

# 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: 25/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.012,50

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

CLIENTE: CLEGITON VIEIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04051

CONTA: 000000106426-7

---

Nr. da Autenticação 1536926A6CB0E414

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

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

CLIENTE: CLEGITON VIEIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04051

CONTA: 000000106426-7

---

Nr. da Autenticação B8E37ECA178E3D5D

**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: **3180510887**

Nome do(a) Examinado(a): **CLEGITON VIEIRA DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Rua Francisco Xavier de Sales, 1031, BL 22 B AP 23 D - Chácara Santana - São Paulo - SP - CEP 05830**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /SP** ] **37.417.523**

Data e local do acidente: [ **25/05/2018** ]

**Avenida Marginal Pinheiros Morumbi São Paulo SP**

Data e local do exame: [ **16/01/2019** ] **São Paulo** [ **SP** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FERIMENTO DESCOLANTE DO PÉ ESQUERDO. FRATURA DO HÁLUX ESQUERDO.**

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

**Anatômicas:** *MIE: Diminuição volumétrica do hálux de 1+/4+, hipotrofia da musculatura dorsal do antepé de 1+/4+, sem edema, cicatriz cirúrgica de FK, deformidade da 1ª MTF, encurtamento de 1 cm do hálux. Funcionais: Mobilidade de cada articulação (Avaliação dos arcos de movimentos: ativa feita pela vítima). Ângulos colocados em () representam o normal da articulação contralateral.* **MIE:** Pé: hálux rígido. Demais articulações do MIE sem alterações funcionais provocadas pelo sinistro em avaliação. **Orientação auto e alopsíquica:** Reconhece a própria identidade, apresenta boa orientação temporo-espacial, lúcido, consciente, vem sozinho à avaliação. **Marcha:** claudicação moderada; marcha sem apoio de ótese externa, sem apoio plantar completo. **Outras alterações:** sem.

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

**HU USP (25/05/18 Moto X Auto):** *Ferimento descolante do pé esquerdo com necrose de pele. TC coluna LS com fx do processo transverso de L4. Ausência de fx do pé, tz e perna à esquerda. Lesão extensa em partes moles na região do médio e antepé com exposição de estruturas profundas. Feito DB e LC. DAH: 30/05/18. Sequencia de curativos no HU USP em dias sequenciais e internado em 15/06/18 com programação de abordagem cirúrgica do pé esquerdo. Operado em 05/07/18 com intensão de amputação de hálux por fx do mesmo, optou-se no ato cirúrgico por FPC com 1 FK e DB com DAH: 16/07/18. Comparece com claudicação moderada e sem apoio de ótese. Ultima avaliação em outubro/18. Queixa de limitação de deambulação com dificuldade para apoio da base do hálux e fazendo marcha apenas com apoio maior do calcâneo. Tem distúrbio sensitivo com formigamento e adormecimento constante.*

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

**Limitação funcional do pé esquerdo**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII.** Segundo 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):

**Pé esquerdo**

% 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.

*Nota do revisor: "PI" pago anteriormente (Líder): 5% da IS. O "PI" ora estabelecido (7,5%) é complementar.*



Jaime Goldzveig - CRM: 31193 - SP

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180510887      **Cidade:** São Paulo      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CLEGITON VIEIRA DA SILVA      **Data do acidente:** 25/05/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 11/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA CORTO CONTUSO EM PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

SINISTRO COM PAGAMENTO E VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM R\$ 675,00 PARA A QUANTIFICAÇÃO DA SEQUELA EM GRAU RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO (10%).

## 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 anatômica completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
<b>Total</b>			<b>5 %</b>	<b>R\$ 675,00</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** BRUNO BARBOSA MENDONCA

**CRM:** 900400

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180510887      **Cidade:** São Paulo      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CLEGITON VIEIRA DA SILVA      **Data do acidente:** 25/05/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FERIMENTO DESCOLANTE DO PÉ ESQUERDO.  
FRATURA DO HÁLUX ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** Anatômicas:  
MIE:  
Diminuição volumétrica do hálux de 1+/4+, hipotrofia da musculatura dorsal do antepé de 1+/4+, sem edema, cicatriz cirúrgica de FK, deformidade da 1ª MTF, encurtamento de 1 cm do hálux.  
Funcionais: Mobilidade de cada articulação (Avaliação dos arcos de movimentos: ativa feita pela vítima).  
Ângulos colocados em () representam o normal da articulação contralateral.  
MIE: Pé: hálux rígido.  
Demais articulações do MIE sem alterações funcionais provocadas pelo sinistro em avaliação.  
Orientação auto e alopísquica: Reconhece a própria identidade, apresenta boa orientação temporo-espacial, lúcido, consciente, vem sozinho à avaliação.  
Marcha: claudicação moderada; marcha sem apoio de órtese externa, sem apoio plantar completo. Outras alterações: sem.

**Resultados terapêuticos:** HU USP (25/05/18 Moto X Auto): Ferimento descolante do pé esquerdo com necrose de pele.  
TC coluna LS com fx do processo transverso de L4.  
Ausência de fx do pé, tz e perna à esquerda. Lesão extensa em partes moles na região do médio e antepé com exposição de estruturas profundas.  
Feito DB e LC. DAH: 30/05/18. Sequencia de curativos no HU USP em dias sequenciais e internado em 15/06/18 com programação de abordagem cirúrgica do pé esquerdo. Operado em 05/07/18 com intensão de amputação de hálux por fx do mesmo, optou-se no ato cirúrgico por FPC com 1 FK e DB com DAH: 16/07/18. Comparece com claudicação moderada e sem apoio de órtese.  
Última avaliação em outubro/18.  
Queixa de limitação de deambulação com dificuldade para apoio da base do hálux e fazendo marcha apenas com apoio maior do calcâneo.  
Tem distúrbio sensitivo com formigamento e adormecimento constante.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do pé esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 16/01/2019

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** Nota do revisor: "PI" pago anteriormente (Líder): 5% da IS. O "PI" ora estabelecido (7,5%) é complementar e contempla dano leve em pé esquerdo (25% de 50%).  
Procedida avaliação médica na cidade de São Paulo.

**Médico examinador:** Jaime Goldzveig

**CRM do médico:** 31193

**UF do CRM do médico:** SP

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 15 %	7,5%	R\$ 1.012,50
		<b>Total</b>	<b>7,5 %</b>	<b>R\$ 1.012,50</b>

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** SILVIO SZTRAJTMAN

**CRM do médico:** 40115

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'SILVIO SZTRAJTMAN', is placed here.



## 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 0223204 ou 0800 0223206 (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	Nome completo da vítima
	011.395.184-10	CLEGITON VIEIRA DA SILVA

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo CLEGITON VIEIRA DA SILVA	CPF titular da conta 011.395.184-10	Profissão PORTEIRO
Endereço RUA FRANCISCO XAVIER DE SALES	Número 1301	Complemento BLOCO 22 B APTO 23 D
Bairro CHACARA SANTANA	Cidade SÃO PAULO	Estado SP
Email CLEGITON.SILVA@GMAIL.COM	CEP 05830-250	Telefone (DDD) (11) 2306-7993

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

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00		
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00		
<b>XI CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)					
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	<input type="checkbox"/> BRAU (341)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)		
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			<b>BANCO</b> Número _____ NRO. _____		
AGÊNCIA Nº	CONTA Nº	BBV _____	AGÊNCIA Nº	CONTA Nº	BBV _____
4051	106426	7			
(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 Lider 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.

São Paulo, 20 de Setembro de 2018

Local e Data

Clegiton Vieira da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Reunião 26/05 00:50

- Checa exames solicitados: TC de crânio sem alterações; TC da coluna com fratura de processo transverso esquerdo de L4.

### # Análise Ortopédica #

- Nos exames de imagem apresenta frx do processo transverso esquerdo de L4 e quebra de fratura em região do pé esquerdo, tornozelo e perna.
- Ao exame físico apresenta déficit sensitivo do polegar e região medial plantar, jôn de lesão profunda em partes moles da região do médio-pé e metapé com exposição de estruturas profundas. Apresenta flacidez das dedos dos pés, presente.
- Discuto caso com Dr. Fabrício que orienta aproximação das bordas e reenvio à de pés moles + ATB terapêutica + observação.

Dr. Jorge Antônio Bastos de Oliveira  
CRM-SP 182.815

30/05 Ortopédico

Discutido com Dr. Al-Douri que enaltece o fato de ATB e retira a cod 2 da ponteira de anestesia e anestesia

CD: Dentre outras, nenhuma anestesia + anestesia 2  
Além da 68hms

Dr. José Sacheza

<b>AUTENTICAÇÃO</b>	
Declaro que a presente cópia (xerox) é produção autêntica do original, arquivado no S.A.M.E. deste Hospital. Fim é documentação médica do(a) paciente.	

Oscar Makoto Takayama, M.D.  
CRM-SP 200.889

14/06/2005  
Técnico de Radiologia  
Chefe do Serviço de Radiologia

CPF 135.623.270-70

## Anamnese Exame Físico Adulto

Antecedentes pessoais, familiares e/ou sociais, consultar a Avaliação Inicial de Enfermagem

### Queixa e Duração

Vulva de fundo mate VS Acto

### História da Moléstia Atual

Paciente relata que estava a viajando de São Paulo a Caxias do Sul 170 Km/h. Tornou-se Marginal Tietê, quando foi detida por um automóvel. Nele inquiriu do motor que perdeu da consignação após o acidente. Nele, não houve lesão na bala.

SILVA, CLEGITON VIEIRA DA

Local: Externo

Idade: 37a, 7m, 28d Sexo: M

Mat.: 0002248484 \*\*\*



### ISDA

General:  sem queixa  febre  fadiga  anorexia  
 fraqueza  emagrecimento  obesidade  
 letargia  tontura  edema  
 outro \_\_\_\_\_

Cabeça:  sem queixa  trauma  cefaléia  
 outro \_\_\_\_\_

Olhos:  sem queixa  óculos  tente de contato  
 dor  secreção  visão borrada  diplopia  
 outro \_\_\_\_\_

Orelhas:  sem queixa  dor  secreção  
 sangue  zumbidos  hipoacusia  
 outro \_\_\_\_\_

Boca / garganta:  sem queixa  alteração de voz  
 dificuldade de deglutição  próteses  
 outro \_\_\_\_\_

Respiratório:  sem queixa  dor  tosse seca  
 expectoração  sibilos  dispneia  hemoptise  
 outro \_\_\_\_\_

Cardíaco:  sem queixa  dor precordial  
 taquicardia  bradicardia  palpitações  
 outro \_\_\_\_\_

Vascular:  sem queixa  claudicação  varizes  
 trombose  outro \_\_\_\_\_

Gastrointestinal:  sem queixa  dor  azia/refluxo  
 disfagia  plenitude gástrica  náusea  vômito  
 diarreia  obstrução  hematemese  melena  
 enterite  tenesmo  alter. hábito intestinal  
 outro \_\_\_\_\_

Urinário:  sem queixa  disúria  noctúria  
 poliúria  hematuria  retenção  
 urgência miccional  incontinência  infecção  
 poliúria  outro \_\_\_\_\_

Mulheres:  NA  sem queixa  corrimento  
 prurido  alteração menstrual  secreção uretral  
 mamas:  nódulos  secreção de mamilo  
 outro \_\_\_\_\_

Homens:  NA  sem queixa  dor testicular  
 secreção uretral  outro \_\_\_\_\_

Músculo-esquelético:  sem queixa  dor articular  
 dor muscular  limitação do movimento  
 força diminuída  cervicalgia  dorsalgia  
 lombalgia  rigidez  
 outro \_\_\_\_\_

Neuroológico:  sem queixa  desmaio  convulsões  
 tremor  formigamento  parestesias  paralisias  
 peresas  claudicação  rigidez de nuca  
 outro \_\_\_\_\_

Pele:  sem queixa  palidez  olanose  prurido  
 hematomas  outro \_\_\_\_\_

# EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nº: SILVA, CLEGITON VIEIRA DA  
Local: Clin Cir. Par/CC620-27  
Idade: 37a7m28d Sexo: Masculino  
Nat.: 0002248484 RH2248484  
Ma:



DATA	HORA	Notas sobre a evolução da doença, complicações, consultas, exames solicitados, mudanças de diagnósticos. Condições ao ser dada alta. Instruções aos pacientes.
------	------	--

25/01/18 01:40  
Foi chamado para atender paciente com  
insservia. Relata que não dorme dia e noite,  
em função de dor no lado esquerdo que não  
se desfaz para dormir. Sem outras queixas.  
CD: Doença de Sarcopenia (Desgaste) Caudal  
8 gts VO 1x dia a noite.

Dr. Edson Gobato  
Médico  
CRM 1020

As Ortopédia

27/01/18 4:00 Perto do mês de FEB  
Bom, parceria com STS e TPA  
Abordagem

BP: Ame e Submáter Pala  
↓ Pálpito e Hoyer  
STS e TPA

CD: Aggravos Desenvolvendo a Nervos

26/01/2018 5:00) estrutura p/ E  
ET - profundo ao rebolte fico muito porcel  
- revoce lateral e plantar  
- topo do teto flexor plantar

Vinicius de Mattias Martins  
CRM 70513  
CNS 18010000000000000000  
USP 54655 HU USP

E: d: ereto / Agudizado

Dr. Bruno Soárez  
CRM 1020

## SEÇÃO DE PRONTO SOCORRO ADULTO

## REGISTRO DE ADMISSÃO

26/05/18 - ON/HC - Admitido paciente norte-americano, trazido pelo irmão, seu acompanhante, vítima de colisão entre moto e veio blindado, no TCE. Relata dor no tórax (2), dor nas costas e pernas. AP: feminina, de 30 anos, procedente de moto, estéril, com cloroses, no momento convive com o marido, que é motorista, expõe-se ao ambiente estéril. Foi realizada limpeza e sutura no tórax; TC de crânio - normal; TC de coluna com fechamento tonico (2) de L4, M2C - deficit sensitivo em lângue e região médio planta, com exponções de gânglios profundos; suspeita de abdômen e anelgésico. Fica com suspeita de lesão.

## CONDIÇÕES DE ALTA

- TRANSFERÊNCIA
- AVALIAÇÃO
- INTERNAÇÃO NO HU
- RESIDÊNCIA
- ÓBITO

13:10h (30/5/18): Alta hospitalar. Foi após orientações

Reflexos motores  
Reflexos reflexos  
CORRECTA



**SEÇÃO DE PRONTO SOCORRO ADULTO  
DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO / PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM**

ANSIEDADE

DOOR AGUDA

DEFÍCIT NO AUTOCUIDADO PARA HIGIENE

DÉBITO CARDIACO DIMINUÍDO

CONFUSÃO AGUDA

PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ

RISCO PARA INFECÇÃO

CONTROLE FAMILIAR INEFICAZ DO REGIME TERAPÉUTICO

Mobilidade física prejudicada

COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA

1 RISCO PARA QUEDAS

2 RISCO PARA VOLUME DE LÍQUIDOS DESEQUILIBRADO

3 RISCO PARA ASPIRAÇÃO

4 NÁUSEAS

5 RISCO PARA DISFUNÇÃO NEUROVASCULAR - PERIFÉRICA

6 PERFUSÃO TISSULAR INEFICAZ - CEREBRAL

7 PERFUSÃO TISSULAR INEFICAZ - RENAL

8 PERFUSÃO TISSULAR INEFICAZ - GASTROINTESTINAL

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

26/10/18 21:05 18

F

1 m/c

SILVA, CLEGITON VIEIRA DA  
Local: PS ADULTO/  
Idade: 37 a 7m3d Sexo: Masculino  
Mat.: A00001022746



Andrea Lepos Ferrari  
ENFERMEIRA

17/10/18 18:51 18  
Andrea Lepos Ferrari  
ENFERMEIRA

17/10/18 19:02  
Andrea Lepos Ferrari  
ENFERMEIRA



## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Parar de fumar é uma  
batalha diária.  
Vença esta guerra!

Av. Prof. Lineu Prestes, 2565 – São Paulo – Capital – CEP 05508-900 – ☎ 3091-9200

### # ORTOPEDIA # 28 de maio de 2018

**Paciente (matrícula): Clegilton Vieira da Silva – 37 anos (A1022746)**

**Diagnóstico (DIH):** Descolante pé esquerdo sem fratura (26/05).

**Antecedentes Pessoais:** *NEGA ANTECEDENTES / COMORBIDADES.*  
*NEGA SEGUIMENTO MEDICO.*

**Mecanismo do Trauma (DATA):** Moto x Auto (25/05)

**Evolução:** Paciente sem queixas no momento. Controle álgico adequado.

**Controles:** afebril, normocardico, normotenso

**Exame Físico:** Bom estado geral. Corado, hidratado, acianótico, anictérico, afebril, eupnético.

Boa perfusão periférica, inclusive do hálux esquerdo, pulsos periféricos presentes e simétricos.

Sem sinais de Trombose Venosa Profunda ou síndrome compartimental.

Sem déficit neurológico ou motor aparente.

**Plano (Data):** Reavaliar diariamente partes moles e manter antibioticoterapia.

**Conduta:** Reavaliar diariamente partes moles e manter antibioticoterapia.

Dr. Jorge Antônio Ribeiro de Souza  
Médico  
08450-82.818



Lec. Atend.: CLAS  
Arq.: \*HU\*

Data: 01/06/2018 Hora: 10:12 Registrant

DN: 23/10/1980  
TIPO ARQ.: RH2248484

**02248484 E**

Nome Paciente: SILVA,CLEGITON VIEIRA DA

Atend.: 12845251

Dt nasc: 23/10/1980 Id: 37a,7m,9 S: M Cor: BRC EC: SOLTEIRO

Procedência: 118 - Fora da Comunidade - SANTO AMARO

Filiação: PEDRO VIEIRA NETO  
MARIA EDILEUZA DA SILVA VIEIRA

Cartão USP: CNS: 801440464546139 Telefone 97707-1477

Endereço: R FRANCISCO XAVIER DE SALES 1031  
CHACARA SANTANA - SAO PAULO - SP - 05830250

Motivo da procura: AVALIACAO

**ATENDIMENTOS PS: CIR-25/05/2018**

**T**RIAGEM MÉD.:  MED  CIR  ORT  PED CLASS. RISCO:  BRANCO  AZUL  VERDE

**R**Conduta: Orientação e encaminhamento para:  UBS  AMA  Outros recursos SUS

**A** Atendimento HU - PORTA 2  PORTA 2 - reavaliação pós-medicação  PORTA 2 - checar exames

HD:

Assinatura e carimbo médico

**A**Atendimento Clínica  MED  CIR  ORT  PED CLASS. RISCO:  Amarelo  Laranja  Vermelho

**T**QD / HMA: HORA INÍCIO ATENDIMENTO:

*Ponto volta a FCL - vgs, flacidez de p/ L.*

*Retornou recorrer a flacidez de mola*

**E**F: B66,10000

P=

T=

FR=

PA=

*FCL m 100, perdeu dimensão - flacidez*

**H**IPÓTESE DIAGNÓSTICA:

*PC*

*59*

**C**ONDUTA:

*Reavaliação mola a mola*

*Retorno 04/06*

**D**ESTINO ALTA: UBS:  AMA:  Resid:  Intern:  Transf:  Ambulat:

Aluno: \_\_\_\_\_ Residente CRM: \_\_\_\_\_ discutido o caso com o(a) dr(a) \_\_\_\_\_

Concordo que este atendimento poderá ser realizado por alunos sob supervisão dos respectivos assistentes.

Assinatura do Paciente ou Responsável: *J. Silveira Vieira*

**NÃO LEVE ESTA FICHA PARA SUA RESIDÊNCIA. ELA É PARTE DO SEU PRONTUÁRIO MÉDICO.**



Lec. Atend.: CLAS

Data: 04/06/2018 Hora: 09:46

Registrante:

Arq.: \*HU\*

*[Signature]*

DN: 23/10/1980

TIPO ARO.: RH2248484

**02248484 E**

Nome Paciente: SILVA, CLEGITON VIEIRA DA

Dt nasc: 23/10/1980 Id: 37a,7m,1 S: M Cor: BRC EC: SOLTEIRO

Procedência: 118 - Fora da Comunidade - SANTO AMARO

Atend.: 12845824

Filiação: PEDRO VIEIRA NETO  
MARIA EDILEUZA DA SILVA VIEIRA

Cartão USP: CNS: 801440464546139 Telefone 97707-1477

Endereço: R FRANCISCO XAVIER DE SALES 1031  
CHACARA SANTANA - SAO PAULO - SP - 06830250

Motivo da procura: AVALIACAO ORTOPEDIA

ATENDIMENTOS PS: ORT-01/06/2018 CIR-25/05/2018

**T**RIAGEM MÉD.:  MED  CIR  ORT  PED CLASS. RISCO:  BRANCO  AZUL  VERDE

**R**Conduta: Orientação e encaminhamento para:  UBS  AMA  Outros recursos SUS

**A**  Atendimento HU - PORTA 2  PORTA 2 - reavaliação pós-medicação  PORTA 2 - checar exames

**G** HD: \_\_\_\_\_ Assinatura e carimbo médico \_\_\_\_\_

**E** Atendimento Clínica:  MED  CIR  ORT  PED CLASS. RISCO:  Amarelo  Laranja  Vermelho

**M** QD / HMA: \_\_\_\_\_ HORA INÍCIO ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_

*Refeições está em pronta para 05 dia com leito estéril de  
partos normais. Receber 05 h de 05 dia com leito.*

**D** IEF: \_\_\_\_\_ P= \_\_\_\_\_ T= \_\_\_\_\_ FR= \_\_\_\_\_ PA= \_\_\_\_\_  
*PC em bom estado sem grande infusão, parêntese de aler-  
génios e hipersensibilidade manifestada em pronta*

**M** HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

*Cirurgia ginecologista*

**C** CONDUTA:

*Retorno em 05 dia*

Diego Amoroso Carriga Reis  
CRM - SP 167.404

**A** DESTINO ALTA: UBS:  AMA:  Resid:  Intern:  Transf:  Ambulat:

Aluno/ \_\_\_\_\_ Residente CRM \_\_\_\_\_ discutido o caso com o(a) dr(a). \_\_\_\_\_

Concordo que este atendimento poderá ser realizado por alunos sob supervisão dos respectivos assistentes.

Assinatura do Paciente ou Responsável: *Silvana de F. Leao*

**NÃO LEVE ESTA FICHA PARA SUA RESIDÊNCIA. ELA É PARTE DO SEU PRONTUÁRIO MÉDICO.**



Loc. Atend.: CLAS Data: 09/06/2018 Hora: 10:16 Registrante

Arq.: \*HU\*

Nome Paciente: SILVA, CLEGITON VIEIRA DA

Dt nasc: 23/10/1980 Id: 37a,7m,1 S: M Cor: BRC EC: SOLTEIRO

Procedência: 118 - Fora da Comunidade - SANTO AMARO

Filiação: PEDRO VIEIRA NETO

MARIA EDILEUZA DA SILVA VIEIRA

Cartão USP: CNS: 801440464546139 Telefone 97707-1477

Endereço: R FRANCISCO XAVIER DE SALES 1031  
CHACARA SANTANA - SAO PAULO - SP - 05830250

Motivo da procura: AVALIACAO

ATENDIMENTOS PS: ORT-04/06/2018 ORT-01/06/2018 CIR-25/05/2018

**T**RIAGEM MÉD.:  MED  CIR  ORT  PED CLASS. RISCO:  BRANCO  AZUL  VERDE

**R**Conduta: Orientação e encaminhamento para:  UBS  AMA  Outros recursos SUS

**A** Atendimento HU - PORTA 2  PORTA 2 - reavaliação pós-medicação  PORTA 2 - checar exames

**G**HD: \_\_\_\_\_ Assinatura e carimbo médico \_\_\_\_\_

**E**Atendimento Clínica  MED  CIR  ORT  PED CLASS. RISCO:  Amarelo  Laranja  Vermelho

**D**OD / HMA: HORA INÍCIO ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_

*Leram da PCL e rego's planto*

**I**IEF: \_\_\_\_\_ P= \_\_\_\_\_ T= \_\_\_\_\_ FR= \_\_\_\_\_ PA= \_\_\_\_\_

*R.06,*

**M**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

*Forro de manta*

**D**CONDUTA: *Dissestado ao Dr. Silveira que ontem notou  
na regiões - gons - mios - braço e cintura* *298*

**DESTINO ALTA:** UBS  AMA  Resid  Intern  Transf  Ambulat   
Aluno/ \_\_\_\_\_ Residente CRM *CRM 100000* \_\_\_\_\_ discutido o caso com o(a) dr(a). \_\_\_\_\_

Concordo que este atendimento poderá ser realizado por alunos sob supervisão dos respectivos assistentes.

Assinatura do Paciente ou Responsável: *Clegiton Vieira da Silva*

**NÃO LEVE ESTA FICHA PARA SUA RESIDÊNCIA. ELA É PARTE DO SEU PRONTUÁRIO MÉDICO.**



Loc. Atend.: ORT Data: 11/06/2018 Hora: 10:06 Registrante: LEVI GONCALVES

Arq.: "HU"

Pront.: \*\*\*

Nome Paciente: SILVA, CLEGITON VIEIRA DA

Matr.: 0002248484-E

Dt nasc: 23/10/1980 Id: 37a,7m,1 S: M Cor: BRC EC: SOLTEIRO

Atend.: 12849691

Procedência: 118 - Fora da Comunidade - SANTO AMARO

Filiação: PEDRO VIEIRA NETO

MARIA EDILEUZA DA SILVA VIEIRA

Cartão USP: CNS: 801440464546139 Telefone 97707-1477

Endereço: R FRANCISCO XAVIER DE SALES 1031  
CHACARA SANTANA - SAO PAULO - SP - 05830250

Motivo da procura: AVALIACAO GUIA EM ANEXO

ATENDIMENTOS PS: ORT-09/06/2018 ORT-04/06/2018 ORT-01/06/2018 CIR-25/05/2018

**T**RIAGEM MÉD.:  MED  CIR  ORT  PED CLASS. RISCO:  BRANCO  AZUL  VERDE

**R**Conduta: Orientação e encaminhamento para:  UBS  AMA  Outros recursos SUS

**I**  Atendimento HU - PORTA 2  PORTA 2 - reavaliação pós-medicação  PORTA 2 - checar exames

**A** HD: \_\_\_\_\_ Assinatura e carimbo médico \_\_\_\_\_

**T**Atendimento Clínica  MED  CIR  ORT  PED CLASS. RISCO:  Amarelo  Laranja  Vermelho

**E** QD / HMA: HORA INÍCIO ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_

*Revisão de feridas de初步 notes já está abrindo o 03/06.*

**N**EF: B&G, CH/AM. P= T= FR= PA=

*Ferida seca s/ suds de secreção.*

**D**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

*Ferida de partes moles pé direito.*

*5023*

**C**ONDUTA

*Referido 13/06. Até c/ consulta.*

**DESTINO ALTA:** UBS:  AMA:  Resid:  Jorge Antônio de Souza  
Transf:  Ambulat:

Aluno: \_\_\_\_\_ Residente CRM:  182.816 discutido o caso com o(a) dr(a) \_\_\_\_\_

Concordo que este atendimento poderá ser realizado por alunos sob supervisão dos respectivos assistentes.

Assinatura do Paciente ou Responsável: *L. Viegas*

**NÃO LEVE ESTA FICHA PARA SUA RESIDÊNCIA. ELA É PARTE DO SEU PRONTUÁRIO MÉDICO.**



Loc. Atend.: ORT Data: 13/06/2018 Hora: 11:00 Registrante: MARCOS ANTONIO PATRIZI PEIXOTO  
Arq.: HU Pront.: \*\*\*  
Nome Paciente: SILVA, CLEGITON VIEIRA DA Matr.: 0002248484-E  
Dt nasc: 23/10/1980 Id: 37a,7m,2 S: M Cor: BRC EC: SOLTEIRO  
Procedência: 118 - Fora da Comunidade - SANTO AMARO Atend.: 12851703  
Filiação: PEDRO VIEIRA NETO  
MARIA EDILEUZA DA SILVA VIEIRA  
Cartão USP: CNS: 801440464546139 Telefone 97707-1477  
Endereço: R FRANCISCO XAVIER DE SALES 1031  
CHACARA SANTANA - SAO PAULO - SP - 05830250  
Motivo da procura: RETORNO

ATENDIMENTOS PS: ORT-11/06/2018 ORT-09/06/2018 ORT-04/06/2018 ORT-01/06/2018 CIR-25/05/2018

**T**RIAGEM MÉD.: [ ] MED [ ] CIR [ ] ORT [ ] PED CLASS. RISCO: [ ] BRANCO [ ] AZUL [ ] VERDE  
Conduta: Orientação e encaminhamento para: [ ] UBS [ ] AMA [ ] Outros recursos SUS  
[ ] Atendimento HU - PORTA 2 [ ] PORTA 2 - reavaliação pós-medicação [ ] PORTA 2 - checar exames  
HD: \_\_\_\_\_ Assinatura e carimbo médico \_\_\_\_\_

**A**TENDIMENTO CLÍNICO: [ ] MED [ ] CIR [ ] ORT [ ] PED CLASS. RISCO: [ ] Amarelo [ ] Laranja [ ] Vermelho

QD / HMA: HORA INÍCIO ATENDIMENTO:

*Atendido de volta dia 25/05/2018 com lesão de partes moles  
existente em per. eq.*

EF: DEB, CHAAA P= T= FR= PA=

*Lesão em evolução com saída de pequena quantidade de secreção  
sua periticia*

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

*Lesão de partes moles extensa em per. eq. em evolução*

CONDUTA:

*Troco de curativo*

*Retorno em 2 dias*

*DR. JORGE A. BASTOS S.*  
MÉDICO

*CRM-SP 182.818*

DESTINO ALTA: UBSI [ ] AMA [ ] Resid [ ] Intern [ ] Transf [ ] Ambulat [ ]

Aluno/ \_\_\_\_\_ Residente CRM \_\_\_\_\_ discutido o caso com o(a) dr(a). \_\_\_\_\_

Concordo que este atendimento poderá ser realizado por alunos sob supervisão dos respectivos assistentes.

Assinatura do Paciente ou Responsável: *Clegiton V. da Silva*

**NÃO LEVE ESTA FICHA PARA SUA RESIDÊNCIA. ELA É PARTE DO SEU PRONTUÁRIO MÉDICO.**



Loc. Atend.: ORT Data: 15/06/2018 Hora: 10:56 Registrante: MARCOS ANTONIO PATRIZI PEIXOTO  
 Arq.: HU  
 Nome Paciente: SILVA, CLEGITON VIEIRA DA  
 Dt nasc: 23/10/1980 Id: 37a,7m,2 S: M Cor: BRC EC: SOLTEIRO  
 Procedência: 118 - Fora da Comunidade - SANTO AMARO  
 Filiação: PEDRO VIEIRA NETO  
 MARIA EDILEUZA DA SILVA VIEIRA  
 Cartão USP: CNS: 801440464546139 Telefone 97707-1477  
 Endereço: R FRANCISCO XAVIER DE SALES 1031  
 CHACARA SANTANA - SAO PAULO - SP - 05830250  
 Motivo da procura: RETORNO

ATENDIMENTOS PS: ORT-13/06/2018 ORT-11/06/2018 ORT-09/06/2018 ORT-04/06/2018 ORT-01/06/2018

**T**RIAGEM MÉD:  MED  CIR  ORT  PED CLASS. RISCO:  BRANCO  AZUL  VERDE

Conduta: Orientação e encaminhamento para:  UBS  AMA  Outros recursos SUS

Atendimento HU - PORTA 2  PORTA 2 - reavaliação pós-medicação  PORTA 2 - checar exames

HD:

Assinatura e carimbo médico

**A**TENDIMENTO MÉDICO: Atendimento Clínica  MED  CIR  ORT  PED CLASS. RISCO:  Amarelo  Laranja  Vermelho

QD / HMA: HORA INÍCIO ATENDIMENTO:  
 ita 20/06/2018 06:00 - 06:00  
 danielo + pe 06:00 - 06:00 em exame de rotina no HU e com  
 evolucão para exame de seguimento (exame),

EF: P= T= FR= PA=

Re: Esquerda com perfusão distal preservada, com alterações  
 de nervos em base do hálus.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FCC - MI

66)

CONDUTA: Atendido com Dr. Cláudio  
 - Programa abordagem cirúrgica  
 - Tratamento  
 - Manutenção em observação

DESTINO ALTA: UBSI  AMA  Resid  Intern  Transf  Ambulat

Aluno/ Residente CRM Oscar Makoto Takayanagi CRM 120000 discutido o caso com o(a) dr(a).

Concordo que este atendimento poderá ser realizado por alunos sob supervisão dos respectivos assistentes.

Assinatura do Paciente ou Responsável:

*Thiago Viana de Souza*

**NÃO LEVE ESTA FICHA PARA SUA RESIDÊNCIA. ELA É PARTE DO SEU PRONTUÁRIO MÉDICO.**



#### DADOS DA CIRURGIA

Data : 21/06/2018 Hora : 07:30:00 Sala : SALA C  
Nome Paciente : SILVA, CLEGITON VIEIRA DA Matricula: 0002248484  
Clinica / Leito : Cirurgia Ambulatorial / CA210-01  
Cirurgião Responsável : RAFAEL RODRIGUES LIPAI  
Médico Auxiliar :  
Cirurgia Proposta : DEBRIDAMENTO DE ULCERA OU DE TECIDOS DESVITALIZAD Porte: PEQUENO  
Diagnóstico (CID) : XXXX NAO INFORM. MIGRACAO  
Cirurgia Complementar :

#### DADOS DA ANESTESIA

Tipo Anestesia : GERAL Início da Anestesia: Hora:  
Complemento : EX-ETILISTA PAROU HÁ 20D  
GASTRITE  
FX TRANSVERSO DE L4 HÁ 1M  
rrorrecia : NÃO  
mpl. Anestesicas : NENHUMA

Resumo de Alta Anest. : PARA RPA, ACORDADO, ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, SAT 97%AA

#### FUNCIONÁRIO GRAVAÇÃO

Nome Funcionário: : ALEKSANDRA LIMA FUKUYAMA



## EVOLUÇÃO CLÍNICA

SILVA, CLEGITON VIEIRA DA  
Local: Externo  
Idade: 37a, 7m, 28d Sexo: M  
Mat.: 0002248484 \*\*\*

A standard linear barcode is located at the bottom of the page, consisting of vertical black lines of varying widths on a white background.

DATA	HORA	Notas sobre a evolução da doença, complicações, consultas, exames solicitados, mudanças de diagnósticos. Condícões ao ser dada alta. Instruções aos pacientes.
21/06/10		<p><u>Oferato</u></p> <p><u>Extrudamento pl.</u></p> <p><u>Levado</u></p> <p><u>Adomar</u></p> <p><u>Leopoldo</u></p> <p><u>Leônidas</u></p> <p><u>Enviado material para lair</u></p> <p><u>Ortopédico</u></p> <p><u>1º PO</u></p> <p>com dor intensa no pl - leito o enropeio a rosto → mistura de dor cf: dor de retinomotor do bolso CD: enropeio amplo diário superior →</p>
22/06/10		<p><u>Ortopédico</u></p>
		<p><u>1º PO</u></p> <p>com dor intensa no pl - leito o enropeio a rosto → mistura de dor cf: dor de retinomotor do bolso CD: enropeio amplo diário superior →</p>

Cód. 7.005.0525/5 - Medida: 21,5 x 27,7 cm

Chlorine

Carles Adolfo 5681  
12351160004  
CNP 60418 - FCB  
CRM 60418

Data Emissão: 16/07/2018

## RESUMO DE ALTA

N. ATEND: 12856043

N. MAT.: 0002248484

RH RH2248484

NOME PACIENTE: SILVA, CLEGITON VIEIRA DA

SEXO - M

DTNASC.: 23/10/1980

ENFERMARIA: CAMB LEITO: CC616-35

Autorizado por Interesse Médico

DT ADMISSÃO: 21/06/2018 DT ALTA: 16/07/2018

ESTADIA 25

CID ADMISSÃO: S913

## DIAG PRINCIPAL

S92 FRAT DO PE

S92

## DIAG SECUNDÁRIO

## OUTROS DIAGNOSTICOS

S913 FERIM DE OUTR PARTES DO PE

S91.3

S92.4 | V23.9 | D64.9 | K29.6

HISTÓRIA/ EVOLUÇÃO: Lesão complexa de pe direito com perda de substância e fratura exposta de halux

DESTINO/ MEDICACAO: atb vo e analgesicos

EXAMES RELEVANTES: rx

PROCEDIM. REALIZ.: Limpeza cirurgia e desbridamento , fixação do halux

SEÇÃO DE ESTATÍSTICA

INFEC. HOSP. - N

STALTA 12

VINICIUS DE MATHIAS MARTINS 79539

21-06- 38018012

05-07- 38018012  
39033171

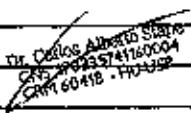
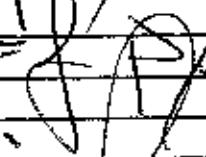
*SO*  
*14/06/18*

*Irena Bachega*  
Chefe da Seção de Estatística  
e Laboratório  
Av. USP 290-282 - Ribeirão

<i>Irena Bachega</i>	
AUTENTICAÇÃO	
Declaro que a presente cópia (xerox) é reprodução autêntica do original, arquivado no S.A.M.E. deste Hospital, juntamente a documentação médica do(a) paciente.	

*17813562327676*

**EVOLUÇÃO  
CLÍNICA**

DATA	HORA	
27/06/18		Ortopédico
		<p>6:30 PM          impetrar si magnis          doloroso artíbile          claudicante a hipertensão          dor sob estresse          negar dor volar plantar          latido c/ cronista          vitais na medida          dor fisiológico          CO suspenso e adaptado          Ordem a front da barriga          agudizar delírio regional          infarto Poco atendido</p>
		
28/06/18		<p>7:20 PM de DC + desbrida          muito curto e          BTE, alem de haver          perfuração periori-          cional com fistulações          do fôr. Havia curto          os tecidos celíacos          de fundo curvatura          proximica 90°          Dr. Rubens</p>
		
		<p>SILVA, CLEGITON VIEIRA DA          Matr: 0002248484 Id.: 37a, 8m, 5d          Dt Cir: 05/07/2018 07:30:00          Loc.: SALA C          Proc.: AMPUTAÇÃO OU DESARTICULA          CÃO DO(S) PODODACTILO(S)          Fone: 1194892-9815PP          Med.: RUBENS KENJI UENO</p>
		<p>28/06/2018 08:19:26 LUIZEAR</p>



## DECLARAÇÃO

Eu, abaixo assinado, Paulo César da Silva

(Paciente ou Responsável)

autorizo os senhores médicos do

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO** a  
procederem a amputação.

Pé esquerdo

(esclarecer o órgão a ser amputado)

se assim julgarem necessário do paciente Paulo César da Silva  
registro 1140474 internado na Clinica  
Cirúrgica leito 610-21.

São Paulo, 01 de Julho de 2018

### **TESTEMUNHAS:**

1. Ariambulando Gómez

Ariambulando Gómez  
Enfermeira  
COREN/SP 001242

(Paciente ou Responsável)

Renato Akira Washita  
Ortopedista  
CRM 12095

MEDICO (CRM)

Renato Akira Washita

Enfermeira (COREn)



#### DADOS DA CIRURGIA

Data : 05/07/2018 Hora : 07:30:00 Sala : C  
Nome Paciente : SILVA, CLEGITON VIEIRA DA Matrícula: 0002248484  
Cirurgião Responsável : 100779 - RUBENS KENJI UENO  
Cirurgião Executor : 100779 - RUBENS KENJI UENO  
Médico Assistente : 167729 - GUILHERME AUGUSTO LOSSO  
Cirurgia Proposta : AMPUTACAO OU DESARTICULACAO DO(S) PODODACTILO(S) Porte: PEQUENO  
Cirurgia Complementar :

#### DADOS DOS ASSITENTES

Auxiliar 1 : 167729 - GUILHERME AUGUSTO LOSSO Anestesista 1 : -  
Auxiliar 2 : 168348 - EDELVAN GABANA Anestesista 2 : -  
Auxiliar 3 : - Instrumentador 1 : -  
Auxiliar 4 : - Instrumentador 2 : -

#### DADOS COMPLEMENTARES DA CIRURGIA

Diagnóstico (CID) : XXXX  
Diag. Pré Operatório :  
Cirurgia Realizada :  
Diag. Pós Operatório : t131|FERIM DE MEMBRO INFER NIVEL NE T13.10  
Intercorrência : NÃO HOUVE  
Descrição tática e técnicas : 1. PAC DDH SOB RAQUIANESTESIA  
2. PREPAROS HABITUAIS  
3. OBSERVADO PERFUSÃO FLAP MEDIAL HALUX - OPTADO POR LIMPEZA CIRÚRGICA E DEBRIDAMENTO DA ÁREA NECRÓTICA - ÁREA LATERAL E PLANTAR SEM COBERTURA COM EXPOSIÇÃO DO TENDÃO FLH E ARTIC IF INSTAVEL - ENVIADO MAT P/ CULTURA E CD EXPECTANTE EM RELAÇÃO A VIABILIDADE DO DEDO  
4. FIXAÇÃO PERCUTÂNEA DO HALUX COM 1 FK COM AUXILIO DA RADIOSCOPIA  
5. LAVAGEM COM SF, REVISÃO DA HEMOSTASIA E CURATIVO  
6. BPP  
Declar. Peça Cirúrgica :  
Peça Cirúrgica : NAO Congelação : NAO  
Grau de Contaminação : LIMPO/CONTAMINADO

#### PROCEDIMENTOS REALIZADOS NA CIRURGIA

- DEBRIDAMENTO DE ULCERA OU DE TECIDOS DESVITALIZADOS

**RECEPÇÃO 4**

Clinica: ORT Data: 08/08/2018 Hora: 15:45

Pront: **RH2248484**

Nome : SILVA, CLEGITON VIEIRA DA

Matric: **0002248484-E**

Dt nasc. : 23/10/1980 Idade: 37a,9m,14d Sexo: M Cor: BRC

Procedência: Autorizado por Interesse Medico

Atend.: **12874569**

Profissão : PINTOR GERAL Categoria: R

Respons : MARIA EDILEUZA DA SILVA VIEIRA PEDRO VIEIRA NETO

Endereço : R FRANCISCO XAVIER DE SALES, 1031

CHACARA SANTANA - SAO PAULO - SP 05830250 Tel.: 11194862-9815PP

Med. Atend.: CARLOS ALBERTO STAPE

**RETORNO**

1 - Diagnóstico Anterior

fractura de teto  
no pé (3)

2 - Evolução / queixas atuais:

mesmo tempo  
últimas 3 dias

3 - Medicacão em uso:

21/06 a 05/07

4 - Resultado dos Últimos Exames

gas 05/07 fratura  
do tálus com fr

5 - Exame físico:

Peso: de PA: Kirschner

grande órto de  
granulogênio do  
região lateral do

CID: órto do  
tálus e no

últim de coluna

do 1º MT 592.4

algas no pé da  
mão direita

7 - Exames Pedidos:

do 1º MT 592.4

7 - Medicacão / Conduta

algas no pé da

8 - Destino:

Retorno em 11

Alta \_\_\_\_\_

9 - Medicacão HU:  Sim  Não

CD: inexist

pt com fr: tálus ~~extirpado~~ CRM

último dia 1/07

último dia 1/07

último dia 1/07

Dr. Carlos Alberto Stape  
CRM 17893574160004  
CNP 20418 - HU/SP

Dra. M<sup>a</sup> Carolina Moraes

Fisioterapeuta

CREFITO - 3 / 176612 - F

*Paciente Clegiton Vieira da Silva vítima de colisão moto x carro dia 25/05/2018, foi socorrido pelo SAMU e encaminhado ao Pronto Socorro do Hospital Universitário com Trauma / FCC em Pé Esquerdo com posterior necrose tecidual.*

*Foi realizado Osteossíntese.*

*Paciente relata sentir dor intensa no tornozelo, no pé e nos dedos, não tem força na perna, sente o tornozelo instável, sente dormência e formigamento, sente choques, sente fisgada, dificuldade de subir e descer escadas, dificuldade para andar, quando apoia o pé no chão sente dor, sente o pé gelado, tem dificuldade para fazer o movimento dos dedos e inchaço.*

*Ao exame físico apresenta limitação funcional em Amplitude de Movimento em Flexão Plantar e Dorsi Flexão de Tornozelo e Flexão e Extensão dos Dedos do Pé Esquerdo, dor a palpação e ao movimento, alteração de sensibilidade (hipoestesia), diminuição de Força Muscular, marcha claudicante e EDEMA.*

Att.

*Dra. M<sup>a</sup> Carolina Moraes  
Fisioterapeuta  
CREFITO - 3 / 176612 - F*

São Paulo, 11 de Outubro de 2018.



**POLÍCIA MILITAR  
DO  
ESTADO DE SÃO PAULO**

**REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

v. 2.0.0

BO/PM  TC/PM

**SUBTIPO DE OCORRÊNCIA**

TRÂNSITO

AMBIENTAL

OUTROS

DATA DE ELABORAÇÃO:  
25/05/2018

CÓDIGO DA OPM:  
520012080

NÚMERO:  
201805250145304

**ORIGEM DA COMUNICAÇÃO**

Hora da Comunicação:

20:36:55

Solicitante:  
Anônimo

Endereço Fornecido:  
**AVENIDA MARGINAL DO RIO PINHEIROS, 1000**

Município/Estado:  
**SAO PAULO / SP**

Telefone para contato:  
**11 953378789**

Forma de Solicitação:  
**VIA SIOPM**

Bairro:  
**MORUMBI**  
Complemento:  
**Não Informado**

Ponto de Referência:  
**EM FRENTE A LEROY MERLIN/SENTIDO**

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Natureza da ocorrência:

**ACIDENTE DE TRANSITO COM MOTO**

Código ocorrência:  
**L12**

Data do fato:  
**25/05/2018**

Unidade de Serviço:  
**T-02325**

Dia da Semana:  
**Sexta - Feira**

Hora do Fato: **20:36:00** Hora Local: **21:13:00** Hora Final: **01:46:00**

Logradouro (Av, rua, número, etc.):

**AVENIDA MARGINAL DO RIO PINHEIROS PISTA**

Bairro:  
**MORUMBI**

Município:  
**SAO PAULO / SP**

Complemento (Andar, Apto, Bloco, Etc):  
**KM 13**

Ponto de referência:  
**SAO PAULO**

Outro local relacionado a ocorrência:  
**ENTRE PONTE OTAVIO F. DE OLIVEIRA E PONTE**

Latitude: **0** Longitude: **0** Documentos relacionados ao fato:

CTR:

**Não Informado**

**CARACTERÍSTICAS DO LOCAL**

Local:  
**VIA**

Complemento:  
**Não Informado**

Iluminação:  
**NOITE C/ LUZ ARTIFICI**

Tempo:

Ambiente:  
**Externo**

**Bom**

Preservado:  
**Não**

**VITORAM CORRETORA**

**Recebido em**

**30/05/2018**

**CONFERE COM ORIGINAL**

**ANEXOS**

**TIPO ANEXO**

**QUANTIDADE ANEXO**

2	QUALIFICAÇÃO DOS ENVOLVIDOS	2
3	REGISTRO DE APREENSÕES	0
2	REGISTRO DE OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO	1
3	REGISTRO DE OCORRÊNCIA AMBIENTAL	0
2	REGISTRO FOTOGRÁFICO	1
1	AUTO DE INFRAÇÃO AMBIENTAL	0
3	REQUISIÇÃO DE EXAMES PERICIAIS	0
1	NOTIFICAÇÃO DE OCORRÊNCIA (NºG)	0
1	RELATÓRIO DE AUTORIDADE POLICIAL	1
1	OUTROS	0
		<b>TOTAL DE ANEXOS</b>
		<b>5</b>

30 OUT 2018



**POLÍCIA MILITAR  
DO  
ESTADO DE SÃO PAULO**

**QUALIFICAÇÃO DOS ENVOLVIDOS**

NÚMERO  
201806260115304

Nº FL:  
1/4

**PESSOA FÍSICA**

Nº: 1	Condição: CONDUTOR	Nome completo: JOSE CRISPIM SANTOS FILHO	RG: 36433587	UF: SP
Nome social: Não informado		Pai: JOSE CRISPIM SANTOS	Mãe: ERENISIA PATRICIA DA SILVA	
Sexo: MASCULINO	Gênero: Não Informado	Apresenta deficiência: NÃO		
Nacionalidade: BRASILEIRA		Naturalidade: ITAPETINGA	UF: BA	Data de Nascimento: 27/05/1967
Cútis (Pele): PARDA	Estado civil: CASADO	Profissão: ENCANADOR(A)	Outro DOC CIC / CPF 41522095500	Número UF: SP
Endereço (av, rua, número, etc): RUA ARIGUGU, 550 Bairro: JARDIM SAO LUIZ		Município: SAO PAULO	Complemento (andar, apto, bloco, etc): AP 12B	UF: SP
Telefone: 11976836624	Email: Não Informado			CEP: 5844020
Nível de instrução: Básico				
CAT da CNH: B	Número do registro: 05411514110	Validade do exame: 30/11/2016		
Socorrido para: Não informado		Socorrido por: Não informado		

**FUNCIONAL**

Dados funcionais não cadastrados



**POLÍCIA MILITAR  
DO  
ESTADO DE SÃO PAULO**

**QUALIFICAÇÃO DOS ENVOLVIDOS**

NÚMERO

201805250115304

Nº FL:

2/4

**VERSAO DA PESSOA QUALIFICADA**

DECLARA QUE TRANSITAVA PELA VIA QUANDO A MOTOCICLETA COLIDIU EM MEU VEUCULO.

**ASSINATURA**

Pessoa qualificada:

Autoridade policial militar:



**POLÍCIA MILITAR  
DO  
ESTADO DE SÃO PAULO**

**QUALIFICAÇÃO DOS ENVOLVIDOS**

NÚMERO

201805250115304

Nº FL:

3/4

**PESSOA FÍSICA**

Nº:	Condição:	Nome completo:	RG:	UF:
2	VÍTIMA	CLEGITON VIEIRA DA SILVA	37417583	SP
Nome social:				
Não informado				
Nome social:				
Sexo:	Gênero	Apresenta deficiência:		
MASCULINO	Não Informado	NÃO		
Nacionalidade		Naturalidade:	UF:	Data de Nascimento:
BRASILEIRA		ITAU	RN	23/10/1980
Cútis (Pele):	Estado civil:	Profissão:	Outro DOC	Número
BRANCA	SOLTEIRO	PORTEIRO(A)	CIC / CPF	UF:
Endereço (av, rua, número, etc):		Complemento (andar, apto, bloco, etc):		
RUA FRANCISCO XAVIER DE SALES, 1031		BLOCO 22 B AP.2		
Bairro:				
CHACARA SANTANA				
Município:				
SAO PAULO				
Telefone:	Email:		UF:	CEP:
11977071477	Não Informado		SP	5813250
Nível de instrução:				
Básico				
CAT da CNH:	Número do registro:	Validade do exame:		
AB	04123198708	06/01/2022		
Socorrido para:		Socorrido por:		
HOSP. UNIVERSITÁRIO		SAMU 980-8		

**FUNCIONAL**

Dados funcionais não cadastrados



**POLÍCIA MILITAR  
DO  
ESTADO DE SÃO PAULO**

**QUALIFICAÇÃO DOS ENVOLVIDOS**

NÚMERO

201805250115304

Nº FL-

4/4

**VERSAO DA PESSOA QUALIFICADA**

DECLARA QUE TRANSITAVA PELA VIA QUANDO UM VEÍCULO CONDUZIDO POR UMA PESSOA DO SEXO FEMININO COLIDIU EM MEU VEÍCULO ME LANÇANDO SOBRE OUTRO VEÍCULO.

**ASSINATURA**

Pessoa qualificada:

Autoridade policial militar:



**POLÍCIA MILITAR  
DO  
ESTADO DE SÃO PAULO**

**REGISTRO FOTOGRÁFICO**

NÚMERO

201805250115304

Nº FL:

1/2

**FOTOS DA OCORRÊNCIA**



(Foto Veículo) DXF7929 - FIAT/IDEA ELX FLEX



(Foto Veículo) DXF7929 - FIAT/IDEA ELX FLEX



(Foto Veículo) FSP7590 - HONDA/CG 150 TITAN  
ESD



(Foto Veículo) FSP7590 - HONDA/CG 150 TITAN  
ESD



(Foto Veículo) DXF7929 - FIAT/IDEA ELX FLEX



(Foto Veículo) FSP7590 - HONDA/CG 150 TITAN  
ESD



**POLÍCIA MILITAR  
DO  
ESTADO DE SÃO PAULO**

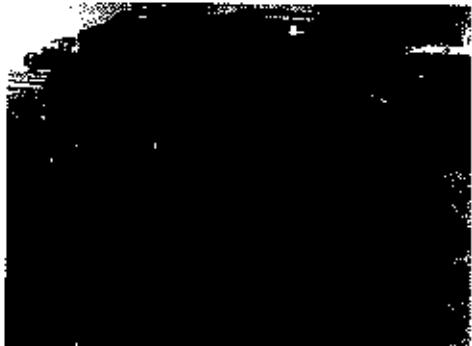
**REGISTRO FOTOGRÁFICO**

NÚMERO

201805250115304

Nº FL:

2/2



(Foto Veículo) DXF7929 - FIAT/IDEA ELX FLEX



(Foto Veículo) FSP7590 - HONDA/CG 150 TITAN  
ESD

**AUTORIDADE POLICIAL MILITAR**

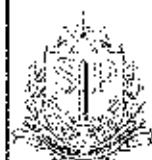
Data: 26/05/2018

RE: 153392

Posto/Grad: SD PM - 1C

Nome de Guerra: MARCELO

Assinatura:



**POLÍCIA MILITAR  
DO  
ESTADO DE SÃO PAULO**

**REGISTRO DE OCORRÊNCIA  
DE TRÂNSITO**

RODOVIÁRIO  URBANO

Nº MURTO:  
20180526/M/1936-4

Nº  
US

**DADOS GERAIS**

Via: URBANA

Sentido da Via: SUL

Velocidade Max Permitida: 80

Concessionária: OUTROS

Tipo de Acidente: COLISÃO LATERAL

Número de Veículos Envolvidos:

Número de Passageiros

2 Danificados 0 Sem Danos 0 Esvadidos 0 Mortos 0 Feridos 0 Ilesos

Número de Condutores:

Número de Pedestres:

0 Mortos 1 Feridos 1 Ilesos

0 Mortos 0 Feridos 0 Ilesos

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO LOCAL**

Via com Pista: MÚLTIPLO

Faixas de Rolamento: 5

Mão de direção: UNICA Traçado da Pista: RETA

Relevo da Pista: PLANO

Separação Física Central: NÃO

Defesa/Barreira: NÃO

Tipo de Pavimento: ASFALTO

Condições da Pista: BOA

Superfície da Pista: SECA

Obras de Arte: NÃO HÁ

Condições do(s) Acostamento(s): NÃO HÁ

Condições da(s) Calçadas: NÃO HÁ

Obras na Pista: NÃO HÁ

Semáforo: INEXISTENTE

Furnaça: NÃO

Sinalização Vertical: BOA

Sinalização Horizontal: BOA

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO QUALIFICADO-1**

Condição: CONDUTOR

Nome Completo: JOSE CRISPIM SANTOS FILHO

Uso de Cinto: SIM

Gravidade das Lesões: ILESO

Capacete: Não Informado

Posição no Veículo: Não Informado

Condições Adversas Alegadas: NÃO HOUVE

Infração(ões) Constatada(s): NÃO

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO QUALIFICADO-2**

Condição: CONDUTOR

Nome Completo: CLEGITON VIEIRA DA SILVA

Uso de Cinto: Não Informado

Gravidade das Lesões: GRAVE

Capacete: Não Informado

Posição no Veículo: Não Informado

Condições Adversas Alegadas: NÃO HOUVE

Infração(ões) Constatada(s): NÃO



**POLÍCIA MILITAR  
DO  
ESTADO DE SÃO PAULO**

**REGISTRO DE OCORRÊNCIA  
DE TRÂNSITO**

RODOVIÁRIO  URBANO

NÚMERO:  
201805250115304

NP  
135

**VEÍCULO - 1**

Cod. Renavan:	Placa:	Município:	UF:	Chassi:
1012698154	FSP7590	SAO PAULO	SP	9C2KC1650ER032979
Espécie/Tipo:	Marca/Modelo:	Ano Fabricação:	Categoria:	Cor Predominante:
MOTOCICLO	HONDA/CG 150 TITAN ESD	2014	MOTOCICLETA	VERMELHA

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO VEÍCULO - 1**

Nome do Proprietário: **CLEGITON VIEIRA DA SILVA**

Tipo Carga:

**SEM CARGA**

Danos no veículo:

**SIM**

Configuração da Carga:

**Não Informado**

Classificação de Danos:

**PEQUENO**

Manobra do Veículo:

**CIRCULANDO**

Objeto(s) no Interior do veículo:

**NAO**

Estado Geral do Veículo: Estado dos Pneus:

**BOA** **BOA**

Removido Para:

**RESIDENCIA**

Nº de Passageiros:

**Não Informado**

Removido Por:

**GUINCHO**

Estado das Luzes

**BOA**

Estado das Luzes Traseiras:

**BOA**

Meio de Remoção:

**GUINCHADO**

Situação

**LIBERADO**

Irregularidades:

**NAO**

Extensão da Marca de Frenagem em

**0**

Infração(s) Constatada(s):

**NÃO**

**CLASSIFICAÇÃO DE DANOS DO VEÍCULO - 1**

**Descrição do componente avariado**

**Avaliação**

**SIM** **NÃO** **NA**

1 **GARFO DIANTEIRO**

2 **MESA SUPERIOR DA SUSPENSÃO DIANTEIRA**

3 **MESA INFERIOR DA SUSPENSÃO DIANTEIRA**

4 **COLUNA DE DIREÇÃO**

5 **CHASSI**

6 **GARFO TRASEIRO**

7 **EIXO TRASEIRO (TRICICLOS)**

**Classificação de danos**

**PEQUENO**

Observação:

**Não Informado**



**POLÍCIA MILITAR  
DO  
ESTADO DE SÃO PAULO**

**REGISTRO DE OCORRÊNCIA  
DE TRÂNSITO**

RODOVIÁRIO  URBANO

NÚMERO:  
201805250115304

Nº  
345

**VEÍCULO - 2**

Cod. Renavan:	Placa:	Município:	UF:	Chassi:
925000221	DXF7929	SAO PAULO	SP	9BD13561372047119
Espécie/Tipo:	Marca/Modelo:	Ano Fabricação:	Categoria:	Cor Predominante:
AUTOMÓVEL	FIAT/IDEA ELX FLEX	2007	VEÍCULO	CINZA

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO VEÍCULO - 2**

Nome do Proprietário: **JOSE CRISPIM SANTOS FILHO**

Tipo Carga:

**SEM CARGA**

Configuração da Carga:

**Não Informado**

Manobra do Veículo:

**CIRCULANDO**

Estado Geral do Veículo: **BOA** Estado dos Pneus: **BOA**

Nº de Passageiros:

**Não Informado**

Estado das Luzes

**BOA**

Estado das Luzes Traseiras:

**BOA**

Danos no veículo:

**SIM**

Classificação de Danos:

**PEQUENO**

Objeto(s) no Interior do veículo:

**NAO**

Removido Para:

**RESIDENCIA**

Removido Por:

**CONDUTOR**

Meio de Remoção:

**GUINCHADO**

Situação

**LIBERADO**

Irregularidades:

**NAO**

Extensão da Marca de Frenagem em:

**0**

Infração(es) Constatada(s):

**SIM**

AI(S) Nº:

**3881968**

Código(s):

**5045-0 DIRIGIR VEÍCULO COM VALIDADE DA CNH OU PPD VENCIDA HA MAIS DE 30 DIAS**

**6912-0 CONDUZIR VEÍCULO SEM OS DOCUMENTOS DE PORTE OBRIGATORIO REFERIDOS NO CTB**



**POLÍCIA MILITAR  
DO  
ESTADO DE SÃO PAULO**

**REGISTRO DE OCORRÊNCIA  
DE TRÂNSITO**

RODOVIÁRIO  URBANO

NÚMERO:  
201806250115304

NP  
4/5

**CLASSIFICAÇÃO DE DANOS DO VEÍCULO**

**Descrição do componente avariado**

**Avaliação**

Item	Nome da peça	SIM	NÃO	NA
1	PAINEL CORTA-FOGO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	LONGARINA DIANTEIRA ESQUERDA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	CAIXA DE RODA DIANTEIRA ESQUERDA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	ESTRUTURA DA SOLEIRA ESQUERDA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	AIR BAGS FRONTAIS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	AIR BAGS LATERAIS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	ESTRUTURA DA COLUNA DIANTEIRA ESQUERDA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	ESTRUTURA DA COLUNA CENTRAL ESQUERDA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	ESTRUTURA DA COLUNA TRASEIRA ESQUERDA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	CAIXA DE RODA TRASEIRA ESQUERDA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	ASSOALHO CENTRAL ESQUERDO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	LONGARINA TRASEIRA ESQUERDA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	ASSOALHO PORTA-MALAS OU CAÇAMBA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	LONGARINA TRASEIRA DIREITA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	CAIXA DE RODA TRASEIRA DIREITA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	ESTRUTURA DA COLUNA TRASEIRA DIREITA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	ESTRUTURA DA SOLEIRA DIREITA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	ESTRUTURA DA COLUNA CENTRAL DIREITA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	ESTRUTURA DA COLUNA DIANTEIRA DIREITA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	ASSOALHO CENTRAL DIREITO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	CAIXA DE RODA DIANTEIRA DIREITA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	LONGARINA DIANTEIRA DIREITA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Classificação de danos**

**PEQUENO**

Observação:

ão Informado



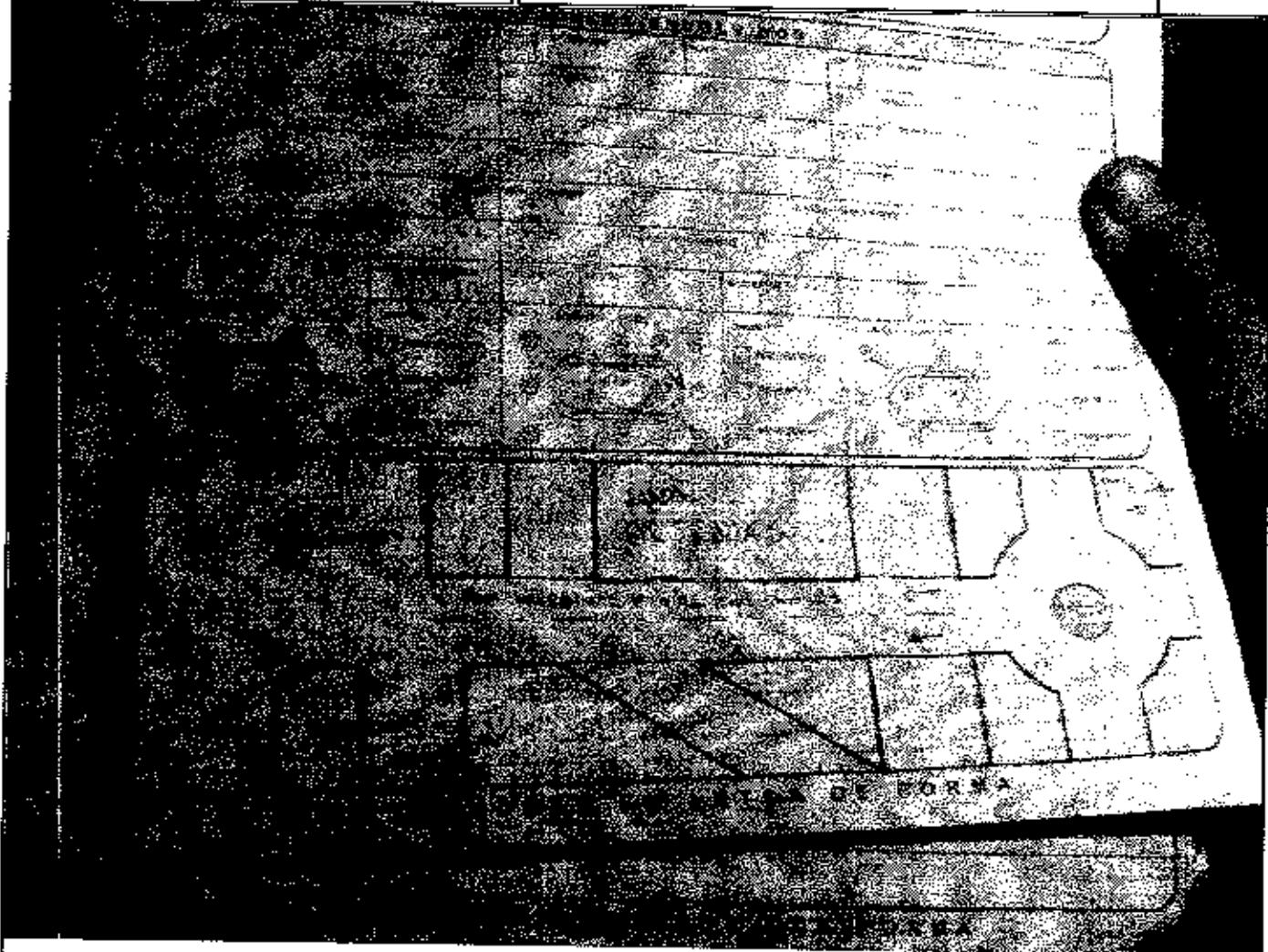
**POLÍCIA MILITAR  
DO  
ESTADO DE SÃO PAULO**

**REGISTRO DE OCORRÊNCIA  
DE TRÂNSITO**

RODOVIÁRIO  URBANO

NÚMERO:  
201605250715304

Nº  
505



**CROQUI**

**AUTORIDADE POLICIAL MILITAR**

Posto/Grad: SD PM - 1C

Assinatura: 



**POLÍCIA MILITAR  
DO  
ESTADO DE SÃO PAULO**

**RELATÓRIO AUTORIDADE POLICIAL**

NÚMERO

201805250115304

ME-EP

1/1

**DESCRIÇÃO**

VITIMA PERMANECEU SOB CUIDADOS MÉDICOS.  
DOCUMENTAÇÃO DO VEICULO E CONDUTOR EM ORDEM,  
NUMERO BILHETE DPVAT013431192822  
VEICULO ENTREGUE AO SR VALCIDES PAULINO DE SOUSA, RG32753658 SEM CONDIÇÕES DE LOCOMOÇÃO.  
NÃO HOUVE DANOS ESTRUTURAIS NO VEICULO.  
CONDUTOR QUALIFICADO E LIBERADO DO D.P.  
DOCUMENTAÇÃO DO VEICULO EM ORDEM E DOCUMENTAÇÃO DO CONDUTOR IRREGULAR , SENDO ELABORADO AIT.  
VEICULO ENTREGUE AO SR HERBERT GREGORY F. DE ALENCAR, REG :03800297852 , CAT B E VAL.11-08-2020.  
NÃO HOUVE DANOS ESTRUTURAIS NO VEICULO.  
DADOS E PARTE AO DP ONDE A AUTORIDADE DE PLANTÃO TOMOU CIÊNCIA DOS FATOS AGUARDANDO  
POSTERIOR COMPARECIMENTO DA VITIMA.

**LOCais INTERMEDIÁRIOS -1**

Local: PS OU HOSPITAL

Data/ Hora Inicial: 25/05/2018 22:33

Data/ Hora Final: Não Informado

**DESTINO DA OCORRÊNCIA**

Juizado Especial Criminal: Não Informado

Delegacia de Polícia: Não Informado

Delegado Compareceu ao Local:

NÃO

Número do BO/PC:

Não Informado

**AUTORIDADE POLICIAL MILITAR**

RE: 153392 Posto/Grad: SD PM - 1C Nome de Guerra: MARCELO

Assinatura:

**AUTORIDADE POLICIAL MILITAR FUNCIONALMENTE SUPERIOR**

RE: 941487 Posto/Grad: SD PM - 1C Nome de Guerra: ALEXANDRE

Assinatura:

**COMANDANTE ORCIAL RESPONSÁVEL**

Providências Complementares:

Despacho:

\* O logradouro da ocorrência foi pelo local informado, sentido Interlagos.

RE: 103366 Posto/Grad: CAP PM Nome de Guerra: ANG

PROCESSO DE INVALIDEZ - PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SINISTRO NÚMERO  
3180/510887

EU, CLEGITON VIEIRA DA SILVA, PORTADOR DA CNH: 04123198708 E CPF 011.395.184-10  
VENHO POR MEIO DESTA CARTA INFORMAR QUE NÃO CONCORDO COM O VALOR DE MINHA  
INDENIZAÇÃO, POIS TENHO SEQUELAS DE ACORDO COM RELATÓRIO MÉDICO EM ANEXO.

SOLICITO UMA PERÍCIA MÉDICA PARA MOSTRAR MINHAS REAIS SEQUELAS.

FICO A DISPOSIÇÃO PARA MAIORES ESCLARECIMENTOS.

SÃO PAULO, 26 DE NOVEMBRO DE 2018.

Clegiton Vieira da Silva

*Dr. Otávio Vita*

CRM 54.892 - TEOT 3902

MEMBRO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA  
DA COLUNA VERTEBRAL

TERAPIA POR ONDAS DE CHOQUE E PERÍCIAS MÉDICAS

**RELATÓRIO MÉDICO**

IDENTIFICAÇÃO: CLEGITON VIEIRA DA SILVA, CPF 011395184-10, NASCIDO A 23/10/1980

DATA DO ACIDENTE: 25/05/2018

DESCRIÇÃO DO LAUDO: VITIMA DE COLISÃO DE MOTO X CARRO COM TRAUMA ABERTO DE PÉ ESQUERDO COM CICATRIZ DE FERIMENTO LACERANTE PLANTAR DE PÉ ESQUERDO 5 CM DE DIAMETRO EM REGIÃO DE APOIO DE 1<sup>º</sup> METATARSO COM NECROSE DE PELE E CLAUDICAÇÃO ESQUERDO COM RIGIDEZ DE HALUX ESQUERDO 0<sup>º</sup> E LIMITAÇÃO DE MÓVIMENTOS DE PÉ ESQUERDO (INVERSÃO/EVERSAO 0<sup>º</sup> A 10<sup>º</sup>)

DIAGNÓSTICO: FERIMENTO LACERANTE PLANTAR DE PÉ ESQUERDO COM NECROSE DE PELE

TRATAMENTO: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO DO HALUX POR 1 FIO DE KIRSCHNER E DESBRIDAMENTO E CURATIVOS SERIADOS E FISIOTERAPIA 15 SESSÕES E ALTA MÉDICA NESTA DATA

SEQUELA: PERDA FUNCIONAL DE MOBILIDADE DE UM DOS PÉS EM 50%

DE ACORDO A RESOLUÇÃO CREMESP Nº126 ARTIGO 8º SOB CONSENTIMENTO DA VITIMA E EM CONFORMIDADE COM OS ART.92 E 94 DO CODIGO DE ETICA MÉDICA E COM A RESOLUÇÃO CNSP 332/2015 E DEVIDO A BAIXA QUALIDADE DE DOCUMENTAÇÃO EMITIDA,

AVALIAÇÃO FEITA A RUA COMENDADOR ELIAS ZARZUR, 181, SANTO AMARO, SÃO PAULO-SP

SÃO PAULO 28/11/2018

*Dr. Otávio Vita  
Ortopedista  
CRM 54.892*

Dr. Otávio Vita  
CRM 54.892 - TEOT 3902