-2273-2274-2275-2276-2277-2278-2279-2280-2281-2282-2283-2284-2285-2286-2287-2288-2289-2290-2291-2292-2293-2294-2295-2296-2297-2298-2299-2300-2301-2302-2303-2304-2305-2306-2307-2308-2309-2310-2311-2312-2313-2314-2315-2316-2317-2318-2319-2320-2321-2322-2323-2324-2325-2326-2327-2328-2329-2330-2331-2332-2333-2334-2335-2336-2337-2338-2339-2340-2341-2342-2343-2344-2345-2346-2347-2348-2349-2350-2351-2352-2353-2354-2355-2356-2357-2358-2359-2360-2361-2362-2363-2364-2365-2366-2367-2368-2369-2370-2371-2372-2373-2374-2375-2376-2377-2378-2379-2380-2381-2382-2383-2384-2385-2386-2387-2388-2389-2390-2391-2392-2393-2394-2395-2396-2397-2398-2399-2400-2401-2402-2403-2404-2405-2406-2407-2408-2409-2410-2411-2412-2413-2414-2415-2416-2417-2418-2419-2420-2421-2422-2423-2424-2425-2426-2427-2428-2429-2430-2431-2432-2433-2434-2435-2436-2437-2438-2439-2440-2441-2442-2443-2444-2445-2446-2447-2448-2449-2450-2451-2452-2453-2454-2455-2456-2457-2458-2459-2460-2461-2462-2463-2464-2465-2466-2467-2468-2469-2470-2471-2472-2473-2474-2475-2476-2477-2478-2479-2480-2481-2482-2483-2484-2485-2486-2487-2488-2489-2490-2491-2492-2493-2494-2495-2496-2497-2498-2499-2500-2501-2502-2503-2504-2505-2506-2507-2508-2509-2510-2511-2512-2513-2514-2515-2516-2517-2518-2519-2520-2521-2522-2523-2524-2525-2526-2527-2528-2529-2530-2531-2532-2533-2534

17 SET 2018

Documentação médica - hospital

411



MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

 No. DO BE: 467577
 CNS:

 DATA: 08/03/2017 HORA: 17:46 USUARIO: JPEREIRA
 SETOR: 05-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : SAVIO LIMA DE SANTANA DOC...: 3,7180894
 IDADE : 16 ANOS NASC: 11/04/2000 SEXO...: MASCULINO
 ENDEREÇO : POV LAGOA SECA NUMERO: 0
 COMPLEMENTO : CASA BAIRRO: ZONA RURAL UF: SE CEP...: 49565-000
 MUNICIPIO : MOITA BONITA /ELIZA LIMA DOS SANTOS
 NOME PAI/MAE : JOSE CARLOS DE SANTANA TEL...:
 RESPONSÁVEL : MAE
 PROCEDENCIA : MOITA BONITA - SE
 ATENDIMENTO : ACIDENTE MOTOCICLISTICO TRAUMA: NAO
 CASO POLICIAL : NAO PLANO DE SAUDE...: 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: / /

FPE em 3.0.1. Data de entrada: 08/03/2017
 Nig - clíng - 2 - fricção
 ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

HORARIO DA MEDICACAO

PRESCRIÇÃO

Dr. Alex Moura
 Cirurgia Geral/Coloproctologia
 CRM/SF 5573

DATA DA SAÍDA: / /

HORA DA SAÍDA: ..

 ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
 INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

19:03
 Dr. Alex Moura
 Cirurgia Geral/Coloproctologia
 CRM/SF 5573

17 SET 2018

17/09/2018

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 442403
CNS:DATA: 19/07/2017
SETOR: 05-SUTURA

HORA: 17:43 USUARIO: ATANOGUEIRA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : SAVIO LIMA DE SANTANA DOC...: 3,71808
 IDADE...: 17 ANOS NASC: 11/04/2000 SEXO...: MASCULI
 ENDereco...: POV LAGOA SECA NUMERO: 0
 COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: ZONA RURAL
 MUNICIPIO...: MOITA BONITA UF: SE CEP...: 49565-0
 NOME PAI/MAE...: JOSE CARLOS DE SANTANA /ELIELZA LIMA
 RESPONSAVEL...: MAE TEL...:
 PROCEDENCIA...: MOITA BONITA - SE
 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: / /

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICAC

DATA DA SAIDA:

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

HORA DA SAIDA:

[] DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[] FAMILIA [] IML [] ANAT.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

11:00 Paciente insatisfeito / Não responde

Aloisio P. Lima
Médico
CRM/SE 4407Aloisio P. Lima
Téc. em Radiologia
CRTR 00/07/2018



Sônia Lima de Santana

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente com fratura no osso
do punho direito, devido a acidente
motorístico ocorrido no dia 19/07/
2017. Solicito a liberação de recurso
DPVAT para o paciente acima.

Moita 01/08/18

Drª Soraia Mychelle D. Silva
Clínica Geral
CRM/SE 3754

0165 VNU 4



ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE MOITA BONITA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Relatório médico

O pto. saúde deus do itano,
18 anos, foi atendido com queixa
de fratura humeral no ant. 19/07/18
no Hospital Regional de Sergipe,
Linhação médica de fratura
humeral, com lesão associada
com isso foi encaminhado ao hospital
(muito rápido).

09/11/18
Dr. Wagner Costa da Costa
Médico
CRM-SE 226