

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 órtese 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?

[☒] 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 transversos de L4. Ausência de fx do pé, tálus 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. Sequência 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 intenção 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.

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 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 Goldzweig - 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
Total			5 %	R\$ 675,00

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 alopsíquica: 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 transversal de L4. Ausência de fx do pé, tibia 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. Sequência 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 intenção 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

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

PRESTADOR

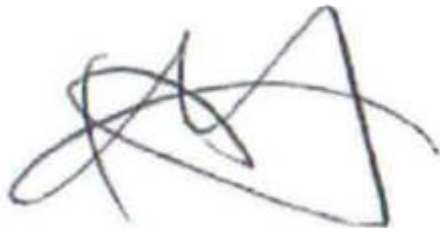
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



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

011.395.184-10

Nome completo da vítima

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 CHÁCARA SANTANA	Cidade SÃO PAULO	Estado SP	CEP 05830-250
Email CLEGITONSILVA@GMAIL.COM		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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		<input type="checkbox"/> BANCO _____ NR0 _____	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> AGÊNCIA _____ NR0 _____	
AGÊNCIA _____ (Informar dígito se existir)	CONTA _____ (Informar dígito se existir)	CONTA _____ (Informar dígito se existir)	CONTA _____ (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



HU - USP

Sistema Paciente

FICHA DE PRONTO SOCORRO

SENHA : 9999

SILVA, CLEGITON VIEIRA DA

Loc. Atend.: CIR

Data: 25/05/2018

Hora: 21:56

Registrant

DN: 23/10/1980

TIPO ARG.: ***

Arq.: "HU"

Nome Paciente: SILVA, CLEGITON VIEIRA DA

02248484 E

Dt nasc: 23/10/1980 Id: 37a,7m,2 S: M Cor: BRN EC: IGNORADO

Procedência: 137 - Fora da Comunidade - OUTRAS CIDADES

Atend.: 12842644

Filiação: PEDRO VIEIRA NETO

MARIA EDILEUZA DA SILVA VIEIRA

Cartão USP:

CNS: 801440164346139

Telefone 9 52839 089 (Ndo)

Endereço:

R: Rinaldo de Mendel, 165

Bairro: 22 de Maio - 105821140

Motivo da procura: AVALIAÇÃO CARRO X MOTO

TRIAGEM

TRIAGEM 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

ATENDIMENTO

Atendimento Clínica [] MED [] CIR [] ORT [] PED CLASS. RISCO: [] Amarelo [] Laranja [] Vermelho

QD/HMA:

HORA INÍCIO ATENDIMENTO:

Paciente trazido pelo resgate em pancha rígida e com ceder cervical. Vítima de acidente moto vs via na margem a 40 km/h quando foi atingido por um raio. Não perde de consciência os vitais. Não trauma em ceder. Edema do re- te referem que o paciente não perdeu ou alterou nível de consciência. Refere e a má consciência em uso de amepressol. Não alergias. Última refeição às 13h

EF:

P=

T=

FR=

PA=

1. ceder cervical e pancha rígida, fratura
2. MVE bilateralmente, S+C: 95%, exposição da pele
3. PA 130x80, estado de consciência e pupila (pupila reage a luz e com o estímulo), extensor do braço
4. 15, 15, 15, sem desvio para o esquerdo
5. 15, 15, 15, sem desvio para o esquerdo, dor em região lombar mais se abrem a
6. 15, 15, 15, sem desvio para o esquerdo, dor em região lombar mais se abrem a

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: lesão lombar, dor em região lombar, lesão com fratura, mais de

Trauma

CONDUTA:

Silêncio e exame de imagem

Dr. Leonardo E. Corbi
CRM: 121.791
RQE: 19.772

593

11/38/2018

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

Aluno/ Gabriel Jo 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: L

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

AUDITORIA HOSPITALAR

Reunião 26/05 00:50

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

Análise Ortopedia


- Nos exames de imagem apresenta fr do processo transversal esquerdo de L4 e ausência de fraturas em região do pé esquerdo, tornozelo e perna.
- Ao exame físico apresenta déficit sensitivo do palmar e região medial plantar, além de lesões profundas em partes moles da região do médio-pé e hiper-pé com exposição de estruturas profundas. Apresenta alteração dos dedos dos pés preserva
- Discuto caso com Dr. Fabrício que orienta aproximação dos bordos e revascularização de partes moles + ATB terapia + observação.

Dr. Jorge Antonio Bastos de Saes
Médico
CRM-SP 182.818

30/05 Ortopedia

Discutido com Dr. AD-Dani que envia o ltr
em ATB e retorno a cond 2 dos pontos de
amortecimento e movimentos

CD: Orienta sobre amortecimento e cond 2
Alta em 10 dias


AUTENTICAÇÃO
Declaro que a presente cópia (xerox) é produção
autêntica do original, arquivado no S.A.M.E. deste
Hospital, junto à documentação médica do(a) paciente.

CPF 135623278-70

Oscar Makoto Takayanagi
Médico
CRM-SP 200589

14/06/2018
Jorge A. Bastos de Saes
Chefe da Seção de Estatística
e Auditoria



Anamnese Exame Físico Adulto

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

Queixa e Duração

Velocidade de Acidente moto VS Auto

História da Moléstia Atual

Paciente relata que estava a uma
velocidade de cerca de 110 km/h
Transitando na Marginal Tietê, quando
foi atingido por um automóvel.
Nem trauma de crânio ou perda da
consciência após o acidente. Nem
Núcleos do Fêmur no local.

SILVA, CLEITON VIEIRA DA

Local: Externo

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

Mat.: 0002248484 ***



ISDA

Geral: ☐ sem queixa ☐ febre ☐ fadiga ☐ anorexia
☐ fraqueza ☐ emagrecimento ☐ obesidade
☐ icterícia ☐ tontura ☐ edema
☐ outro

Cabeça: ☐ sem queixa ☐ trauma ☐ cefaléia
☐ outro

Olhos: ☐ sem queixa ☐ olhos ☐ lente de contato
☐ dor ☐ secreção ☐ visão borrada ☐ diplopia
☐ outro

Orelhas: ☐ sem queixa ☐ dor ☐ secreção
☐ sangue ☐ zumbidos ☐ hipoacusia
☐ outro

Boca / garganta: ☐ sem queixa ☐ alteração da voz
☐ dificuldade de deglutição ☐ próteses
☐ outro

Respiratório: ☐ sem queixa ☐ dor ☐ tosse seca
☐ expectoração ☐ sibilos ☐ dispnéia ☐ 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 ☐ obstipação ☐ hematêmese ☐ melena
☐ enterorragia ☐ tenesmo ☐ alt. hábito intestinal
☐ outro

Urinarío: ☐ sem queixa ☐ disúria ☐ noctúria
☐ polaciúria ☐ hematúria ☐ 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

Neurotológico: ☐ sem queixa ☐ desmaio ☐ convulsões
☐ tremor ☐ formigamento ☐ parestesias ☐ paralisias
☐ perdas ☐ claudicação ☐ rigidez de nuca
☐ outro

Pele: ☐ sem queixa ☐ palidez ☐ cianose ☐ prurido
☐ hematomas ☐ outro



EVOLUÇÃO CLÍNICA

SILVA, CLETON VIEIRA DA
Nor Local: Clin Cir. Par/CC620-27
Idade: 37a7m29d Sexo: Masculino
Mat.: 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.
25/05/18	01:30	<p>Seu chamado para avaliar paciente com insuficiência. Refere que não dorme há 3 dias em causa por falta de medicamento que não se encontra para dormir. Sem outras queixas. Cds: Prescrição Serenaprazina (Wazine®) 10mg 8 qts VO 1x dia a noite.</p> <p><i>Dr. Edson Sabana</i> CRM 10502</p> <p>Re Ortopedia</p>
25/06/18		<p>GP O André Lomonte Pi (E) Bom para os 51 dias de TPO Apêndice</p> <p>EF: Anne & Espirito Pula ↓ & Pádua & Holzer 51 dias de TPO</p> <p>Cds: Aguardo Melissato & Morano</p>
26/06/2018		<p>GP O acompanhamento pi F</p> <p>EF - perfuso ao balão fase inicial por via - recusa labor e plant - exposto a flexão plantar</p> <p>(d. wato / Agulhadas)</p> <p><i>Vinicius de Mattos Martins</i> CRM 78539 CNS 18012085195001 Nº USP 1254855 - HUUSF</p> <p><i>Dr. Carlos São João</i> CRM SP 13502</p>

REGISTRO DE ADMISSÃO

26/05/18 - ONHO - Admitido paciente neste serviço, trazido pelo VPM, com acompanhante, vítima de colisão entre moto e carro, alto velocidade, sem TCE. Relata dor no ombro @, lombar e pé @. AP: fx man-
dibula fratura por acidente de moto, itelida, sem alongos, no
momento conviente orientado, expulso em ar ambiente, exte-
foi realizada laparoscopia e sutura no msc - TC de tórax - normal;
TC de coluna com fx de processo transversal @ de L4, msc - déficit
motor em flexão e região média plantar, com exposição de
estruturas profundas; iniciada atb + analgésicos, segue com
função preservada.

CONDIÇÕES DE ALTA

☐ TRANSFERÊNCIA☐ AVALIAÇÃO☐ INTERNAÇÃO NO HU☒ RESIDÊNCIA☐ ÓBITO

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

RELATÓRIO
Enfermagem
CORENIO-1304-21

SILVA, CLEGITON VIEIRA DA

Local: PS ADULTO/

Idade: 37a7m3d Sexo: Masculino

Mat.: A0001022746



SEÇÃO DE PRONTO SOCORRO ADULTO

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO / PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	26/05/18	27/05/18	28/05/18
ANSIEDADE			
DOR AGUDA			
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA HIGIENE			
DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO			
CONFUSÃO AGUDA			
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ			
RISCO PARA INFECÇÃO			
CONTROLE FAMILIAR INEFICAZ DO REGIME TERAPÊUTICO			
MODALIDADE 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			

P mje

P mje

12.05.18
Ferreira
BANDEIRA

Andréa Lepos Ferrari
ENFERMEIRA
CPF: 028.92244



EVOLUÇÃO CLÍNICA

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

Av. Prof. Lineu Prestes, 2566 – 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 algico adequado.

Controles: afebril, normocardico, normotenso

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

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 Antonio Bastos de Souza
Médico
CRM 182.818



HU - USP
Sistema Paciente

FICHA DE PRONTO SOCORRO

SENHA: X1006
SILVA, CLEGITON VIEIRA DA

Lcc. Atend.: CLAS Data: 01/06/2018 Hora: 10:12 Registrant:
Arq.: *HU*
Nome Paciente: SILVA, CLEGITON VIEIRA DA

DN: 23/10/1980
TIPO ARQ.: RH2248484
02248484 E

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

Atend.: 12845251



ATENDIMENTOS PS: CIR-25/05/2018

T
R
I
A
G
E
M

TRIAGEM 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 - checkar exames

HD: Assinatura e carimbo médico

A
T
E
N
D
I
M
E
N
T
O
M
É
D
I
C
O

Atendimento Clínica [] MED [] CIR [] ORT [] PED CLASS. RISCO: [] Amarelo [] Laranja [] Vermelho

QD/HMA: HORA INÍCIO ATENDIMENTO:

*Procurado atendimento de FCL - vaga, plantão de p. 2.
Retorno para reavaliação a partir de amanhã*

EF: BBG, Lasso P= T= FR= PA=

FCL em MIB, pedindo encaminhamento a outro

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FCL

591

CONDUTA: *Prescrição de tratamento de amol
Retorno 04/06*

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: *J. Silva* *Patina* *Luiz*

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



HU - USP
Sistema Paciente

FICHA DE PRONTO SOCORRO

SENHA : F3079

SILVA, CLEGITON VIEIRA DA

Lec. Atend.: CLAS

Data: 04/06/2018

Hora: 09:46

Registrante:

DN: 23/10/1980

TIPO ARQ.: RH2248484

Arq.: *HU*

Nome Paciente: SILVA, CLEGITON VIEIRA DA

02248484 E



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

Atend.: 12845824

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 ORTOPEdia

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

TRIAGEM

TRIAGEM 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

ATENDIMENTO MÉDICO

Atendimento Clínica [] MED [] CIR [] ORT [] PED CLASS. RISCO: [] Amarelo [] Laranja [] Vermelho

QD / HMA:

HORA INÍCIO ATENDIMENTO:

*Relato feito em 04/06/18 09:46 com relato externo de
partes moles. Ferimento aberto 05 dia com cicatriz*

EF:

P=

T=

FR=

PA=

*PO em bom estado, sem sinais de infecção, partes de cicatriz
sem alteração, ferimento mantido em aberto*

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Cicatrizes do ferimento

CONDUTA:

Relato em 05 dia

208.8

Diego Amoroso Carriga Reis
CRM - SP 162.404

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:

Silvania de F. Silva

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



HU - USP
Sistema Paciente

FICHA DE PRONTO SOCORRO

SENHA: 52045
SILVA, CLEGITON VIEIRA DA

Loc. Atend.: CLAS

Data: 09/06/2018

Hora: 10:16

Registrante

Arq.: *HU*

Nome Paciente: SILVA, CLEGITON VIEIRA DA

DN: 23/10/1980

TIPO ARQ.: RH2248484

02248484 E

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

Atend.: 12849210

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

TRIAGEM

TRIAGEM 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

ATENDIMENTO MÉDICO

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

QID/HMA:

HORA INÍCIO ATENDIMENTO:

EF:

P=

T=

FR=

PA=

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CONDUTA:

Prescrição de D-Slop 500mg 2x ao dia
na regulação para controle de pressão

DESTINO ALTA: UBS ☐

AMA ☐

Resid ☐

Inter ☐

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:

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



HU - USP
Sistema Paciente

FICHA DE PRONTO SOCORRO

SENHA: X1011

Loc. Atend.: ORT

Data: 11/06/2018

Hora: 10:06

Registrante: LEVI GONCALVES

Arq.: "HU"

Pront.: ***

Nome Paciente: SILVA, CLEGITON VIEIRA DA

Matric.: 0002248484-E

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

Procedência: 118 - Fora da Comunidade - SANTO AMARO

Atend.: 12849691

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

TRIAGEM MÉDICA

TRIAGEM 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

ATENDIMENTO MÉDICO

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

QID/HMA:

HORA INÍCIO ATENDIMENTO:

Reavaliação de feridas de partes moles após debridamento 09/06.

EF: BEG, CHAAE.

P=

T=

FR=

PA=

Feridas secas s/ sinais de secreção.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Ferida de partes moles pé direito.

5913

CONDUTA:

Retorno 13/06. AA c/orientação.

DESTINO ALTA: UBS ☐ AMA ☐ Resid ☐ 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:

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



HU - USP
Sistema Paciente

FICHA DE PRONTO SOCORRO

SENHA : 9999

Loc. Atend.: ORT

Data: 13/06/2018

Hora: 11:00

Registrante: MARCOS ANTONIO PATRIZI PEIXOTO

Arq.: HU

Pront.: ***

Nome Paciente : SILVA, CLEGITON VIEIRA DA

Matric.: 0002248484-E

Dt nasc: 23/10/1980 Id: 37a,7m,2 S: M Cor: BRN 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

TRIAGEM MÉDICA

TRIAGEM 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

ATENDIMENTO MÉDICO

Atendimento Clínica [] MED [] CIR [] ORT [] PED CLASS. RISCO: [] Amarelo [] Laranja [] Vermelho

QD / HMA:

HORA INÍCIO ATENDIMENTO:

Queixa de nota dia 15/05/2018 com lesão de partes moles extensa em pé eq

EF: DEB, CHAPAE

P=

T=

FR=

PA=

Lesão em evolução com saída de pequena quantidade de secreção sero hemática

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

lesão de partes moles extensa em pé eq. em evolução

CONDUTA:

Troca de curativos

Retorno em 2 dias

DR. JORGE A. BASTOS S.
MÉDICO
CRM SP 182.818

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:

Clegiton Vieira da Silva

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



HU - USP
Sistema Paciente

FICHA DE PRONTO SOCORRO

SENHA: X1011

Loc. Atend.: ORT Data: 15/06/2018 Hora: 10:56 Registrante: MARCOS ANTONIO PATRIZI PEIXOTO
Arq.: HU Pront.: ***
Nome Paciente: SILVA, CLEGITON VIEIRA DA Matric.: 0002248484-E
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

TRIAGEM

TRIAGEM 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

ATENDIMENTO MÉDICO

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

QD / HMA: HORA INÍCIO ATENDIMENTO: 10h 20 min
Paciente com quadro de trauma de cabeça, com
dano à pele, com lesão em nível de fratura no pé com
evolução para tecido necrótico larvário.

EF: P= T= FR= PA=
P= esquerda com perfuração distal preservada, com áreas
de necrose em base da ferida

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FCC em MI

CONDUTA: Acusado com Dr. Cláudio
- Programa abordagem cirúrgica
- Histerectomia
- Manter em observação

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:

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 Pac.ente : SILVA,CLEGITON VIEIRA DA Matricula: 0002248484
Clinica / Leito : Cirurgia Ambulatorial / CA210-01
Cirurgião Responsavel : RAFAEL RODRIGUES LIPAI
Médico Auxiliar :
Cirurgia Proposta : DEBRIDAMENTO DE ULCERA OU DE TECIDOS DESVITALIZAD Porte: PEQUENO
Diagnostico (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
recorrência : NÃO
empl. Anestésicas : NENHUMA
Resumo da Alta Anest. : PARA RPA, ACORDADO, ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, SAT 97%AA

FUNCIONÁRIO GRAVAÇÃO

Nome Funcionário: ALEKSANDRA LIMA FUKUYAMA

Data Emissão: 16/07/2018

RESUMO DE ALTA

N. ATEND: 12856043
N. MAT.: 0002248484
RH RH2248484

NOME PACIENTE: SILVA, CLEGLITON 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

HISTORIA/ EVOLUCAO: Lesão complexa de pe direito com perda de substancia e fratura exposta de haluxa

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- 38 018 012

05-07- 38 018 012
39 033 171

SO
14/06/18
Irene Bacheaga
Coord. da Seção de Estatística
e Laudos
Nº USP 2804282 - HU- USP

Irene Bacheaga
AUTENTICAÇÃO
Declaro que a presente cópia (xerox) é reprodução
autêntica do original, arquivado no S.A.M.E. deste
Hospital, junto a documentação médica do(a) paciente.

CPF 135623276-70

DATA	HORA	
27/06/18		Ortopedia
		63 PD insuficiente s/ redução profundo a estabilidade de fratura a hipertensão dos sob controle nível do nível plantar patrola s/ controle vitais de nível e de f/p de CA: suspenso e hipertensão Ondas de pressão da perna aguardar da região interna para controle
		Dr. Carlos Alberto Sato CRM 160418 - RJ-UB
28/06/18		72 PD de DC + desborda mento em pé E BEG, afetado, com perfuração periferi- cadas de mais de 10 do pé E. Halux em pro- cesso de delimitação de. Agendo amputação p/proximal 92 f/p Dr. Rubens
		SILVA, CLEGITON VIEIRA DA Matr.: 0002248484 Id.: 37a, 8m, 5d Dt Cir.: 05/07/2018 07:30:00 Loc.: SALA C Proc.: AMPUTACAO OU DESARTICULA CAO DO(S) PODODACTILO(S) Fone: 1194892-9815PP Med.: RUBENS KENJI UENO 28/06/2018 09:19:28 LUIZEAR
		Dr. Luiz Eduardo A. Rodrigues CRM 160418 - RJ-UB



DECLARAÇÃO

Eu, abaixo assinado, Regina Maria da Silva

(Paciente ou Responsável)

autorizo os senhores médicos do

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO a

procederem a amputação

de - crânio

(esclarecer o órgão a ser amputado)

se assim julgarem necessário do paciente CLAYTON VIANA M

SILVA

registro 2248484

Internado na CLÍNICA

CIROREXA

leito 620-21

São Paulo, 01 de Julho de 2018

TESTEMUNHAS:

1. Amândio Manoel Gomes
Amândio B. Gomes
Enfermeiro
COREN/SP 201.242

Regina Maria da Silva

(Paciente ou Responsável)

2. Regina Maria da Silva
Regina Maria da Silva
Enfermeira
COREN/SP 201.242

Dr. Renato Akira Iwashita
Ortopedista
Médico (CRM)
MSP 120341-80712095

Regina Maria da Silva
Enfermeira (COREN)

Enfermeira (COREN)
Enfermeira (COREN)
COREN/SP 201.242



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 1	:	-
Auxiliar 3	-	Instrumentador 1	:	-
Auxiliar 4	-	Instrumentador 2	:	-

DADOS COMPLEMENTARES DA CIRURGIA

Diagnostico (CID) : XXXX
Diag. Pré Operatório :
Cirurgia Realizada :
Diag. Pós Operatório : t131|FERIM DE MEMBRO INFER NIVEL NE T13.1|
Intercorrência : NÃO HOUVE
Descr. 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
Descr. 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.: 1194882-9815PP

Med. Atend.: CARLOS ALBERTO STAPE

RETORNO

1 - Diagnóstico Anterior

fractura de fêmur
no 11 ②

2 - Evolução / queixas atuais:

melhorou a dor
a dor é em

3 - Medicação em uso:

21/06 e 05/07

4 - Resultado dos Últimos Exames

em 05/07 fêmur
do braço com fio

5 - Exame físico:

Peso: da PA: Kirschner
grande cava de
granulação do

6 - Hipótese Diagnóstica:

região do
braço e no

7 - Exames Pedidos:

exame de sangue
do 1º MT 592.4

7 - Medicação / Conduta

alguns pontos de
nervos ainda

8 - Destino:

Retorno em 11

Alta

9 - Medicação HU: ☐ Sim ☐ Não

CO: envolver

At com pda: vouo ~~revisado~~ CRM
alterar em 1 mês
um ano de robot fix
para ser sanado de Bora

Dr. Carlos Alberto Stape
CNS 128335147160004
CRM 60418 - HU/USP

ORTOPEDIA II

Dra. M^a 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 Osteossintese.

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^a 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:
620012000

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

Data do fato:

25/05/2018

Dia da Semana:

Sexta - Feira

Logradouro (Av, rua, número, etc.):

AVENIDA MARGINAL DO RIO PINHEIROS PISTA

Município:

SAO PAULO / SP

Ponto de referência:

SAO PAULO

Latitude:

0

Longitude:

0

CTRF:

Não Informado

Código ocorrência:

L12

Unidade de Serviço:

T-02325

Hora do Fato:

20:36:00

Hora Local:

21:13:00

Hora Final:

01:46:00

Bairro:

MORUMBI

Complemento (Andar, Apto, Bloco, Etc):

KM 13

Outro local relacionado a ocorrência:

ENTRE PONTE OTAVIO F. DE OLIVEIRA E PONTE

Documentos relacionados ao fato:

CARACTERÍSTICAS DO LOCAL

Local:

VIA

Iluminação:

NOITE C/ LUZ ARTIFICI

Ambiente:

Externo

Complemento:

Não Informado

Tempo:

Bom

Preservado:

Não

VITORAM CORRETORA

Recebido em

30/10/2018

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
3	AUTO DE INFRAÇÃO AMBIENTAL	0
7	REQUISIÇÃO DE EXAMES PERICIAIS	0
3	NOTIFICAÇÃO DE OCORRÊNCIA (NOE)	0
3	RELATÓRIO DE AUTORIDADE POLICIAL	1
3	OUTROS	0
TOTAL DE ANEXOS		5

30 OUT 2018



**POLÍCIA MILITAR
DO
ESTADO DE SÃO PAULO**

QUALIFICAÇÃO DOS ENVOLVIDOS

NÚMERO

Nº FL:

201806250115304

1/4

PESSOA FÍSICA

Nº:	Condição:	Nome completo:	RG:	UF:
1	CONDUTOR	JOSE CRISPIM SANTOS FILHO	36433587	SP
Nome social:		Pai:	Mãe:	
Não informado		JOSE CRISPIM SANTOS	ERENISIA PATRICIA DA SILVA	
Sexo:	Gênero	Apresenta deficiência:		
MASCULINO	Não Informado	NÃO		
Nacionalidade	Naturalidade:		UF:	Data de Nascimento:
BRASILEIRA	ITAPETINGA		BA	27/05/1967
Cúlis (Pele):	Estado civil:	Profissão:	Outro DOC	Número
PARDA	CASADO	ENCANADOR(A)	CIC / CPF	41522095500
Endereço (av, rua, número, etc):			Complemento (andar, apto, bloco, etc):	
RUA ARIGUGU, 550			AP 12B	
Bairro:	Município:		UF:	CEP:
JARDIM SAO LUIZ	SAO PAULO		SP	5344020
Telefone:	Email:			
11976833624	Não Informado			
Nível de Instrução:				
Básico				
CAT da CNH:	Número do registro:	Validade do exame:		
B	05411514110	30/11/2016		
Socorrido para:		Socorrido por:		
Não informado		Não informado		

FUNCIONAL

Dados funcionais não cadastrados



**POLÍCIA MILITAR
DO
ESTADO DE SÃO PAULO**

QUALIFICAÇÃO DOS ENVOLVIDOS

NÚMERO

201805250115304

Nº FL:

2/4

VERSÃO DA PESSOA QUALIFICADA

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

ASSINATURA

Pessoa qualificada:

Autoridade policial militar:



**POLÍCIA MILITAR
DO
ESTADO DE SÃO PAULO**

QUALIFICAÇÃO DOS ENVOLVIDOS

NÚMERO

201805250115304

Nº PL

3/4

PESSOA FÍSICA

Nº: 2
Condição: VÍTIMA
Nome completo: CLEGITON VIEIRA DA SILVA
RG: 37417583
UF: SP

Nome social: Não informado
Pai: PEDRO VIEIRA NETO
Mãe: MARIA EDILEUZA DA SILVA VIEIRA

Sexo: MASCULINO
Gênero: Não Informado
Apresenta deficiência: NÃO

Nacionalidade: BRASILEIRA
Naturalidade: ITAU
UF: RN
Data de Nascimento: 23/10/1980

Cúlis (Pele): BRANCA
Estado civil: SOLTEIRO
Profissão: PORTEIRO(A)
Outro DOC
CIC / CPF: 01139518410
UF: SP

Endereço (av, rua, número, etc):
RUA FRANCISCO XAVIER DE SALES, 1031
Bairro: CHACARA SANTANA
Município: SAO PAULO
UF: SP
CEP: 5813250

Telefone: 11977071477
Email: Não Informado

Nível de Instrução: Básico

CAT da CNH: AB
Número do registro: 04123198708
Validade do exame: 08/01/2022

Socorrido para: HOSP. UNIVERSITÁRIO
Socorrido por: SAMU 980-3

FUNCIONAL

Dados funcionais não cadastrados



**POLÍCIA MILITAR
DO
ESTADO DE SÃO PAULO**

QUALIFICAÇÃO DOS ENVOLVIDOS

NÚMERO

201805250115304

Nº FL

4/4

VERSÃO 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

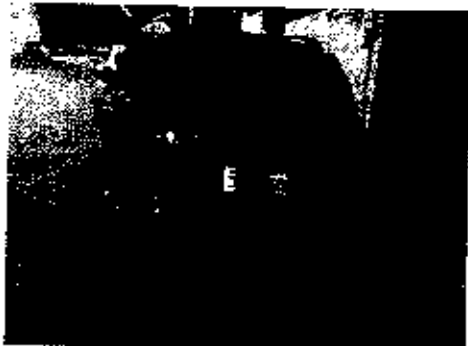
NÚMERO

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**

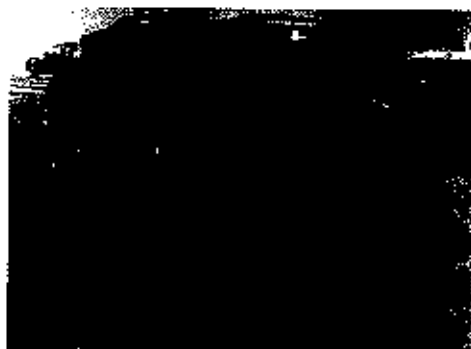
REGISTRO FOTOGRÁFICO

NÚMERO

201805250115304

Nº FOL

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:

 <p>POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE SÃO PAULO</p>	REGISTRO DE OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO	
	<input type="checkbox"/> RODOVIÁRIO <input checked="" type="checkbox"/> URBANO	
Cod. Renavan: 1012698154	Placa: FSP7590	Município: SAO PAULO
Espécie/Tipo: MOTOCICLO	Marca/Modelo: HONDA/CG 150 TITAN ESD	Ano Fabricação: 2014
	UF: SP	Chassi: 9C2KC1650ER032979
	Categoria: MOTOCICLETA	Cor Predominante: VERMELHA

VEÍCULO - 1

Nome do Proprietário:	CLEGITON VIEIRA DA SILVA			
Tipo Carga:	SEM CARGA			
Configuração da Carga:	Não Informado			
Manobra do Veículo:	CIRCULANDO			
Estado Geral do Veículo:	Estado dos Pneus:	Danos no veículo:		
BOA	BOA	SIM		
Nº de Passageiros:	Classificação de Danos:		Objeto(s) no Interior do veículo:	
Não Informado	PEQUENO		NAO	
Estado das Luzes:	Estado das Luzes Traseiras:	Removido Para:	Removido Por:	
BOA	BOA	RESIDENCIA	GUINCHO	
Irregularidades:	Meio de Remoção:		Situação	
NAO	GUINCHADO		LIBERADO	
Extensão da Marca de Frenagem em:				
0				
Infração(ões) Constatada(s):				
NÃO				

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO VEÍCULO - 1

CLASSIFICAÇÃO DE DANOS DO VEÍCULO - 1				
Item	Descrição do componente avariado	Avaliação		
		SIM	NÃO	NA
1	GARFO DIANTEIRO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	MESA SUPERIOR DA SUSPENSÃO DIANTEIRA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	MESA INFERIOR DA SUSPENSÃO DIANTEIRA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	COLUNA DE DIREÇÃO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	CHASSI	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	GARFO TRASEIRO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	EIXO TRASEIRO (TRICICLOS)	<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:

201805250115304

Nº

246

VEÍCULO - 2

Cod. Renavam:
925000221

Placa:
DXF7929

Município:
SAO PAULO

UF:
SP

Chassi:
9BD13561372047119

Espécie/Tipo:
AUTOMOVEI

Marca/Modelo:
FIAT/IDEA ELX FLEX

Ano Fabricação: Categoria:
2007 VEICULO

Cor Predominante:
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: Estado dos Pneus:
BOA 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(ões) Constatada(s):
SIM

AI(S) Nº:
3881968

Código(s):

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

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



**POLÍCIA MILITAR
DO
ESTADO DE SÃO PAULO**

**REGISTRO DE OCORRÊNCIA
DE TRÂNSITO**

☐ RODOVIÁRIO ☒ URBANO

NÚMERO:
20180250115304

SP
4/5

CLASSIFICAÇÃO DE DANOS DO VEÍCULO - 2

Item	Nome da peça	Avaliação		
		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:
 Não Informado



**POLÍCIA MILITAR
DO
ESTADO DE SÃO PAULO**

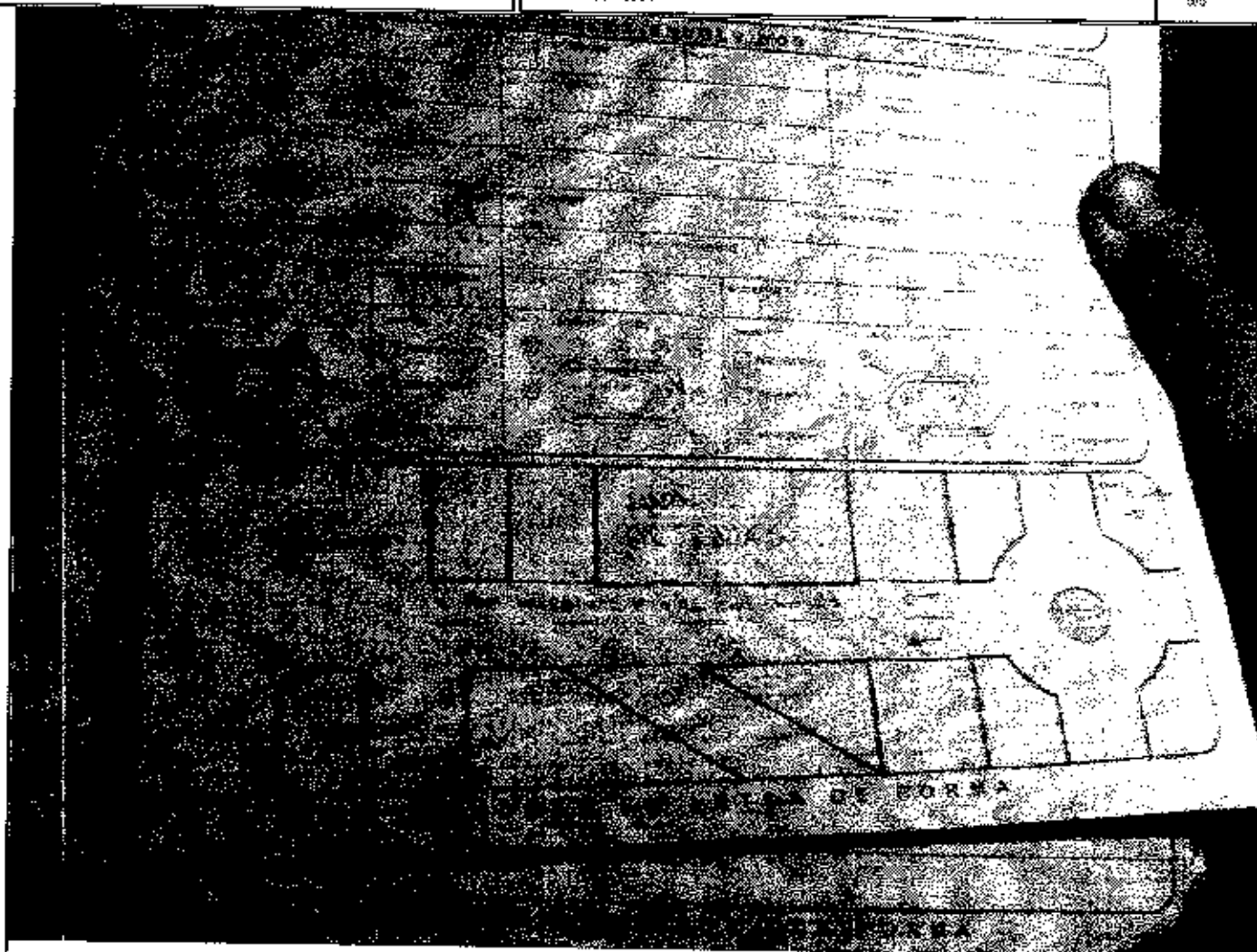
**REGISTRO DE OCORRÊNCIA
DE TRÂNSITO**

☐ RODOVIÁRIO ☒ URBANO

NÚMERO:
201805250215304

127
5/5

CROQUI



AUTORIDADE POLICIAL MILITAR

Posto/Grad: SD PM - 1C

Assinatura: *[Signature]*



**POLÍCIA MILITAR
DO
ESTADO DE SÃO PAULO**

RELATÓRIO AUTORIDADE POLICIAL

NÚMERO

201805250115304

PÁG. 21

1/1

DESCRIÇÃO

VITIMA PERMANECEU SOB CUIDADOS MÉDICOS.
DOCUMENTAÇÃO DO VEÍCULO E CONDUTOR EM ORDEM.
NÚMERO BILHETE DPVAT013431192822
VEÍCULO ENTREGUE AO SR VALCIDES PAULINO DE SOUSA, RG32753658 SEM CONDIÇÕES DE LOCOMOÇÃO.
NÃO HOUE DANOS ESTRUTURAIS NO VEÍCULO.
CONDUTOR QUALIFICADO E LIBERADO DO D.P.
DOCUMENTAÇÃO DO VEÍCULO EM ORDEM E DOCUMENTAÇÃO DO CONDUTOR IRREGULAR, SENDO ELABORADO AIT.
VEÍCULO ENTREGUE AO SR HERBERT GREGORY F. DE ALENCAR, REG :03800297852, CAT B E VAL.11-08-2020.
NÃO HOUE DANOS ESTRUTURAIS NO VEÍCULO.
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 OFICIAL 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.

_____

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 1ª METATARSO COM NECROSE DE PELE E CLAUDICAÇÃO ESQUERDO COM RIGIDEZ DE HALUX ESQUERDO 0° E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS DE PÉ ESQUERDO (INVERSÃO/EVERSÃO 0° A 10°)

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

TRATAMENTO: TRATAMENTO CIRURGICO COM FIXAÇÃO DO HALUX POR 1 FIO DE KIRSCHNER E DESBRIDAMENTO E CURATIVOS SERIADOS E FISIOTERAPIA 15 SESSÕES E ALTA MEDICA 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