

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AVERALDO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00866

CONTA: 000000008330-6

Nr. da Autenticação B01BDF2AEF0B5C32

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190373956

Cidade: Nossa Senhora das Dores

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: AVERALDO DOS SANTOS

Data do acidente: 22/12/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA À ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO DIMINUÍDA (+++/+5), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA PROJEÇÃO DO OMBRO E CLAVÍCULA, FACE SUPERIOR, ATROFIA DA MUSCULATURA DO DELTOIDE E BÍCEPS, CALO ÓSSEO DE GRANDE VOLUME EM 1/2 DA CLAVÍCULA (CONSOLIDAÇÃO VICIOSA), DOR, EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO SEVERO NA ARTICULAÇÃO DO OMBRO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO IMPORTANTE DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ADUÇÃO, ABDUÇÃO, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DA ARTICULAÇÃO DO OMBRO (OMBRO CONGELADO).
ANGULO DE FLEXÃO DO OMBRO 15° (0° A 180°)
ANGULO DE EXTENSÃO DO OMBRO 05° (0° A 45°)
ANGULO DE ADUÇÃO DO OMBRO 05° (0° A 40°)
ANGULO DE ABDUÇÃO DO OMBRO 15° (0° A 180°)

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/06/2019

Conduta mantida:

Observações:

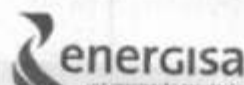
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

27 FEV 2019



Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolão para sempre pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. Nº 010.824.579

ENERGISA SERGIPE-DISTRIB. ENERGIA SA
Rua Min Apolônio Sales, 81 - Inácio Barbosa
Aracaju / SE - CEP 49045-100
CNPJ 13.817.462/0001-63 Insc.Est. 270.787.438

DADOS DO CLIENTE

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
RUA DOS SILOS 0217 CASA A
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

3/912787-9

REFERÊNCIA

FEV/2019

APRESENTAÇÃO

07/02/2019

CONSUMO

120

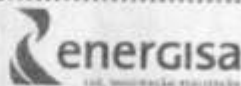
VENCIMENTO

14/02/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 99,53

Acesse: www.energisa.com.br



DETENHA AQUI

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Roteiro: 05-430-340-7391

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 20/02/2019

VENCIMENTO

14/02/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 99,53

MATRÍCULA

912787-2019-02-3

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu João Marcos da O. Rosa
inscrito (a) no CPF/CNPJ 020.003.675,00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Averaldo dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 336.807.955,72
do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade da Vítima Averaldo dos Santos
inscrito (a) no CPF sob o Nº 336.807.955,72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua dos Saneiros</u>	Número: <u>217</u>	Complemento: <u>Escritório</u>
Bairro: <u>Brasília</u>	Cidade: <u>N. Sra. da Guaria</u>	Estado: <u>SE</u>
E-mail: <u>marcosduplex@gmail.com</u>	CEP: <u>49.680-000</u>	Tel. (DDD): <u>79.99189207</u>

Local e Data: N. Sra. da Guaria 26.02.19

João Marcos da Oliveira Rosa

Assinatura do Declarante

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu João Marcos da O. Rosa
inscrito (a) no CPF/CNPJ 020.003.675,00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Averaldo dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 336.807.955,72
do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade da Vítima Averaldo dos Santos
inscrito (a) no CPF sob o Nº 336.807.955,72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua dos Saneiros</u>	Número: <u>217</u>	Complemento: <u>Escritório</u>
Bairro: <u>Brasília</u>	Cidade: <u>N. Sra. da Guaria</u>	Estado: <u>SE</u>
E-mail: <u>marcosduplex@gmail.com</u>	CEP: <u>49.680-000</u>	Tel. (DDD): <u>79.99189207</u>

Local e Data: N. Sra. da Guaria 26.02.19

João Marcos da Oliveira Rosa

Assinatura do Declarante

27/12/2019

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 606917
CNS:DATA: 22/12/2018 HORA: 16:26 USUARIO: PISGMORENO
SETOR: 04-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : AVERALDO DOS SANTOS DOC....: 723629
 IDADE.....: 54 ANOS NASC: 17/05/1964 SEXO...: MASCULINO
 ENDereco.....: RUA DO SOL NUMERO: 100
 COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: CENTRP
 MUNICIPIO.....: PROPRIA UF: SE CEP....: 49900-000
 NOME PAI/MAE...: MANOEL MILTON SANTOS /MARIA GEDALVA DOS SANTOS
 RESPONSAVEL....: FILHA TEL....: 799992731
 PROCEDENCIA....: PROPRIA - SE 8
 ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
 CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

AUTENTICAÇÃO
 Certifico e dou fé que a presente cópia é
 reprodução fiel do original que me
 foi entregue em Monte Alegre de Sergipe.

EM TESTEMUNHO DA VERDADE

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

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

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Selo Digital de Fiscalização
 Tribunal de Justiça de Sergipe
 Ofício Único do Registro de Monte Alegre de
 Sergipe - 25/12/2019 16:58
 Selo TJSE: 19 2907 002771
 Acesso: www.tjse.jus.br/844482



Isaque dos Santos Rodrigues
 Escrevente

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 606917

DATA: 22/12/2018 HORA: 16:26 USUARIO: PISGMORENO

CNS:

SETOR: 04-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : AVERALDO DOS SANTOS

DOC....: 723629

IDADE.....: 54 ANOS

NASC: 17/05/1964

SEXO...: MASCULINO

ENDERECO.....: RUA DO SOL

NUMERO: 100

COMPLEMENTO....: CASA

BAIRRO: CENTRP

MUNICIPIO.....: PROPRIA

UF: SE

CEP....: 49900-000

NOME PAI/MAE...: MANOEL MILTON SANTOS

/MARIA GEDALVA DOS SANTOS

RESPONSAVEL....: FILHA

TEL....: 7999927318

PROCEDENCIA....: PROPRIA - SE

8

ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO

CASO POLICIAL..: NAO

PLANO DE SAUDE.....: NAO

TRAUMA: NAO

ACID. TRABALHO: NAO

VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [X] mmHg

PULSO: []

TEMP.: []

PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES:

[X] RAIO X

[] SANGUE

[] URINA

[] TC

[] LIQUOR

[] ECG

[] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

HORA DA SAIDA: :

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

[] EVASAO

[] DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[] FAMILIA

[] IML

[] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Identificação do Estabelecimento

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXEC

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
ALVARADO DOS SANTOS
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - SEXO
MASC. ☒ 1 FEM. ☒ 3
10 - RAÇA / COR
11 - NOME DA MÃE
12 - NOME DO RESPONSÁVEL
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
14 - TELEFONE DE CONTATO
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
16 - COG. IBGE MUNICÍPIO
17 - UF
18 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SINTOMAS CLÍNICOS
Paciente com trauma na clavícula e dor e inabilidade funcional
22 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
Necessidade de tratamento
23 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
RX indica fratura e desvio
24 - DIAGNÓSTICO INICIAL
fratura clavicular
25 - CID 10 PRINCIPAL
26 - CID 10 SECUNDÁRIO
27 - CID 10 CAUSAS ASSC

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Trat. Cirúrgico
29 - CLÍNICA
30 - CARACTER DA INTERNAÇÃO
31 - DOCUMENTO
32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
33 - DATA DA SOLICITAÇÃO
17.01.19
34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE
GUILHERME L. SILVA
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
39 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
40 - CNPJ DA SEGURADORA
41 - CNPJ DA EMPRESA
42 - SERVIDOR
43 - CNAS DA EMPRESA
44 - CBO
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
46 - EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SE

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
48 - DOCUMENTO
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO



HOSPITAL DR. PEDRO GARCIA MORENO FILHO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

EDUARDO DOS SANTOS

LEITO:

GÊNERO

IDADE

DATA 11/01/19

DIAGNÓSTICO:

fract. clavicular e

F-1

PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO	
01	Dieta V.O. <i>branda</i>	SND	
02	Sinais Vitais 6/6 horas	ROTINA	
03	Keflin 1g. IV. 6/6 horas ou Kefazol 1g. IV. 8/8 horas	8	16 54
04	Ranitidina 02ml+ 18ml AD. IV. 12/12 horas ou Omeprazol 40mg IV. às 06:00 horas	12	18 06
05	Dipirona 07ml + 06ml AD. IV. 6/6 horas	10	28 06
06	Profenid 01 ampola IV + 100ml SF 0,9% 12/12 horas	SOS	
07	Tramal 100mg + 250ml SF 0,9% IV, 8/8 horas	SUSPENSO	
08	Clexane 40mg SC 1x/dia ou Heparina 5.000UI SC, 2x/dia	SOS	
09	Bromoprida 02ml + 18ml AD, IV 8/8 horas, se náuseas ou vômitos SOS	11	17 23 05
10	Glicemia capilar 6/6 horas, se diabético.	117	117
11	Insulina regular, conforme glicemia		
12	< 200 = Ø 251-300 = 4U 351-400 = 8U		
13	201-250 = 2U 301-350 = 6U > 400 = 10U		
14	Glicose 25%, 40ml, IV, se glicemia <70		
15	Captopril 25mg, VO, se PAS >180mmHg ou PAD >110mmHg SOS		
16	Curativo diário 1x/dia	10	

Sa 09% 500 + 0 ml / EV
CLT 5% 0 + 500 " / 30xh / EV
500
500

Nome:

Armando dos Santos

DATA

16/09/19

PRESCRIÇÃO MÉDICA E DIETA

Idade: 54

Enfermaria: F

Leito: 02

1º TURNO

07:00 AS 13:00

Ass.

2º TURNO

13:00 AS 19:00

Ass.

3º TURNO

19:00 AS 07:00

Ass.

SND

ROTINA

10

Dieta Livre
Alimentar rotineira 6/6h
Anestesia
A Alta hospitalar

UNIDADE HOSPITALAR

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR

LEITO

PACIENTE

AVERALDO DOS SANTOS

DIAGNÓSTICO

SEXO

RES

DATA	HISTÓRICO
11 09 19	<p>Paciente e trauma na clavicula L ha + 20 dias, fratura fechada de indecisos comp</p> <p>AMP = N. D. N</p> <p>Clavícula parietal e bem edema no anteb braço e limitações de movimento</p> <p>RX indica fratura e desvio</p> <p>DD = Fract clavícula E</p> <p>Cond = Intermédia</p>
11 01 19	<p>CC - Paciente submetido a trat cirúrgico de fratura fechada L e placa e parafusos</p> <p>Pro Versch</p>

Guilherme E. S. Silva
Ortopedia - Traumatologia
CRM 2728

Guilherme E. S. Silva
Ortopedia - Traumatologia
CRM 2728

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

UNIDADE HOSPITALAR:

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR:

LEITO

PACIENTE:

DADE

SDO

PROF.

Itabeirana-5

UNIDADE HOSPITALAR

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETON

2. Định nghĩa

LETO:

F 04

PACIENTE

Miguel dos Santos

page 54

SDC M

REG.

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	GI
11/01/19	08:30	Paciente admi. no bloco cirúrgico para a cirurgia de fratura de clavícula. A cirurgia foi realizada com sucesso. O paciente foi encaminhado para o CC. —					
11:20		Paciente encaminhado para o CC. —					
11/01/19	14:30	Paciente admi. no bloco cirúrgico para a cirurgia de fratura de clavícula. A cirurgia foi realizada com sucesso. O paciente foi encaminhado para o CC. —					
14:50		Paciente encaminhado para o CC. —					
16:11		Paciente encaminhado para o CC. —					
21:05		Paciente encaminhado para o CC. —					
23:00		Paciente encaminhado para o CC. —					
24:00		Paciente encaminhado para o CC. —					

LETO

5510

REG

Italiana-Ser

Medicação e Material Médico - Cirúrgico

Nome Aurelio dos Santos

Data 12.01.19

Leito F-03

Descrição	Und	Qtde
Adrenalina Sol. Molesinal	Amp.	
Água bidestilada 10ml	Amp.	
Água Oxigenada	Fr.	
Amicacina 100mg	Amp.	
Amicacina 250mg	Amp.	
Aminofilina	Amp.	
Ampicilina 1gr	Amp.	
Ampicilina 500mg	Amp.	
Ampiclitil	Amp.	
Atropina (sulfato) 1ml	Amp.	
Bicarbonato de Sódio 8.4%	Amp.	
Buscopam 5ml	Amp.	
Cataflan (diclofenaco)	Amp.	
Cedilanide 0.4mg	Amp.	
Cisatracúrio	Amp.	
Clexane 20mg	Amp.	
Clexane 40mg	Amp.	
Clindamicina	Amp.	
Clonidin	Amp.	
Clorafenicol 1gr	Amp.	
Cloreto Potássio 19.1%	Amp.	
Cloreto de Sódio 20%	Amp.	
Decadron 4mg	Amp.	04
Diazepam (valium) 10mg	Amp.	
Dimorf 1mg	Amp.	
Dimorf 0.2mg	Amp.	
Dimorf 10mg (morfina)	Amp.	
Diprivan	Amp.	
Dolantina	Amp.	
Dormonid 15mg	Amp.	
Dormonid 5mg	Amp.	03
Efortil 0.01gr	Amp.	
Esmerom	Amp.	
Etonidato	Amp.	
Fenergan 50mg	Amp.	
Fentanil 2ml 10ml	Amp.	01
Flumazenil 0.1mg	Amp.	
Garamicina 10mg	Amp.	
Garamicina 20mg	Amp.	
Garamicina 40mg	Amp.	
Garamicina 80mg	Amp.	
Gardenal 200ml	Amp.	
Glicose 25%	Amp.	
Glicose 50%	Amp.	

Assinatura da Enfermagem (por extenso)

Descrição	Und	Qtde
Gluconato de Cálcio	Amp.	
Heparina 5000 UI/ml	Amp.	
Hidantal 250mg	Amp.	
Insulina	Amp.	
Kanakion	Amp.	
Kefazol	Amp.	
Keflin	Amp.	02
Ketalar 50mg - 10ml	Amp.	
Lasix 20mg	Amp.	
Marcaína 0.5% c.v - 20ml	Amp.	
Marcaína Pesada 4ml	Amp.	
Megapen 5.000.000 UI	Amp.	
Metronidazol 500mg (flagyl)	Fr	
Nausedron	Amp.	
Neomicina pomada	Gr	
Nibium	Amp.	
Nilperidol	Amp.	
Novalgina (dipirona)	Amp.	02
Omeprazol	Amp.	
Pancuron	Amp.	
Pavulon	Amp.	
Plasil	Amp.	
Profenid	Amp.	
Propofol	Amp.	04
Prostigmine 0.5mg	Amp.	
Quelicin 100mg	Amp.	
Quelicin 500mg	Amp.	
Ranitidina	Amp.	
Remifentanil 2mg	Amp.	
Ringer Lactato 500ml	Fr	03
Rocefin 1mg	Amp.	
Rocefin 500mg	Amp.	
Sevoflurano	Fr	
Solu-cortef 500mg	Amp.	
Solu-cortef 100mg	Amp.	
Soro Fisiológico 0.9% 500ml	Amp.	03
Soro Glicosado 5%	Amp.	
Sulfato de Magnésio 50%	Amp.	
Tramal 100 mg	Amp.	04
Xilocaina 1% c.v	Amp.	
Xilocaina 1% s.v	Amp.	
Xilocaina 2% c.v	Amp.	
Xilocaina 2% s.v	Amp.	
Xilocaina Geléia	Fr.	

Kipro 400mg

Fr

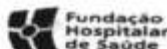
1 placa Ae estreta 8F.
cortical = 16 = 17
K = 1

Descrição	Und	Qtde
Agulha descartável 25x7/3088	Und.	03 cada
Alcool 70%	Und.	+100ml
Atadura Algodão Ortop.	Und.	
Atadura Crepe 10cm	Und.	
Atadura Crepe 15cm	Und.	04
Atadura Crepe 30cm	Und.	
Atadura Gessada 10cm	Und.	
Atadura Gessada 20cm	Und.	
Aut de Metileno	MI	
Bola de Algodão	Und.	01
Cateter P. Oxigenoterapia (oculos)	Und.	01
Catgut Cromado C Agulha	Und.	
Catgut Cromado S Agulha	Und.	
Catgut Simples C Agulha	Und.	
Catgut Simples S Agulha	Und.	
Clorexidina alcólica	ml	
Clorexidina aquosa	ml	
Clorexidina degermante	ml	
Coletor de Urina Simples	Und.	
Coletor de Urina Fechado	Und.	
Compressa Campo Op. Gde.	Und.	25
Compressa Campo Op. Pna.	Und.	
Compressa de Gaze 7,5 x 7,5	Und.	+100
Cotonete	Und.	
Cotonete Estéril	Und.	
Dreno de Penrose nº. 01	Und.	
Dreno de Penrose Nº. 02	Und.	
Dreno de Penrose Nº. 03	Und.	
Equipo Macro Gotas	Und.	01
Equipo Micro Gotas	Und.	
Equipo P Sangue	Und.	
Esparradrapo Comum	Cm.	
Ethibond	Und.	
Filtro de barreira	Und.	01
Fio de Algodão	Und.	
Fita Adesiva Hospitalar	Cm.	
Fescola C Degermação	Und.	04
Formol Liquido	MI	
Gaze Algodoadas	Und.	
Gelo	Und.	01
Intraeath	Und.	
Lamina de Bisturi	Und.	02
Luva Cirurgica Descartável	Und.	5 pares
Malha Tubular	Und.	
Micro pore	cm	

Assinatura da Enfermagem (por extenso)

Josimil

Descrição	Und	Qtde
Mononylon Comum	Und.	
Povidine Degermante	MI	
Povidine Tópico	MI	
Prolene		
Scalp	Und.	
Seringa Descartável 1ml	Und.	
Seringa Descartável 3ml	Und.	02
Seringa Descartável 5ml	Und.	02
Seringa Descartável 10ml	Und.	02
Seringa Descartável 20ml	Und.	02
Sonda de aspiração Traqueal	Und.	01
Sonda de Foley 2vias	Und.	
Sonda de Foley 3 vias	Und.	
Sonda (tubo) Endot. C/ Balão	Und.	1
Sonda (tubo) Endot. S. Balão	Und.	
Sonda (tubo) Endot. Aramado	Und.	
Sonda Nasoenteral	Und.	
Sonda Nasogástrica	Und.	
Sonda Retal	Und.	
Sonda Uretal de Nelaton	Und.	
Torneirinha 3 vias extensor	Und.	01
Vicril 2-0	Und.	02
Agulha Desc. P Bloqueio	Und.	
Dreno de Sucção	Und.	
Dreno de Tórax	Und.	
Luvas (par) 7.0	Und.	02
Luvas (par) 7.5	Und.	
Luvas (par) 8.0	Und.	
Luvas (par) 8.5	Und.	02
Máscaras Descartáveis	Und.	05
Gorro	Und.	06
Pro pé	Par	06
Latex	Und.	06
Eletrodos	Und.	05
Ar Comprimido	Hora	2m uso
Bisturi Elétrico	Hora	11
Monitor Cardíaco (cardioscópio)	Hora	11
Oxigênio	Hora	11
Oxímetro de Pulso	Hora	11
N20 (protóxido de azoto)	Hora	
Sala de Recuperação	Taxa	11
Vácuo	Hora	11
Furadeira	Hora	11



Ficha de Ato
Cirúrgico

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Nome do Paciente:

ALVARADO DOS SANTOS

Diagnóstico Pré-operatório:

Fratura de clavícula

Cirurgia realizada:

Osteossíntese

Cirurgião:

Guilherme Siqueira

Auxiliares:

Anestesiologista:

Rudimilson

Anestesia:

Diag. Pós-operatório:

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

- 1) Punção DTH sob anestesia
- 2) APAC
- 3) Incisão superior na reg. da clavícula
- 4) Dissecção por planos
- 5) Identificação do furo e fixação por pinos, realização de fixação e bloqueio, e furo inferior
- 6) Controle hemostático
- 7) Lavagem de fundo cunha
- 8) Fechamento pele e curativo

Data:

11/11/2019

Assinatura do cirurgião:

Guilherme S. Siqueira
Ortopedia - Traumatologia

FICHA DE ANESTESIA

NOME: Averal do da Cruz Nº PRONTUÁRIO: _____
CONVÊNIO: SUS DATA: 11.01.19 SEXO: M COR: _____ IDADE: _____ PÊSO: _____
NATURAL: _____ EST. CIVIL: _____ SANGUE: _____
SETOR MÉDICO: _____ AMBULATÓRIO: _____ APTº: _____ E. FÍSICO(ASA): I
DIAG PRE-OP: _____
CIRURGIA PROPOSTA: _____
DIAG POS-OP: _____
CIRURDIA REALIZADA: fratura clavícula (E)
PRÉ-ANESTÉSICO: 10pm 78h HORA: _____ EFEITO: _____
CIRURGIÃO: Gulberne 1º AUXILIAR: _____
2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: _____
AGENTE HORA: _____

[illegible]

FICHA DO ATO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: TRANS-OPERATÓRIO

CONTROLE DE RASTREABILIDADE DO PROCESSO DE ESTERELIZAÇÃO

Paciente: Evandro dos Santos DN: 12.05.64BE: 612487

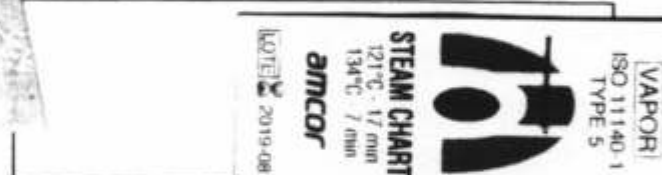
Material: Campos de lap
Data de Esterilização: 11.01.19
Data de Validade: 18.01.19
Número de Carga: 69
Autoclave: (X) 1 () 2
Profissional e COREN: Junice 120954



Material: 100. ped. porte
Data de Esterilização: 10.01.19
Data de Validade: 17.01.19
Número de Carga: 63



Material: lapote
Data de Esterilização: 10.01.19
Data de Validade: 10.07.19
Número de Lote: 62
Autoclave: (X) 1 () 2
Profissional e COREN: Ma Teixeira 44639



Material: lapote
Data de Esterilização: 10.01.19
Data de Validade: 10.07.19
Número de Lote: 62
Autoclave: (X) 1 () 2
Profissional e COREN: Ma Teixeira 44639



Material: Fuxadua Macon
Data de Esterilização: 10.01.19
Data de Validade: 17.01.19
Número de Lote: 63
Autoclave: (X) 1 () 2
Profissional e COREN: Ma Teixeira 44639



Profissional de Enfermagem:

Josineide Carvalho dos Santos
Aut. de Enfermagem
CORENISE 716.173

HOSPITAL Regional CIDADE: Itaboraí COORDENADOR: _____

MÉDICO Dr. Guilherme **Guilherme E. S. Silva** CRM _____
Ortopedia - Traumatologia
CRM 2728

NOME PACIENTE Aurelio dos Santos PRONTUÁRIO 612487

DATA NASCIMENTO PACIENTE 11/05/1964 NOME DA MÃE PACIENTE ma Gledalva dos Santos

DATA INTERNAÇÃO 11/01/2019 DATA CIRURGIA 11/01/2019 DATA DA ALTA _____

PROCEDIMENTO REALIZADO Redução cirúrgica + fixação de fratura de clavícula C6DIGO PROCEDIMENTO (E)

DESCRÇÃO		REF	QTD	DESCRÇÃO		REF	QTD
PEQ. FRAGMENTOS	PLACA 1/3 TUBO RETA 3.5MM			FIXADOR EXTERNO LINEAR			
	PLACA COMPRESSÃO DINAMICA RETA 3.5MM	08f	01	FIXADOR EXTERNO PUNHO			
	PLACA RECONSTRUÇÃO BACIA RETA 3.5MM			MINI FIXADOR EXTERNO			
	PLACA EM T 3.5MM			FIXADOR EXTERNO CIRCULAR			
	PLACA EM T OBLÍQUA 3.5MM			FIXADOR WAGNER (ALONGAMENTO)			
	PLACA TREVO 3.5MM			FIXADOR EXTERNO PLATAFORMA			
	PLACA SEMITUBULAR 3.5MM			PINO SCHANZ			
	PLACA CALCANEIO DIREITA			FIO STEINMAN ROSQUEADO			
	PLACA CALCANEIO ESQUERDA			CIMENTO COM ANTIBIOTICO			
	ARRUELA LISA 3.5/4.0MM			CIMENTO SEM ANTIBIOTICO			
GRANDES FRAGMENTOS	PLACA COMPRESSÃO DINAMICA LARGA 4.5MM			SERRA DE GIGLI			
	PLACA COMPRESSÃO DINAMICA ESTREITA 4.5MM			ENDOPROTESE			
	PLACA RECONSTRUÇÃO 4.5MM			PROTESE DE QUADRIL			
	PLACA EM T 4.5MM			PROTESE TOTAL OU PARCIAL DE OMBRO			
	PLACA PLATEAU TIBIAL (MALEAVEL) 4.5MM			PROTESE TOTAL OU PARCIAL JOELHO			
	PLACA CONDÍLEA 4.5MM			PROTESE DE ARTROPLASTIA COTOVELO			
	PLACA EM L 4.5MM			SISTEMA COLUNA PARCIAL OU TOTAL			
	PLACA TREVO 4.5MM			KIT CIMENTAÇÃO			
	PLACA COBRA 4.5MM			ENXERTO OSSEO SINTETICO 5 GRAMAS			
	PLACA SEMITUBULAR 4.5MM			ENXERTO OSSEO SINTETICO 10 GRAMAS			
DHS / DCS	PLACA PONTE 4.5MM			FIO CERCLAGEM			
	PLACA CALÇO 4.5MM			PLACA ENDOBOTTON			
	ARRUELA 4.5MM			LAMINA SHAVER			
	ARRUELA 6.5MM			CANULA ARTROSCOPIA			
	PLACA DHS 135°			DRENO SUÇÃO			
	PLACA DCS 95°			FIO STEINMAN			
	PARAFUSO DESLIZANTE ROSCA CURTA			FIO KIRSCHNER			
	PARAFUSO DESLIZANTE ROSCA LONGA			PLACA BUCO MAXILO			
	PLACA EM T 2.7MM			SUBSTITUTO SINTETICO - DURAMATER			
	PLACA SEMITUBULAR 2.7MM			ASPIRADOR COM FILTRO			
MINI FRAGMENTOS	MINI PLACA EM L 1.5MM			ANCORA			
	MINI PLACA EM T 1.5MM			MINI ANCORA AGULHADA			
	MINI PLACA EM L 2.0MM			ANCORA COM FIO ACOPLADO			
	MINI PLACA EM T 2.0MM			HASTE			
	PLACA VOLAR RADIO DISTAL			FIXADOR MODULAR ALONGAMENTO			
	PLACA BLOQUEADA Umero			FIXADOR RADIO TRANSPARENTE			
	PLACA ARTROSE MM			FIXADOR MODULAR COTOVELO			
	PLACA BLOQUEADA 3.5MM			FIXADOR TRILHO PARA ALONGAMENTO			
	PLACA SPIDER			FIXADOR PEDIATRICO			

ESPECIFICAÇÕES PARAFUSOS

PARAFUSO CORTICAL MM	Nº	QTD		PARAFUSO TITANIO CORTICAL MM				
PARAFUSO CORTICAL MM	Nº	QTD		PARAFUSO TITANIO CORTICAL MM				
PARAFUSO CANULADO 3.5MM	Nº	QTD		PARAFUSO HEBERT 2.0MM				
PARAFUSO CANULADO 4.5MM	Nº	QTD		PARAFUSO HEBERT 2.7MM				
PARAFUSO CANULADO 7.0MM	Nº	QTD		PARAFUSO BLOQUEADO MM				
PARAFUSO ESPONJOSO 4.0MM	Nº	QTD		PARAFUSO BUCO MM				
PARAFUSO ESPONJOSO 6.5MM	Nº	QTD		PARAFUSO INTERFERC. MM				
PARAFUSO MALEOLAR 4.5MM	Nº	QTD		PARAFUSO DISTAL / PROX. MM				

MATERIAL FORA DA LISTA

DESCRÇÃO	QTD	DESCRÇÃO	QTD
<u>Andressa Alves de Almeida</u>			
<u>Aux. Enfermagem</u>			

ECG de Repouso**Dados do Paciente**

Nome: Averaldo dos Santos

RG:

Data de Nascimento: 17/05/1964

Reg. Clínico: 120213

CPF:

Sexo: Masculino

Dados do Exame

Exame: 1066

Convênio: Particular

Responsável: Dr Fabio Serra Silveira

CRM: SE-2751

Data: 28/12/2018

Hora: 15:00

Solicitante: Lucas S. Lima

CRM: 4778

Laudo - 03/01/2019 07:55:21**RITMO SINUSAL**

SAQRS: entre 0 e 30 graus

FC: 68 bpm

CONCLUSÃO:**NORMAL**

Atendimento 120047
 Nome AVERALDO DOS SANTOS
 Profissão
 RG 723629
 CPF
 Solicitante: Lucas S. Lima

Data 27/12/2018
 Hora 08:35
 Escol.
 Idade 54 ano(s) 7 mes(es) e 11 dia(s)
 Data Nasc. 17/05/1964
 Convênio Particular

HEMOGRAMA COMPLETO

Data Coleta: 27/12/2018 08:35

Material: Sangue Total Com EDTA K3
 Método: Automatizado
 Data Liberação: 28/12/2018
 Laboratório: INTERNO

SÉRIE VERMELHA

A) Eritrócitos 4,71 milh/mm3

B) Hemoglobina 14,80 g/dl

C) Hematócrito 45 %

ÍNDICES HEMATIMÉTRICOS

A) V.C.M. 96 fl

B) H.C.M. 31 pg

C) C.H.C.M. 33 g/dl

RDW-SD 52,00

RDW-CV 12,90

SÉRIE BRANCA

A) Leucócitos (val.global) 4.790

B) Contagem diferencial % /mm3

Segmentados 65 3114

Eosinófilos 7 335

Linfócitos 23 1102

Monócitos 5 240

Observação: Eosinofilia

PLAQUETAS 169.000 mm³**Referência**

Homem: 4,5 a 6,0 / Mulher: 4,0 a 5,4 milh/mm3

Homem: 14 a 18 / Mulher: 12 a 16 g/dl

Homem: 40 a 52 / Mulher: 36 a 47%

80 a 97 fl

26,5 a 33,5 pg

31,5 a 35,0 g/dl

Homem 39 a 46,3fl / Mulher 36,5 a 50,2fl

10,0 a 15,0

4.000 a 10.000/mm3

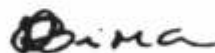
% /mm3

44 a 70 1.660 a 7.000

01 a 06 100 a 600

18 a 44 1.000 a 4.500

02 a 10 200 a 1000

150.000 a 450.000 mm³


 RENATA GUIMARÃES DE LIMA
 TÉCNICA DE LAB.

A avaliação eficaz dos resultados depende da correlação clínico - laboratorial, bem como dos aspectos fisiopatológicos do paciente, jejum, interação medicamentosa em uso e aspectos epidemiológicos.

Este laboratório participa ativamente de rigorosos programas de controle de qualidade, sociedade brasileira de análises clínicas (SBAC), programa de proficiência em ensaios laboratoriais (PELM) e sociedade brasileira de patologia clínica.

Responsável técnico do Laboratório:
 Nº registro do laboratório no conselho de classe: 00

Atendimento 120047
Nome AVERALDO DOS SANTOS
Profissão
RG 723629
CPF
Solicitante: Lucas S. Lima

Data 27/12/2018
Hora 08:35
Escol.
Idade 54 ano(s) 7 mes(es) e 11 dia(s)
Data Nasc. 17/05/1964
Convênio Particular

COAGULOGRAMA

Data Coleta: 27/12/2018 08:35

Material: Plasma Citratado
Metodo: Coagulômetro
Data Liberação: 29/12/2018
Laboratório: INTERNO

Tempo de sangramento

2,00 Min 1 a 3 minutos.

Tempo de coagulação

7,30 Min 5 A 10 minutos.

Tempo de Protombina

12,80 Segundo(s) 11,0 a 15,0 seg.

Protombina (atividade)

84 % 68,4 a 100t

INR

1,06 0,96 a 1,13
Terapia Anticoagulante Oral: 2,0 a 4,0

TPPA

29,40 Segundo(s) 30,0 a 43,0 seg

Prova de laço

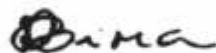
Negativo

Contagem de Plaquetas

169.000 /mm³ 150.000 a 450.000/mm³

Retração de coágulo

40 % 40 A 68%



HELENA QUINTAL ANDRE LIMA
LABORANTISTA

A avaliação eficaz dos resultados depende da correlação clínico - laboratorial, bem como dos aspectos fisiopatológicos do paciente, jejum, interação medicamentosa em uso e aspectos epidemiológicos.

Este laboratório participa ativamente de rigorosos programas de controle de qualidade, sociedade brasileira de análises clínicas (SBAC), programa de proficiência em ensaios laboratoriais (PELM) e sociedade brasileira de patologia clínica.

Responsável técnico do Laboratório:

Nº registro do laboratório no conselho de classe: 00

Atendimento 120047
Nome AVERALDO DOS SANTOS
Profissão
RG 723629
CPF
Solicitante: Lucas S. Lima

Data 27/12/2018
Hora 08:35
Escol.
Idade 54 ano(s) 7 mes(es) e 11 dia(s)
Data Nasc. 17/05/1964
Convênio Particular

GLICOSE

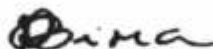
Data Coleta: 27/12/2018 08:35

Material: Soro
Metodo: Glicose/Oxidase
Data Liberação: 28/12/2018
Laboratório: INTERNO

RESULTADO 83 mg/dL

Referência

Normal: 60 a 99 mg/dL
Suspeita de Diabetes: Acima 125 mg/dL
Fontes de Valores: ADA
(Associação Americana de Diabetes)

PENATA QUINTALANO L. LIZA
CHUM 1875

A avaliação eficaz dos resultados depende da correlação clínico - laboratorial, bem como dos aspectos fisiopatológicos do paciente, jejum, interação medicamentosa em uso e aspectos epidemiológicos.

Este laboratório participa ativamente de rigorosos programas de controle de qualidade, sociedade brasileira de análises clínicas (SBAC), programa de proficiência em ensaios laboratoriais (PELN) e sociedade brasileira de patologia clínica.

Responsável técnico do Laboratório:

Nº registro do laboratório no conselho de classe: 00

INFORMAÇÕES DO HOSPITAL & PACIENTE

HOSPITAL:	CIRURGIÃO:
Re onal de Staboisma	guilherme
PACIENTE:	DATA DE NASCIMENTO:
Guarabato dos Santos	17/05/64
	PRONTUÁRIO Nº
	632487
IME DA:	DATA DA CIRURGIA:
Maria godelvina dos Santos	11/10/99

ITEM :DITAL	DESCRIÇÃO DO MATERIAL / LOTE	QUANTIDADE UTILIZADA	OBSERVAÇÃO
	FIO DE CERCLAGEM 0,8 MM		
	FIO DE CERCLAGEM 1,0 MM		
	FIO DE CERCLAGEM 1,2 MM		
	FIO DE CERCLAGEM 1,5 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 1,0 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 1,5 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 2,0 X 300 MM	01	
	FIO DE KIRSCHNER 2,5 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 3,0 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 3,5 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 4,0 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 4,5 X 300 MM		

VISTO E CARIMBO DO CIRURGIÃO:

OBSERVAÇÕES GERAIS:

Guilherme E.S. Silva
Ortopedista - Traumatologista
CRM 2728

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO
=====

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

No. Registro.: 24208
Numero do CNS: 0000000000000000
Nome.....: AVERALDO DOS SANTOS
Documento.....: 723629 Tipo:
Nascimento....: 17/05/1964
Estado Civil.:
Idade.....: 54 - ANOS Cor:
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel...: MANOEL MILTON SANTOS
Nome da Mae...: MARIA GEDALVA DOS SANTOS
Endereco.....: RUA DO SOL, 100 CASA CEP: 49900.000
Telefone.....: 79999273188
Bairro.....: CENTRP
Município.....: 2805703 - PROPRIA - SE
Nacionalidade: BRASILEIRO
Naturalidade.: SERGIPE
Cadastramento: 11/01/2019





RECEITUÁRIO

NOME:

Aracelis dos Santos

Paciente com trauma por acidente
de motocicleta estando em região
desabitada, fez esse eletrocardiograma
Solicitado por Médico Ortopedista

Dr. 
Cadastrado - 4006

KTH
22/12/18

Av. Paulo Vasconcelos, 1000 - Bairro Centro - Fone: (79) 3265-1402 - CEP 49600-000
Nossa Senhora das Dores - Sergipe - CNPJ: 11.389.851/0001-94

AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé que a presente cópia é
reprodução fiel do original que me foi
exibido. Monte Alegre de Sergipe/SE



EM TESTEMUNHO DA VERDADE

Isaque dos Santos Rodrigues
Escrevente

Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de Sergipe
Ofício Único do Distrito de Monte Alegre de
Sergipe - R5102 R119
Selo TJSE: 2019 2962 2002769
Acesse: www.tjse.jus.br/x19E20B



Relatório Médico.

Paciente Avelardo dos Santos,
induzido a trat. de fr. de
lamina L e 11/02/19. no
limbo de. de ADH e poma
do local.

RX indica sintese com
placa parafica e fio de aço
ID= fr. de lamina L e poma
da h. e 3m.

Cond= Hantel trat. de limbo
e fixotrazeros

Agr

09
04
19

Dr. Avelardo dos Santos
CRM 123456789

CTD= 5=42.0



27/12/2019

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 606917
CNS:DATA: 22/12/2018 HORA: 16:26 USUARIO: PISGMORENO
SETOR: 04-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : AVERALDO DOS SANTOS DOC....: 723629
 IDADE.....: 54 ANOS NASC: 17/05/1964 SEXO...: MASCULINO
 ENDERECO.....: RUA DO SOL NUMERO: 100
 COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: CENTRP
 MUNICIPIO.....: PROPRIA UF: SE CEP....: 49900-000
 NOME PAI/MAE...: MANOEL MILTON SANTOS /MARIA GEDALVA DOS SANTOS
 RESPONSAVEL....: FILHA TEL....: 799992731
 PROCEDENCIA....: PROPRIA - SE 8
 ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
 CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

AUTENTICAÇÃO
 Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido no Monte Alegre de Sergipe.
 Escrivente
 EM TESTEMUNHO DA VERDADE

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

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

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Selo Digital de Fiscalização
 Tribunal de Justiça de Sergipe
 Ofício Único do Registro de Monte Alegre de Sergipe - 25/12/2019 16:58
 Selo TJSE: 19 2907 002771
 Acesso: www.tjse.jus.br/844482



MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 606917

DATA: 22/12/2018 HORA: 16:26 USUARIO: PISGMORENO

CNS:

SETOR: 04-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : AVERALDO DOS SANTOS

DOC....: 723629

IDADE.....: 54 ANOS

NASC: 17/05/1964

SEXO...: MASCULINO

ENDERECO.....: RUA DO SOL

NUMERO: 100

COMPLEMENTO....: CASA

BAIRRO: CENTRP

MUNICIPIO.....: PROPRIA

UF: SE

CEP....: 49900-000

NOME PAI/MAE...: MANOEL MILTON SANTOS

/MARIA GEDALVA DOS SANTOS

RESPONSAVEL....: FILHA

TEL....: 7999927318

PROCEDENCIA....: PROPRIA - SE

8

ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO

CASO POLICIAL..: NAO

PLANO DE SAUDE.....: NAO

TRAUMA: NAO

ACID. TRABALHO: NAO

VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [X] mmHg

PULSO: []

TEMP.: []

PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES:

[X] RAIO X

[] SANGUE

[] URINA

[] TC

[] LIQUOR

[] ECG

[] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

HORA DA SAIDA: :

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

[] EVASAO

[] DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[] FAMILIA

[] IML

[] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

MS/DIA: 05/05

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 612487

DATA: 11/01/2019

HORA: 06:36

USUARIO: DR JESUS

CNS:

SETOR: 04-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: AVERALDO DOS SANTOS

DOC...: 723629

IDADE...: 54 ANOS

NASC: 17/05/1964

SEXO...: MASCULINO

ENDERECO...: RUA DO SOL

NUMERO: 100

COMPLEMENTO...: CASA

BAIRRO: CENTR

MUNICIPIO...: PROPRIA

UF: SE

CEP...: 49900-000

NOME PAI/MAE...: MANOEL MILTON SANTOS

/MARIA GEDALVA DOS SANTOS

RESPONSAVEL...: FILHA

TEL...: 79999273

PROCEDENCIA...: PROPRIA - SE

ATENDIMENTO...: OUTROS

CASO POLICIAL...: NAO

PLANO DE SAUDE...: NAO

TRAMA: NAO

ACID. TRABALHO: NAO

PLANO DE AMBULANCIA: NAO

PA: []

X

PULSO: []

TEMP.: []

PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES:

[] SANGUE

[] URINA

[] TC

[] LIQUOR

[] ECG

[] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS:

[] SIM

[] NAO

DADOS CLINICOS:

Acident h + 20

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

Fract clavicular e

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

RX do Torax PA

Intervencao

DATA DA SAIDA:

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

HORA DA SAIDA:

[] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[] FAMILIA

[] IML

[] ANAT. PATC

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. Jesus
The Dr. Jesus
01/11/2019

Identificação do Estabelecimento

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXEC

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
ALVARADO DOS SANTOS

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO
/ /

9 - SEXO
MASC. ☒ FEM. ☐

11 - NOME DA MÃE

10 - RAÇA / COR

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - TELEFONE DE CONTATO

17 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

16 - DOC

18 - COG. IBGE MUNICÍPIO

19 - UF

20 - CEP

21 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente com trauma na clavícula e no ombro, com lesão funcional.

22 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento.

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

RX ombro, fêmur e clavícula.

24 - DIAGNÓSTICO INICIAL

25 - CID 10 PRINCIPAL

26 - CID 10 SECUNDÁRIO

27 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

GUILHERME L. SILVA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

17.01.19

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

GUILHERME L. SILVA
Ortopedista Traumatologista

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES)

37 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

40 - CNPJ DA SEGURADORA

41 - CNPJ DA EMPRESA

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SE

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

/ /

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO



HOSPITAL DR. PEDRO GARCIA MORENO FILHO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

EDUARDO DOS SANTOS

LEITO:

GÊNERO

IDADE

DATA 11/01/19

DIAGNÓSTICO:

fract. clavícula e

F-1

PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO	
01	Dieta V.O. <i>branda</i>	SND	
02	Sinais Vitais 6/6 horas	ROTINA	
03	Keflin 1g. IV. 6/6 horas ou Kefazol 1g. IV. 8/8 horas	8	16 54
04	Ranitidina 02ml + 18ml AD. IV. 12/12 horas ou Omeprazol 40mg IV. às 06:00 horas	12	18 06
05	Dipirona 07ml + 06ml AD. IV. 6/6 horas	10	28 06
06	Profenid 01 ampola IV + 100ml SF 0,9% 12/12 horas	SOS	
07	Tramal 100mg + 250ml SF 0,9% IV, 8/8 horas	SUSPENSO	
08	Clexane 40mg SC 1x/dia ou Heparina 5.000UI SC, 2x/dia	SOS	
09	Bromoprida 02ml + 18ml AD, IV 8/8 horas, se náuseas ou vômitos SOS	11	17 23 05
10	Glicemia capilar 6/6 horas, se diabético.	117	117
11	Insulina regular, conforme glicemia		
12	< 200 = Ø 251-300 = 4U 351-400 = 8U		
13	201-250 = 2U 301-350 = 6U > 400 = 10U		
14	Glicose 25%, 40ml, IV, se glicemia <70		
15	Captopril 25mg, VO, se PAS >180mmHg ou PAD >110mmHg SOS		
16	Curativo diário 1x/dia	10	

Sa 09% 500 + 0 ml / EV
CLT 5% 0 + 500 " / 308h / EV
500
500

Nome:

AV Evildo dos Santos

DATA

16/09/19

PRESCRIÇÃO MÉDICA E DIETA

Idade: 54

Enfermaria: F

Leito: 02

1º TURNO

07:00 AS 13:00

Ass.

2º TURNO

13:00 AS 19:00

Ass.

3º TURNO

19:00 AS 07:00

Ass.

SND

ROTINA

10

Dieta Livre
Alimentar rotineira 6/6h
Anestesia
A Alta hospitalar

UNIDADE HOSPITALAR

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR

LEITO

PACIENTE

AVERALDO DOS SANTOS

DIAGN

SEXO

RES:

DATA	HISTÓRICO
11 09 19	<p>Paciente e trauma na clavicula L ha + 20 dias, fratura fechada de indeceis comp</p> <p>AMP = N. D. N</p> <p>Clínica e parietal de hemi edema no anteb braço e limitação de movimento</p> <p>RX indica fratura e desmor</p> <p>DD = Lacl clavicula E</p> <p>Cond = Intermecia</p>
11 01 19	<p>CC -> Paciente submetido a trat cirurgico de fratura clavicula L e placa e parafusos</p> <p>Pro Versch</p>

Guilherme E. S. Silva
Ortopedia - Traumatologia
CRM 2728

Guilherme E. S. Silva
Ortopedia - Traumatologia
CRM 2728

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

UNIDADE HOSPITALAR:

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR:

LEITO

PACIENTE:

DADE

SDO

PROF.

Itabeirana-5

UNIDADE HOSPITALAR

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR

E. Cirúrgica

LEITO

F01

PACIENTE

A. Veraldo dos Santos

IDADE 54

SEXO M

REG.

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	GI
11/01/19	08:30	Paciente admi-tido nesta sala cirúrgica. Examinado pelo médico da sala cirúrgica, sendo realizado o exame físico, sendo constatado o diagnóstico de fratura de clavícula esquerda. Realizado o exame de CC. —					
	11:20	Paciente encaminhado para o CC. —					
11/01/19	14:30	Paciente admi-tido na sala cirúrgica, consciente, orientado, para submeter-se a T.O. cirúrgica de fratura de clavícula (E) aos cuidados de Dr. Guilherme. Posicionado e monitorizado em sala 3. Realizado punção venosa em M.S.E. com gelco nº 18. —				67	112
	14:50	Início do ato anestésico aos cuidados de Dra. Ludmila, sob geral, sem intubação. —					76
		Início do ato cirúrgico, com monitorização do nível anestésico, sendo o paciente operante em M.S., padrão respiratório confortável, pelo T.O. —				64	112
16/01/19		Trans-Operatório de fratura de clavícula esquerda, com intubação. —					88
		Termino do ato cirúrgico, com intubação, sendo o paciente conduzido à SRPA aos cuidados da equipe. Acilia. Dados 722673 com 16. —				67	152
	21:05	Paciente encaminhado à enfermaria, acordado, sem queixas, em bom estado, acompanhado por familiares. —					102
23:00		Realizado ECG com valor de 117 mmHg. —					
24:00		Paciente admi-tido em sala cirúrgica, com monitorização de pressão arterial e saturação de oxigênio. —					
		Realizado ECG, com valor de 117 mmHg. —					

Lucia Silva dos Santos
Auxiliar de Enfermagem
COREN-SE 723817

Lucia Silva dos Santos
Auxiliar de Enfermagem
COREN-SE 723817

Lucia Silva dos Santos
Auxiliar de Enfermagem
COREN-SE 722673

Lucia Silva dos Santos
Auxiliar de Enfermagem
COREN-SE 722673

Lucia Silva dos Santos
Auxiliar de Enfermagem
COREN-SE 722673

Lucia Silva dos Santos
Auxiliar de Enfermagem
COREN-SE 723817

LETO

5510

REG

Italiana-Ser

Medicação e Material Médico - Cirúrgico

Nome Aurelino dos Santos

Data 12.01.19

Leito F-03

Descrição	Und	Qtde
Adrenalina Sol. Molesinal	Amp.	
Água bidestilada 10ml	Amp.	
Água Oxigenada	Fr.	
Amicacina 100mg	Amp.	
Amicacina 250mg	Amp.	
Aminofilina	Amp.	
Ampicilina 1gr	Amp.	
Ampicilina 500mg	Amp.	
Ampiclitil	Amp.	
Atropina (sulfato) 1ml	Amp.	
Bicarbonato de Sódio 8.4%	Amp.	
Buscopam 5ml	Amp.	
Cataflan (diclofenaco)	Amp.	
Cedilanide 0.4mg	Amp.	
Cisatracúrio	Amp.	
Clexane 20mg	Amp.	
Clexane 40mg	Amp.	
Clindamicina	Amp.	
Clonidin	Amp.	
Clorafenicol 1gr	Amp.	
Cloreto Potássio 19.1%	Amp.	
Cloreto de Sódio 20%	Amp.	
Decadron 4mg	Amp.	04
Diazepam (valium) 10mg	Amp.	
Dimorf 1mg	Amp.	
Dimorf 0.2mg	Amp.	
Dimorf 10mg (morfina)	Amp.	
Diprivan	Amp.	
Dolantina	Amp.	
Dormonid 15mg	Amp.	
Dormonid 5mg	Amp.	03
Efortil 0.01gr	Amp.	
Esmerom	Amp.	
Etonidato	Amp.	
Fenergan 50mg	Amp.	
Fentanil 2ml 10ml	Amp.	01
Flumazenil 0.1mg	Amp.	
Garamicina 10mg	Amp.	
Garamicina 20mg	Amp.	
Garamicina 40mg	Amp.	
Garamicina 80mg	Amp.	
Gardenal 200ml	Amp.	
Glicose 25%	Amp.	
Glicose 50%	Amp.	

Assinatura da Enfermagem (por extenso)

Descrição	Und	Qtde
Gluconato de Cálcio	Amp.	
Heparina 5000 UI/ml	Amp.	
Hidantal 250mg	Amp.	
Insulina	Amp.	
Kanakion	Amp.	
Kefazol	Amp.	
Keflin	Amp.	02
Ketalar 50mg - 10ml	Amp.	
Lasix 20mg	Amp.	
Marcaína 0.5% c.v - 20ml	Amp.	
Marcaína Pesada 4ml	Amp.	
Megapen 5.000.000 UI	Amp.	
Metronidazol 500mg (flagyl)	Fr	
Nausedron	Amp.	
Neomicina pomada	Gr	
Nibium	Amp.	
Nilperidol	Amp.	
Novalgina (dipirona)	Amp.	02
Omeprazol	Amp.	
Pancuron	Amp.	
Pavulon	Amp.	
Plasil	Amp.	
Profenid	Amp.	
Propofol	Amp.	04
Prostigmine 0.5mg	Amp.	
Quelicin 100mg	Amp.	
Quelicin 500mg	Amp.	
Ranitidina	Amp.	
Remifentanil 2mg	Amp.	
Ringer Lactato 500ml	Fr	03
Rocefin 1mg	Amp.	
Rocefin 500mg	Amp.	
Sevoflurano	Fr	
Solu-cortef 500mg	Amp.	
Solu-cortef 100mg	Amp.	
Soro Fisiológico 0.9% 500ml	Amp.	03
Soro Glicosado 5%	Amp.	
Sulfato de Magnésio 50%	Amp.	
Tramal 100 mg	Amp.	04
Xilocaina 1% c.v	Amp.	
Xilocaina 1% s.v	Amp.	
Xilocaina 2% c.v	Amp.	
Xilocaina 2% s.v	Amp.	
Xilocaina Geléia	Fr.	

Kipro 400mg

Fr

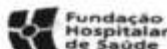
1 placa Ae estreta 8F.
cortical = 16 = 17
K = 1

Descrição	Und	Qtde
Agulha descartável 25x7/3088	Und.	03 cada
Alcool 70%	Und.	+100ml
Atadura Algodão Ortop.	Und.	
Atadura Crepe 10cm	Und.	
Atadura Crepe 15cm	Und.	04
Atadura Crepe 30cm	Und.	
Atadura Gessada 10cm	Und.	
Atadura Gessada 20cm	Und.	
Aut de Metileno	MI	
Bola de Algodão	Und.	01
Cateter P. Oxigenoterapia (oculos)	Und.	01
Catgut Cromado C Agulha	Und.	
Catgut Cromado S Agulha	Und.	
Catgut Simples C Agulha	Und.	
Catgut Simples S Agulha	Und.	
Clorexidina alcólica	ml	
Clorexidina aquosa	ml	
Clorexidina degermante	ml	
Coletor de Urina Simples	Und.	
Coletor de Urina Fechado	Und.	
Compressa Campo Op. Gde.	Und.	25
Compressa Campo Op. Pna.	Und.	
Compressa de Gaze 7,5 x 7,5	Und.	+100
Cotonete	Und.	
Cotonete Estéril	Und.	
Dreno de Penrose nº. 01	Und.	
Dreno de Penrose Nº. 02	Und.	
Dreno de Penrose Nº. 03	Und.	
Equipo Macro Gotas	Und.	01
Equipo Micro Gotas	Und.	
Equipo P Sangue	Und.	
Esparradrapo Comum	Cm.	
Ethibond	Und.	
Filtro de barreira	Und.	01
Fio de Algodão	Und.	
Fita Adesiva Hospitalar	Cm.	
Escola C. Degermação	Und.	04
Formol Liquido	MI	
Gaze Algodoadas	Und.	
Gelo	Und.	01
Intracath	Und.	
Lâmina de Bisturi	Und.	02
Luva Cirúrgica Descartável	Und.	5 pares
Malha Tubular	Und.	
Micro pore	cm	

Assinatura da Enfermagem (por extenso)

Josimil

Descrição	Und	Qtde
Mononylon Comum	Und.	
Povidine Degermante	MI	
Povidine Tópico	MI	
Prolene		
Scalp	Und.	
Seringa Descartável 1ml	Und.	
Seringa Descartável 3ml	Und.	02
Seringa Descartável 5ml	Und.	02
Seringa Descartável 10ml	Und.	02
Seringa Descartável 20ml	Und.	02
Sonda de aspiração Traqueal	Und.	01
Sonda de Foley 2vias	Und.	
Sonda de Foley 3 vias	Und.	
Sonda (tubo) Endot. C/ Balão	Und.	1
Sonda (tubo) Endot. S. Balão	Und.	
Sonda (tubo) Endot. Aramado	Und.	
Sonda Nasoenteral	Und.	
Sonda Nasogástrica	Und.	
Sonda Retal	Und.	
Sonda Uretal de Nelaton	Und.	
Tornetinha 3 vias extensor	Und.	01
Vicril 2-0	Und.	02
Agulha Desc. P. Bloqueio	Und.	
Dreno de Sucção	Und.	
Dreno de Tórax	Und.	
Luvas (par) 7.0	Und.	02
Luvas (par) 7.5	Und.	
Luvas (par) 8.0	Und.	
Luvas (par) 8.5	Und.	02
Máscaras Descartáveis	Und.	02
Gorro	Und.	02
Pro pé	Par	02
Latex	Und.	02
Eletrodos	Und.	02
Ar Comprimido	Hora	2 em uso
Bisturi Elétrico	Hora	1
Monitor Cardíaco (cardioscópio)	Hora	1
Oxigênio	Hora	1
Oxímetro de Pulso	Hora	1
N20 (protóxido de azoto)	Hora	
Sala de Recuperação	Taxa	1
Vácuo	Hora	1
Furadeira	Hora	1



Ficha de Ato
Cirúrgico

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Nome do Paciente:

ALVARADO DOS SANTOS

Diagnóstico Pré-operatório:

Fratura de clavícula

Cirurgia realizada:

Osteossíntese

Cirurgião:

Guilherme Siqueira

Auxiliares:

Anestesiologista:

Rudimilson

Anestesia:

Diag. Pós-operatório:

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1) Punção DDT sob anestesia

2) APAC

3) Incisão superior na reg. da

4) Dissecção por planos

5) Identificação do fuso e
fixação por fuso e placa, e
controle hemostático

6) Controle hemostático

7) Lavagem de ferida com

8) Fechamento pele e curativo

Data:

11/11/2019

Assinatura do cirurgião:

Guilherme S. Siqueira
Ortopedia - Traumatologia

FICHA DE ANESTESIA

NOME: Averal do da Cruz Nº PRONTUÁRIO: _____
CONVÊNIO: SUS DATA: 11.01.19 SEXO: M COR: _____ IDADE: _____ PÊSO: _____
NATURAL: _____ EST. CIVIL: _____ SANGUE: _____
SETOR MÉDICO: _____ AMBULATÓRIO: _____ APTº: _____ E. FÍSICO(ASA): I
DIAG PRE-OP: _____
CIRURGIA PROPOSTA: _____
DIAG POS-OP: _____
CIRURDIA REALIZADA: fratura clavícula (E)
PRÉ-ANESTÉSICO: 10pm 78h HORA: _____ EFEITO: _____
CIRURGIÃO: Gulberne 1º AUXILIAR: _____
2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: _____
AGENTE HORA: _____

Rings		1000 ml								INDUÇÃO	
										Venosa	
										TOT tubo 70 c/bala	
										tentativa cônica	
										MANUTENÇÃO	
										venosa	
										ventilacis no câmara	
										RECUPERAÇÃO	
										A SRPA	
CARDIOSCOPIO	98 - 99 - 98 - 99										
OXIMETRO											
CAPNOGRAFO											
LÍQUIDOS	XO OK										
	180										
	160										
	140										
	120										
	100										
	80										
	60										
	40										
	20										
ANOTAÇÕES	Dormind 5mg Dexadron 10 mg Plavix 10 mg Kefzol 200mg Nesacium 80 mg Biotin 200 mg Vit B12 2mg vit C 2mg Cetabina 2g Atorvastatina 20mg Rosuvastatina 10mg + 2mg Irraminal 100mg Allopurinol 100mg Barbituratos 200mg sem intercorrência nas A SRPA Acta SRPA Zoll										
DROGAS / MATERIAL	CONC.	QUANT	ANESTESIA								
			Sem-Reinlação	Aberto	Semi-fechado	Circulo	Vai e Vem	S/C Absorçec			
			Orotraqueal - Nasotraqueal - Sonda			Respiração Espont.	Auxil	Contra	Mec		
			Ense			S/C Lesão		Aparelho			
			Posição	Local Punção		Simples	C/Cateter	Liquor			
			Pos Após	Pos. Op		Duração da Qd'		Duração da Anest			
			Cond Final	Resultado	B.R. M	Reflexos		Acordado - Sono - Adormecido			
			Líquidos		Sangue		Anestesiológista				

FICHA DO ATO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: TRANS-OPERATÓRIO

CONTROLE DE RASTREABILIDADE DO PROCESSO DE ESTERELIZAÇÃO

Paciente: Evandro dos Santos DN: 12.05.64BE: 612487

Material: Campos de lap
Data de Esterilização: 11.01.19
Data de Validade: 18.01.19
Número de Carga: 69
Autoclave: (X) 1 () 2
Profissional e COREN: Junice 120954



Material: 100. ped. porte
Data de Esterilização: 10.01.19
Data de Validade: 17.01.19
Número de Carga: 63



Material: lapote
Data de Esterilização: 10.01.19
Data de Validade: 10.07.19
Número de Lote: 62
Autoclave: (X) 1 () 2
Profissional e COREN: Ma Teixeira 44639



Material: lapote
Data de Esterilização: 10.01.19
Data de Validade: 10.07.19
Número de Lote: 62
Autoclave: (X) 1 () 2
Profissional e COREN: Ma Teixeira 44639



Material: Fuxadua Macon
Data de Esterilização: 10.01.19
Data de Validade: 17.01.19
Número de Lote: 63
Autoclave: (X) 1 () 2
Profissional e COREN: Ma Teixeira 44639



Profissional de Enfermagem:

Josineide Carvalho dos Santos
Aut. de Enfermagem
CORENISE 716.173

HOSPITAL Regional CIDADE: Itaboraí COORDENADOR: _____

MÉDICO Dr. Guilherme **Guilherme E. S. Silva** CRM _____
Ortopedia - Traumatologia

NOME PACIENTE Aurelio dos Santos PRONTUÁRIO 612487

DATA NASCIMENTO PACIENTE 11/05/1964 NOME DA MÃE PACIENTE ma Gledalva dos Santos

DATA INTERNAÇÃO 11/01/2019 DATA CIRURGIA 11/01/2019 DATA DA ALTA _____

PROCEDIMENTO REALIZADO Redução cirúrgica + fixação de fratura de clavícula (E) C6DIGO PROCEDIMENTO _____

DESCRÇÃO DOS PRODUTOS UTILIZADOS		REF	QTD	DESCRÇÃO	REF	QTD
PEQ. FRAGMENTOS	PLACA 1/3 TUBO RETA 3.5MM			FIXADOR EXTERNO LINEAR		
	PLACA COMPRESSÃO DINAMICA RETA 3.5MM	08f	01	FIXADOR EXTERNO PUNHO		
	PLACA RECONSTRUÇÃO BACIA RETA 3.5MM			MINI FIXADOR EXTERNO		
	PLACA EM T 3.5MM			FIXADOR EXTERNO CIRCULAR		
	PLACA EM T OBLÍQUA 3.5MM			FIXADOR WAGNER (ALONGAMENTO)		
	PLACA TREVO 3.5MM			FIXADOR EXTERNO PLATAFORMA		
	PLACA SEMITUBULAR 3.5MM			PINO SCHANZ		
	PLACA CALCANEIO DIREITA			FIO STEINMAN ROSQUEADO		
	PLACA CALCANEIO ESQUERDA			CIMENTO COM ANTIBIOTICO		
	ARRUELA LISA 3.5/4.0MM			CIMENTO SEM ANTIBIOTICO		
GRANDES FRAGMENTOS	PLACA COMPRESSÃO DINAMICA LARGA 4.5MM			SERRA DE GIGLI		
	PLACA COMPRESSÃO DINAMICA ESTREITA 4.5MM			ENDOPROTESE		
	PLACA RECONSTRUÇÃO 4.5MM			PROTESE DE QUADRIL		
	PLACA EM T 4.5MM			PROTESE TOTAL OU PARCIAL DE OMBRO		
	PLACA PLATEAU TIBIAL (MALEAVEL) 4.5MM			PROTESE TOTAL OU PARCIAL JOELHO		
	PLACA CONDÍLEA 4.5MM			PROTESE DE ARTROPLASTIA COTOVELO		
	PLACA EM L 4.5MM			SISTEMA COLUNA PARCIAL OU TOTAL		
	PLACA TREVO 4.5MM			KIT CIMENTAÇÃO		
	PLACA COBRA 4.5MM			ENXERTO OSSEO SINTETICO 5 GRAMAS		
	PLACA SEMITUBULAR 4.5MM			ENXERTO OSSEO SINTETICO 10 GRAMAS		
DHS / DCS	PLACA PONTE 4.5MM			FIO CERCLAGEM		
	PLACA CALÇO 4.5MM			PLACA ENDOBOTTON		
	ARRUELA 4.5MM			LAMINA SHAVER		
	ARRUELA 6.5MM			CANULA ARTROSCOPIA		
	PLACA DHS 135°			DRENO SUÇÃO		
	PLACA DCS 95°			FIO STEINMAN		
	PARAFUSO DESLIZANTE ROSCA CURTA			FIO KIRSCHNER		
	PARAFUSO DESLIZANTE ROSCA LONGA			PLACA BUCO MAXILO		
	PLACA EM T 2.7MM			SUBSTITUTO SINTETICO - DURAMATER		
	PLACA SEMITUBULAR 2.7MM			ASPIRADOR COM FILTRO		
MINI FRAGMENTOS	MINI PLACA EM L 1.5MM			ANCORA		
	MINI PLACA EM T 1.5MM			MINI ANCORA AGULHADA		
	MINI PLACA EM L 2.0MM			ANCORA COM FIO ACOPLADO		
	MINI PLACA EM T 2.0MM			HASTE		
	PLACA VOLAR RADIO DISTAL			FIXADOR MODULAR ALONGAMENTO		
	PLACA BLOQUEADA Umero			FIXADOR RADIO TRANSPARENTE		
	PLACA ARTROSE MM			FIXADOR MODULAR COTOVELO		
	PLACA BLOQUEADA 3.5MM			FIXADOR TRILHO PARA ALONGAMENTO		
	PLACA SPIDER			FIXADOR PEDIATRICO		

ESPECIFICAÇÕES PARAFUSOS

PARAFUSO CORTICAL MM	Nº	QTD		PARAFUSO TITANIO CORTICAL MM			
PARAFUSO CORTICAL MM	Nº	QTD		PARAFUSO TITANIO CORTICAL MM			
PARAFUSO CANULADO 3.5MM	Nº	QTD		PARAFUSO HEBERT 2.0MM			
PARAFUSO CANULADO 4.5MM	Nº	QTD		PARAFUSO HEBERT 2.7MM			
PARAFUSO CANULADO 7.0MM	Nº	QTD		PARAFUSO BLOQUEADO MM			
PARAFUSO ESPONJOSO 4.0MM	Nº	QTD		PARAFUSO BUCO MM			
PARAFUSO ESPONJOSO 6.5MM	Nº	QTD		PARAFUSO INTERFERC. MM			
PARAFUSO MALEOLAR 4.5MM	Nº	QTD		PARAFUSO DISTAL / PROX. MM			

MATERIAL FORA DA LISTA

DESCRÇÃO	QTD	DESCRÇÃO	QTD
<u>Andressa Alves de Almeida</u>			
<u>Aux. Enfermagem</u>			

ECG de Repouso**Dados do Paciente**

Nome: Averaldo dos Santos

Reg. Clínico: 120213

RG:

CPF:

Data de Nascimento: 17/05/1964

Sexo: Masculino

Dados do Exame

Exame: 1066

Data: 28/12/2018

Convênio: Particular

Hora: 15:00

Responsável: Dr Fabio Serra Silveira

Solicitante: Lucas S. Lima

CRM: SE-2751

CRM: 4778

Lauda - 03/01/2019 07:55:21**RITMO SINUSAL**

SAQRS: entre 0 e 30 graus

FC: 68 bpm

CONCLUSÃO:**NORMAL**

Atendimento 120047
 Nome AVERALDO DOS SANTOS
 Profissão
 RG 723629
 CPF
 Solicitante: Lucas S. Lima

Data 27/12/2018
 Hora 08:35
 Escol.
 Idade 54 ano(s) 7 mes(es) e 11 dia(s)
 Data Nasc. 17/05/1964
 Convênio Particular

HEMOGRAMA COMPLETO

Data Coleta: 27/12/2018 08:35

Material: Sangue Total Com EDTA K3
 Método: Automatizado
 Data Liberação: 28/12/2018
 Laboratório: INTERNO

SÉRIE VERMELHA

A) Eritrócitos 4,71 milh/mm3

B) Hemoglobina 14,80 g/dl

C) Hematócrito 45 %

ÍNDICES HEMATIMÉTRICOS

A) V.C.M. 96 fl

B) H.C.M. 31 pg

C) C.H.C.M. 33 g/dl

RDW-SD 52,00

RDW-CV 12,90

SÉRIE BRANCA

A) Leucócitos (val.global) 4.790

B) Contagem diferencial

Segmentados 65 3114

Eosinófilos 7 335

Linfócitos 23 1102

Monócitos 5 240

Observação: Eosinofilia

PLAQUETAS 169.000 mm³**Referência**

Homem: 4,5 a 6,0 / Mulher: 4,0 a 5,4 milh/mm3

Homem: 14 a 18 / Mulher: 12 a 16 g/dl

Homem: 40 a 52 / Mulher: 36 a 47%

80 a 97 fl

26,5 a 33,5 pg

31,5 a 35,0 g/dl

Homem 39 a 46,3fl / Mulher 36,5 a 50,2fl

10,0 a 15,0

4.000 a 10.000/mm3

% /mm3

44 a 70 1.660 a 7.000

01 a 06 100 a 600

18 a 44 1.000 a 4.500

02 a 10 200 a 1000

150.000 a 450.000 mm³


 RENATA GUINLE LIMA
 TÉCNICA DE LABORATÓRIO

A avaliação eficaz dos resultados depende da correlação clínico - laboratorial, bem como dos aspectos fisiopatológicos do paciente, jejum, interação medicamentosa em uso e aspectos epidemiológicos.

Este laboratório participa ativamente de rigorosos programas de controle de qualidade, sociedade brasileira de análises clínicas (SBAC), programa de proficiência em ensaios laboratoriais (PELM) e sociedade brasileira de patologia clínica.

Responsável técnico do Laboratório:
 Nº registro do laboratório no conselho de classe: 00

Atendimento 120047
Nome AVERALDO DOS SANTOS
Profissão
RG 723629
CPF
Solicitante: Lucas S. Lima

Data 27/12/2018
Hora 08:35
Escol.
Idade 54 ano(s) 7 mes(es) e 11 dia(s)
Data Nasc. 17/05/1964
Convênio Particular

COAGULOGRAMA

Data Coleta: 27/12/2018 08:35

Material: Plasma Citratado
Metodo: Coagulômetro
Data Liberação: 29/12/2018
Laboratório: INTERNO

Tempo de sangramento

2,00 Min 1 a 3 minutos.

Tempo de coagulação

7,30 Min 5 A 10 minutos.

Tempo de Protombina

12,80 Segundo(s) 11,0 a 15,0 seg.

Protombina (atividade)

84 % 68,4 a 100t

INR

1,06 0,96 a 1,13
Terapia Anticoagulante Oral: 2,0 a 4,0

TPPA

29,40 Segundo(s) 30,0 a 43,0 seg

Prova de laço

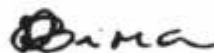
Negativo

Contagem de Plaquetas

169.000 /mm³ 150.000 a 450.000/mm³

Retração de coágulo

40 % 40 A 68%



HELENA QUINTAL ANDRE LIMA
LABORATÓRIO

A avaliação eficaz dos resultados depende da correlação clínico - laboratorial, bem como dos aspectos fisiopatológicos do paciente, jejum, interação medicamentosa em uso e aspectos epidemiológicos.

Este laboratório participa ativamente de rigorosos programas de controle de qualidade, sociedade brasileira de análises clínicas (SBAC), programa de proficiência em ensaios laboratoriais (PELM) e sociedade brasileira de patologia clínica.

Responsável técnico do Laboratório:

Nº registro do laboratório no conselho de classe: 00

Atendimento 120047
Nome AVERALDO DOS SANTOS
Profissão
RG 723629
CPF
Solicitante: Lucas S. Lima

Data 27/12/2018
Hora 08:35
Escol.
Idade 54 ano(s) 7 mes(es) e 11 dia(s)
Data Nasc. 17/05/1964
Convênio Particular

GLICOSE

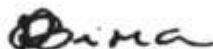
Data Coleta: 27/12/2018 08:35

Material: Soro
Metodo: Glicose/Oxidase
Data Liberação: 28/12/2018
Laboratório: INTERNO

RESULTADO 83 mg/dL

Referência

Normal: 60 a 99 mg/dL
Suspeita de Diabetes: Acima 125 mg/dL
Fontes de Valores: ADA
(Associação Americana de Diabetes)

RENATO QUINTILIANO L. LIZA
CHEFE DE LAB.

A avaliação eficaz dos resultados depende da correlação clínico - laboratorial, bem como dos aspectos fisiopatológicos do paciente, jejum, interação medicamentosa em uso e aspectos epidemiológicos.

Este laboratório participa ativamente de rigorosos programas de controle de qualidade, sociedade brasileira de análises clínicas (SBAC), programa de proficiência em ensaios laboratoriais (PELN) e sociedade brasileira de patologia clínica.

Responsável técnico do Laboratório:

Nº registro do laboratório no conselho de classe: 00

INFORMAÇÕES DO HOSPITAL & PACIENTE

HOSPITAL:	CIRURGIÃO:
Re onal de Staboisma	guilherme
PACIENTE:	DATA DE NASCIMENTO:
Guarabato dos Santos	17/05/64
	PRONTUÁRIO Nº
	632487
IME DA:	DATA DA CIRURGIA:
Maria godelvina dos Santos	11/10/99

ITEM :DITAL	DESCRIÇÃO DO MATERIAL / LOTE	QUANTIDADE UTILIZADA	OBSERVAÇÃO
	FIO DE CERCLAGEM 0,8 MM		
	FIO DE CERCLAGEM 1,0 MM		
	FIO DE CERCLAGEM 1,2 MM		
	FIO DE CERCLAGEM 1,5 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 1,0 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 1,5 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 2,0 X 300 MM	01	
	FIO DE KIRSCHNER 2,5 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 3,0 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 3,5 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 4,0 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 4,5 X 300 MM		

VISTO E CARIMBO DO CIRURGIÃO:

OBSERVAÇÕES GERAIS:

Guilherme E.S. Silva
Ortopedista - Traumatologista
CRM 2728

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO
=====

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

No. Registro.: 24208
Numero do CNS: 0000000000000000
Nome.....: AVERALDO DOS SANTOS
Documento.....: 723629 Tipo:
Nascimento....: 17/05/1964
Estado Civil.:
Idade.....: 54 - ANOS Cor:
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel...: MANOEL MILTON SANTOS
Nome da Mae...: MARIA GEDALVA DOS SANTOS
Endereco.....: RUA DO SOL, 100 CASA CEP: 49900.000
Telefone.....: 79999273188
Bairro.....: CENTRP
Município.....: 2805703 - PROPRIA - SE
Nacionalidade: BRASILEIRO
Naturalidade.: SERGIPE
Cadastramento: 11/01/2019





RECEITUÁRIO

NOME:

Aracelis dos Santos

Paciente com trauma por acidente
de motocicleta estando em região
desabitada, fez esse atestado
Sob a Assinatura do Médico

Dr. 
Cadastrado - 4000

KTH
22/12/18

Av. Paulo Vasconcelos, 1000 - Bairro Centro - Fone: (79) 3265-1402 - CEP 49600-000
Nossa Senhora das Dores - Sergipe - CNPJ: 11.389.851/0001-94

AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé que a presente cópia é
reprodução fiel do original que me foi
exibido. Monte Alegre de Sergipe/SE



EM TESTEMUNHO DA VERDADE

Isaque dos Santos Rodrigues
Escrevente

Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de Sergipe
Ofício Único do Distrito de Monte Alegre de
Sergipe - RJ/02 RJ/19
Selo TJSE: 2019 2962 2002769
Acesse: www.tjse.jus.br/xj4E20B



Relatório Médico.

Paciente Aécio de S. Paulo,
indivíduo a trat. de fr. de
clavícula L e 11/02/19. no
limbo de. Deu ADH e poma
do local.

RX indica fratura com
placa parafuso e fio de aço
ID= fr. clavícula L apena
da h. e 3m.

Cond= Manter trat. limbo
e fratura

Agr

09
04
19

Dr. Aécio de S. Paulo
CRM 11111

CTD= 5=42.0





PRONTOCLÍNICA
ORTOPÉDICA

Relatório Médico

1) Paciente: Frederico dos Santos

2) Idade: 55 anos

3) Data do acidente: 22/12/2018

4) Diagnóstico: fratura de diáfise do Ulnar e CID S42.0

5) Tratamento: Tratamento cirúrgico com placa e parafusos, além de 1 fio de Kirschner.

6) Sequelas graves alta definitiva.

(a) Dificuldades para trabalhar.

(b) Limitação de abertura do braço

(c) Perda de força no MISE

(d) Limitações dos rotapés externos e internos

Av. Gonçalo Prado Rollemberg, 460 - Tel.: (79) 3205-6550 / 99612-5418

CNPJ: 16.213.001/0001-54 - CEP: 49015-230 - Aracaju/SE

www.prontoclinicaortopedica.com.br | prontoclinicaortopedica@gmail.com

Dr. Allison Luis Lima Rodrigues

(CRM 2182)

Ortopedia Geral / Cirurgia do Quadril

Dr. Antônio Franco Cabral

(CRM 880)

Ortopedia Geral / Traumatologia / Cirurgia

Dr. Antônio Rocha Melo

(CRM 2232)

Ortopedia Geral / Cirurgia do Joelho

Dr. Daniel Rago de Andrade

(CRM 1295)

Medicina Desportiva / Ortopedia Fraturas

Dr. Denis Cabral Duarte

(CRM 4163)

Ortopedia Geral / Cirurgia do Ombro e Cotovelo

Dr. João Bourbon Albuquerque II

(CRM 4224)

Ortopedia Geral / Traumatologia / Cirurgia do Joelho

Dr. Kleber César Siqueira Santana

(CRM 2218)

Ortopedia Geral / Ortopedia Pediátrica

Dr. Kleber César Siqueira Santana

(CRM 2481)

Ortopedia Geral / Alinhamento e Reconstrução Óssea

Dr. Lício dos Anjos Bourbier

(CRM 713)

Ortopedia / Traumatologia / Cirurgia do Joelho

Dr. Leonardo Guedes de Oliveira

(CRM 2081)

Ortopedia Geral / Alinhamento e Reconstrução Óssea

Dr. Luciano Oliveira Júnior

(CRM 2121)

Ortopedia Geral / Cirurgia do Joelho

Dr. Marilcio Andrade

(CRM 104)

Ortopedia Geral / Cirurgia de Torção e PE

Dr. Marcos Matayoshi Ishi

(CRM 2276)

Ortopedia Geral / Cirurgia da Coluna Clínica e Or

Dr. Márcio Moura Rocha

(CRM 2502)

Traumatologia / Cirurgia do Joelho, Tornozelo e Pé

Dr. Matayoshi Ishi

(CRM 1276)

Ortopedia Geral / Cirurgia da Mão / Cirurgia Artroscopia / Anestesiologia

Dr. Max Franco de Carvalho

(CRM 3430)

Ortopedia / Traumatologia / Cirurgia Coluna

Dr. Michael Oliveira Santiago

(CRM 2396)

Ortopedia Geral / Cirurgia do Quadril

Dr. Paulo Cândido de Lima Júnior

(CRM 3726)

Ortopedia Geral / Cirurgia da Coluna

Dr. Sérgio Cabral de Melo

(CRM 2385)

Ortopedia Geral / Cirurgia do Ombro e Cotovelo

Dr. Sylvio Maurício Mendonça Cardoso

(CRM 1277)

Ortopedia Geral / Medicina Desportiva Cirurgia do Joelho / Vídeo Artroscopia

Dr. Walter Gomes Pinheiro Júnior

(CRM 2018)

Cirurgia da Mão e Membros Superiores

CORPO CLÍNICO
PRONTOCLÍNICA ORTOPÉDICA

Dr. Alexson Luis Lima Rodrigues
(CRM 3188)
Ortopedia Geral / Cirurgia do Quadril

Dr. Antônio Franco Calais
(CRM 880)
Ortopedia Geral / Traumatologia / Cirurgia

Dr. Antônio Rocha Meira
(CRM 2337)
Ortopedia Geral / Cirurgia do Joelho

Dr. Daniel Siqueira de Andrade
(CRM 1295)
Medicina Desportiva / Ortopedia Articular

Dr. Denis Cabral Duarte
(CRM 4162)
Ortopedia Geral / Cirurgia do Ombro e Cotovelo

Dr. João Baptista Albuquerque II
(CRM 2211)
Ortopedia Geral / Traumatologia / Cirurgia do Joelho

Dr. Kleber César Siqueira Santana
(CRM 2211)
Ortopedia Geral / Ortopedia Pediátrica

Dr. Kleberton César Siqueira Santana
(CRM 2481)
Ortopedia Geral / Alongamento e Reconstrução Óssea

Dr. Lício das Anjos Bezerra
(CRM 715)
Ortopedia / Traumatologia / Cirurgia do Joelho

Dr. Leonardo Guedes de Oliveira
(CRM 1291)
Ortopedia Geral / Alongamento e Reconstrução Óssea

Dr. Luciano Oliveira Júnior
(CRM 1131)
Ortopedia Geral / Cirurgia do Lombar

Dr. Marcelo Andrade
(CRM 804)
Ortopedia Geral / Cirurgia do Tornozelo e Pé

Dr. Marcus Masayuki Ishi
(CRM 3770)
Ortopedia Geral / Cirurgia da Coluna Clínica e Ortop

Dr. Marcelo Moura Rocha
(CRM 3352)
Traumatologia / Cirurgia do Joelho, Tornozelo e Pé

Dr. Mateus Ishi
(CRM 1279)
Ortopedia Geral / Cirurgia do Joelho / Vínculo Artroscopia / Microscopia

Dr. Max Fagundes de Carvalho
(CRM 2638)
Ortopedia / Traumatologia / Cirurgia Coluna

Dr. Michael Silveira Santiago
(CRM 2598)
Ortopedia Geral / Cirurgia do Quadril

Dr. Paulo Cândido de Lima Júnior
(CRM 3722)
Ortopedia Geral / Cirurgia da Coluna

Dr. Sérgio Cabral de Melo
(CRM 2285)
Ortopedia Geral / Cirurgia do Ombro e Cotovelo

Dr. Sylvio Maurício Mendonça Mendes
(CRM 1277)
Ortopedia Geral / Medicina Desportiva / Cirurgia do Joelho / Vínculo Artroscopia

Dr. Walter Gomes Pinheiro Júnior
(CRM 2028)
Cirurgia da Mão e Membros Superiores



PRONTOCLÍNICA
ORTOPÉDICA

(e) Presença de
material metálico no
Joelho e ...

(f) Do quadro de dor sobre o
ombro e ...

Aracaju, 31/05/2019

Dr. Masayuki Ishi
CRM 1276
CPF: 453.890.478-34

Av. Gonçalo Prado Rollemberg, 460 - Tel.: (79) 3205-6550 / 99612-5418
CNPJ: 16.213.001/0001-54 - CEP: 49015-230 - Aracaju/SE
www.prontoclinicaortopedica.com.br | prontoclinicaortopedica@gmail.com

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CATEGORIA NACIONAL DE HABILITACAO	
VALIDA EM TODOS O TERRITÓRIOS NACIONAIS 1089283590	NOME AVERALDO DOS SANTOS
	DOC IDENTIDADE / ORG EMISSORA 723629 SSP SE
	CPF 336.807.955-72
	DATA NASCIMENTO 17/05/1964
	FUNÇÃO MANOEL MILTON SANTOS MARIA GEDALVA DOS SANTOS
1089283590	FOTOGRAFIA 
	APROVADO 05/07/2010
	VIGENCIA 21/09/2020
	EXPIRAÇÃO 10/11/2010
	OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO
PASSADIM PLASTIFICAR 1089283590	ASSINATURA DO CANDIDATO <i>Averaldo dos Santos</i>
	LOCAL ARACAJU, SE
	DATA DE EMISSÃO 25/05/2015
	15035475057 88016756975
	ASSINATURA DO DIRETOR <i>[Signature]</i>
DETRAN - SE / SERGIPE	

27 FEB 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
VALIDA EM TODOS O TERRITÓRIOS NACIONAIS 1089283590	NOME AVERALDO DOS SANTOS
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA 723629 SSP SE
	CPF 336.807.955-72
	DATA NASCIMENTO 17/05/1964
	FUNÇÃO MANOEL MILTON SANTOS MARIA GEDALVA DOS SANTOS
1089283590	FOTOGRAFIA 
	APROVAÇÃO 05/07/2010
	VIGÊNCIA 21/09/2020
	EXPIRAÇÃO 10/11/2010
	OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO
PASSADIM PLASTIFICAR 1089283590	ASSINATURA DO CANDIDATO <i>Averaldo dos Santos</i>
	LOCAL ARACAJU, SE
	DATA DE EMISSÃO 25/05/2015
	15035475057 88016756975
	ASSINATURA DO DIRETOR <i>[Signature]</i> Volpato Simão da Mata Neto DIRETOR - PRESIDENTE
DETRAN - SE / SERGIPE	

27 FEB 2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACÃO

27 FEV 2019

COGNOMINHO DE OLIVEIRA ROSA

DOC. IDENTIFIC. DO HABILITADO
 21233823 SEX M

CPF
 828.082.675-00 DATA NASCIM.
 24/11/1988

NOME
 JOSE LUIZ ROSA

LUÍZ ROSA DE
 OLIVEIRA ROSA

PERMISSÃO
 02/04/2014

VALIDADE
 02/04/2019

VALIDADE
 02/04/2019

SEM OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO HABILITADO

LOCAL
 ARACATUBA, SP

DATA EMISSÃO
 06/01/2014

SERIES
 8888888888
 8888888888

DETRAN-SE (SERGIPE)

VÁLIDA EM TODAS
 AS VIABILIDADES NACIONAIS
 863977539

PERMISSÃO PLACARDIZADA
 863977539

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: **JOSE NARCOS DE OLIVEIRA ROSA**

COL. EXERCÍCIO: 00000000000000000000
 21233823 SEX: M

CPF: 828.082.675-00 DATA NASCIMENTO: 24/11/1988

RAÇA: **JOSE LUIZ ROSA**

LUIZES NARCOS DE OLIVEIRA ROSA

PERMISSÃO: 00000000000000000000
 00000000000000000000

VENCIMENTO: 02/04/2019

OBSERVAÇÃO:

LUGAR: ARACATUBA, SP DATA EMISSÃO: 06/01/2014

863977539

DETRAN-SP (SERGIPE)

27 FEV 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CATEGORIA NACIONAL DE HABILITACAO	
VALIDA EM TODOS O TERRITÓRIOS NACIONAIS 1089283590	NOME AVERALDO DOS SANTOS
	DOC IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR 723629 SSP SE
	CPF 336.807.955-72
	DATA NASCIMENTO 17/05/1964
	FUNÇÃO MANOEL MILTON SANTOS MARIA GEDALVA DOS SANTOS
1089283590 PASSADIM PLASTIFICAR	FOTOGRAFIA 
	APROVADO 05/07/2010
	VIGENCIA 21/09/2020
	FIM DE VALIDADE 10/11/2010
	OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO
1089283590	ASSINATURA DO CANDIDATO <i>Averaldo dos Santos</i>
	LOCAL ARACAJU, SE
	DATA DE EMISSÃO 25/05/2015
	15035475057 88016756975
	ASSINATURA DO DIRETOR <i>[Signature]</i> Volpaci Simão da Mata Neto DIRETOR - PRESIDENTE
DETRAN - SE / SERGIPE	

27 FEB 2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACÃO

27 FEV 2019

COGNOMINHO DE OLIVEIRA ROSA

DOC. IDENTIFIC. DO HABILITADO
 21233823 SEX M

CPF
 828.082.675-00 DATA NASCIM.
 24/11/1988

NOME
 JOSE LUIZ ROSA

LUÍZ ROSA DE
 OLIVEIRA ROSA

PERMISSÃO
 02/04/2014

VALIDADE
 02/04/2014

VALIDADE
 02/04/2014

SEM OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO HABILITADO

LOCAL
 ARACATUBA, SP

DATA EMISSÃO
 06/01/2014

SERIES
 8888888888
 8888888888

DETRAN-SP (SERGIPE)

VÁLIDA EM TODAS
 AS VEICULAÇÕES NACIONAIS
 863977539

PERMISSÃO PLACARDIZADA
 863977539

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

CS 000010045112 *014111969913
8 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
2 VIA COD. RENAVAM PR-TRC EXERCÍCIO
4 1 00548016968 00000000000 2018
1
1 GLEDSON SOUZA SIQUEIRA
4 *XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
7 *XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
6 *XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
6
8 025.532.315-80 PLACA DECK9024
2 PLACA ANT/UI CHASSI
DECK9024/SE 9C2KC1670DR500414
ESPECÍFICO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLETA/ENHILMA ALCO/GASOL
MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/CG 150 FAN EST 2013 2013
CAP/POT/CIL. CATEGORIA COR. PREDOMINANTE
2F/12CV/149CC FARTIC PRETA
COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
I *XXXXXX *XXXXXXXXXXXX 1 *XXXXXXXXXXXX
P *XXXXXX *XXXXXXXXXXXX 2 *XXXXXXXXXXXX
V *XXXXXX *XXXXXXXXXXXX 3 *XXXXXXXXXXXX
A *XXXXXX *XXXXXXXXXXXX
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ICOP (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEM RESTRIÇÕES FINANCEIRAS
OBSERVAÇÕES
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA
MOTOR: KC16E/DS004
NOSSA SENHA: DURES-B 11/10/2018
LUCIANA C. DEDA CHAGAS DE MELO
DIRETORA DO DEFHENTE

SE N° 014111969913 BILHETE DE SEGURO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 822 1204

EXERCÍCIO DATA EM
2018 11/10
VIA OPF / CNPJ PLACA
025.532.315-80 DECK9024
RENAVAM MARCA / MODELO
00548016968 HONDA/CG 150 FAN EST
ANO FAB. OR. PRET. CHASSI
2013 09 9C2KC1670DR500414
PRÊMIO TARIFÁRIO
FMS (R\$) DETRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO
81,29 9,03 90,32
CUSTO DO BILHETE (R\$) ICOP (R\$) TOTAL A SER PAGO (R\$)
4,15 0,70 185,57
PAGAMENTO: ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO
15/06/2019
* P A G O *
SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 08.248.608/0001-04

PBT 116

27 FEB 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

CS 000010045112 *014111969913
8 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
2 VIA COD. RENAVAM PR-TRC EXERCÍCIO
4 1 00548016968 00000000000 2018
1
1 GLEDSON SOUZA SIQUEIRA
4 *XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
7 *XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
6 *XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
6
8 025.532.315-80 PLACA DECK9024
2 PLACA ANT/UI CHASSI
DECK9024/SE 9C2KC1670DR500414
ESPEC. TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLETA/ENHILMA ALCO/GASOL
MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/CG 150 FAN EST 2013 2013
CAP/POT/CIL. CATEGORIA COR. PREDOMINANTE
2F/12CV/149CC. PARTIC PRETA
COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC./COTAS
1 *XXXXXX *XXXXXXXXXXXX 1 *XXXXXXXXXXXX
2 *XXXXXXXXXXXX
3 *XXXXXXXXXXXX
FABR. PRV. PARCELAMENTO/COTAS
A *XXXXXXXXXXXX *XXXXXXXXXXXX
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEM RESTRIÇÕES FINANCEIRAS
OBSERVAÇÕES
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA
MOTOR: KC16E/DS004
NOSSA SENHA: DURES-B 11/10/2018
LUCIANA C. DEDA CHAGAS DE MELO
DIRETORA DO DEFHENTE

SE Nº 014111969913 BILHETE DE SEGURO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 822 1204

EXERCÍCIO DATA EM
2018 11/10
VIA OFP / CNPJ PLACA
025.532.315-80 DECK9024
RENAVAM MARCA / MODELO
00548016968 HONDA/CG 150 FAN EST
ANO FAB. OR. PRET. CHASSI
2013 09 9C2KC1670DR500414
PRÊMIO TARIFÁRIO
FAB (R\$) DETRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO
81,29 9,03 90,32
CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO (R\$)
4,15 0,70 185,57
PAGAMENTO: ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO
15/06/2019
* P A G O *
SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 08.248.808/0001-04

PBT 116

27 FEB 2019

DENATRAVI

CONTRAN

SE N° 014111969913 BILHETE DE SEGURO

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

PRÊMIO TARIFÁRIO

PNB (R\$)	81,29	DEMATRAN (R\$)	9,03	CUSTO DO SEGURO	90,3
CUSTO DO BILHETE (R\$)	4,15	ICP (R\$)	0,70	TOTAL A SER PAGO (R\$)	185,5
PAGAMENTO			DATA DE QUITAÇÃO		
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA			<input type="checkbox"/> PARCELADO		
			15/06/2015		

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.508/0001-03

PBT 116

27 FEB 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190373956 **Cidade:** Nossa Senhora das Dores **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AVERALDO DOS SANTOS **Data do acidente:** 22/12/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - 11/01/2019).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

27 FEB 2019

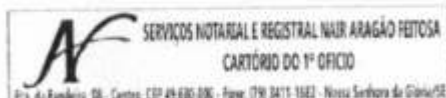
PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Averaldo dos Santos
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Camada, portador da cédula
de identidade RG nº 723.629, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 336.807.955-72, residente na (endereço
completo) Rua Prof. Moisés Abreu nº 104, na cidade de
Propiá, (UF) SE, CEP 49900000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) José Marcos de O. Rosa
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Consultor, portador da cédula
de identidade RG nº 21033829, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na (endereço
completo) Rua das Silas nº 217, na cidade de
Nossa Senhora da Glória (UF) SE, CEP 49680-000, a quem confiro
amplios e gerais poderes para, tratar, requerer, assinar papéis e
documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO
SEGURO DPVAT** da vítima (nome da vítima) Averaldo dos Santos
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) N. Sra da Glória 29/01/2019

(assinatura) Averaldo dos Santos

(RG) 723.629



Reconheço por Autenticidade a(s) Firma(s) de
ADERALDO DOS SANTOS. Dou fé

Nossa Senhora da Glória - SE, 29/01/2019

Naur Aragão Feitosa - Substituto

Selo T.JSE: 201629558001329
Acesso: www.tjse.jus.br/GKFEBA



OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

27 FEB 2019

PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Averaldo dos Santos
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Camada, portador da cédula
de identidade RG nº 723.629, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 336.807.955-72, residente na (endereço
completo) Rua Prof. Moisés Abreu nº 104, na cidade de
Propriá, (UF) SE, CEP 49900000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) José Marcos de O. Rosa
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Consultor, portador da cédula
de identidade RG nº 21033829, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na (endereço
completo) Rua das Silas nº 217, na cidade de
Nossa Senhora da Glória (UF) SE, CEP 49680-000, a quem confiro
amplios e gerais poderes para, tratar, requerer, assinar papéis e
documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO
SEGURO DPVAT** da vítima (nome da vítima) Averaldo dos Santos
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) N. Sra da Glória 29/01/2019

(assinatura) Averaldo dos Santos

(RG) 723.629



Reconheço por Autenticidade a(s) Firma(s) de
ADERALDO DOS SANTOS. Dou fé

Nossa Senhora da Glória/SE, 29/01/2019

Nair Aragão Feitosa Santos - Substituta

Selo T.JSE: 201629558001329
Acesso: www.tjse.jus.br/OGFEBA



OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

27 FEB 2019

PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Averaldo dos Santos
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Camada, portador da cédula
de identidade RG nº 723.629, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 336.807.955-72, residente na (endereço
completo) Rua Prof. Moisés Abreu nº 104, na cidade de
Propiá, (UF) SE, CEP 49900000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) José Marcos de O. Rosa
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Consultor, portador da cédula
de identidade RG nº 21033829, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na (endereço
completo) Rua das Silas nº 217, na cidade de
Nossa Senhora da Glória (UF) SE, CEP 49680-000, a quem confiro
amplios e gerais poderes para, tratar, requerer, assinar papéis e
documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO
SEGURO DPVAT** da vítima (nome da vítima) Averaldo dos Santos
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) N. Sra da Glória 29/01/2019

(assinatura) Averaldo dos Santos

(RG) 723.629



Reconheço por Autenticidade a(s) Firma(s) de
ADERALDO DOS SANTOS. Dou fé

Nossa Senhora da Glória - SE, 29/01/2019

Naur Aragão Feitosa Santos - Substituto

Selo T.JSE: 201629558001329
Acesso: www.tjse.jus.br/tjse/GKFEBA



OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0197618/19

Vítima: AVERALDO DOS SANTOS

CPF: 336.807.955-72

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: AVERALDO DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA : 020.003.675-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

AVERALDO DOS SANTOS : 336.807.955-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/06/2019
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/06/2019
Nome: RODRIGO SILVEIRA DE OLIVEIRA
CPF: 011.995.625-05

RODRIGO SILVEIRA DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0123585/19

Vítima: AVERALDO DOS SANTOS

CPF: 336.807.955-72

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: AVERALDO DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA : 020.003.675-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

AVERALDO DOS SANTOS : 336.807.955-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/04/2019
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/04/2019
Nome: RODRIGO SILVEIRA DE OLIVEIRA
CPF: 011.995.625-05

RODRIGO SILVEIRA DE OLIVEIRA

Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190373956

Vítima: AVERALDO DOS SANTOS

Data do Acidente: 22/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), AVERALDO DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190373956 Vítima: AVERALDO DOS SANTOS

Data do Acidente: 22/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190373956

Vítima: AVERALDO DOS SANTOS

Data do Acidente: 22/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), AVERALDO DOS SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: AVERALDO DOS SANTOS

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000866

Conta: 000008330-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

336.807.955-72

Nome completo da vítima:

Aberaldo dos Santos

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

Nome completo:

Aberaldo dos Santos

CPF:

336.807.955-72

Profissão:

Desempregado

Endereço:

Rua João Nogueira Filho

Número:

287

Complemento:

Casa

Bairro:

Centro

Cidade:

Monte Alegre

Estado:

SE

CEP:

49690-000

E-mail:

marcadelariva@gmail.com

Tel.(DDD):

79-99918-9007

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

0866

CONTA:

8330

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos: _____

Falecidos: _____

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190373956
Nome do(a) Examinado(a): Averaldo dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joao Alves Filho, 287
Centro Monte Alegre de Sergipe SE CEP: 49690-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 723 629
Data local do acidente: [22/12/2018]
Data local do exame: [19/06/2019] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE CLAVÍCULA À ESQUERDA.

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

Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM 01 PLACA E 05 PARAFUSOS E 01 FIO DE KIRSCHNER NA FRATURA DE CLAVÍCULA.

Complicações: BLOQUEIO SEVERO NA ARTICULAÇÃO DO OMBRO, RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS

Data da Alta: 22/12/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO DIMINUÍDA (+++/+5), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA PROJEÇÃO DO OMBRO E CLAVÍCULA, FACE SUPERIOR, ATROFIA DA MUSCULATURA DO DELTOIDE E BICEPS, CALO ÓSSEO DE GRANDE VOLUME EM 1/2 DA CLAVÍCULA (CONSOLIDAÇÃO VICIOSA), DOR, EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO SEVERO NA ARTICULAÇÃO DO OMBRO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO IMPORTANTE DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ADUÇÃO, ABDUÇÃO, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DA ARTICULAÇÃO DO OMBRO (OMBRO CONGELADO).

ANGULO DE FLEXÃO DO OMBRO 15° (0° A 180°)

ANGULO DE EXTENSÃO DO OMBRO 05° (0° A 45°)

ANGULO DE ADUÇÃO DO OMBRO 05° (0° A 40°)

ANGULO DE ABDUÇÃO DO OMBRO 15° (0° A 180°)

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

DÉFICIT FUNCIONAL GRAVE DO OMBRO ESQUERDO.

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

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

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

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem seqüela permanente"

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

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

Região Corporal (Seqüela):

OMBRO - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☒ (X) 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Manoel Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827



POLÍCIA CIVIL ON-LINE

DELEGACIA PLANTONISTA DE PROPRIÁ
Jose Marcos de Carvalho - AGENTE POLICIA JUD/LEI 7.874/14 | 8/1/2019 | 11:03:05

Menu Sair

Pesquisa

27 FEV 2019

Boletim de Ocorrência N. 2018/06571.0-001028 da
DELEGACIA DE POLÍCIA DE N. SRA DAS DORES
Boletim de Ocorrência

FATOS

Natureza: LEI 9.503/97 - LESAO CORPORAL CULPOSA NA DIRECAO DO VEICULO
Data e Hora do Fato: 22/12/2018 - 11:30 até 22/12/2018 - 11:30
Endereço: RUA QUE LEVA AO MUNICÍPIO DE N Número: S/N Complemento:
Bairro: LAGOA GRANDE Cidade: NOSSA SENHORA DAS DORES - SE CEP: 49600000
Tipo de local: VIA PUBLICA
Meio empregado: NENHUM
Valor: R\$ 0,00
Mais informações
sobre endereço:

VITIMA-NOTICIANTE

Veio ao plantão?

Nome: AVERALDO DOS SANTOS
Nome do pai: MANOEL MILTON SANTOS Nome da mãe: MARIA GEDALVA DOS SANTOS
Pessoa: Física CPF/CGC: 336.807.955-72 RG: 7236298 Órgão expedidor: SSP-SE
Naturalidade: BREJO GRANDE Data de nascimento: 17/05/1964 Sexo: Masculino Cor da cutis: Negra
Profissão: CARPINTEIRO Estado civil: Casado Grau de instrução: 1º Grau Incompleto
Endereço: RUA DO SOL Número: 100 Complemento: CENTRO
CEP: 49.690-000 Bairro: Centro Cidade: PROPRIA UF: SE
Proximidades:
Telefone: 79 99927-3188

HISTÓRICO

NARRA O NOTICIANTE QUE VINHA PELA ESTRADA DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA SENTIDO NOSSA SENHORA DAS DORES NO VEICULO HONDA/CG 150 FAN ESI, CHASSI 9C2KC1670DR500414; QUE UM VEÍCULO FEZ UMA ULTRAPASSAGEM FORÇADA VINDO PELA CONTRAMÃO, FATO ESSE QUE O FEZ DESVIAR NA PISTA À DIREITA; QUE A PISTA NÃO POSSUI ACOSTAMENTO, O QUE O FEZ PERDER O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAÍDO; QUE HOVE DANOS EM TODA A PARTE FRONTAL DA MOTOCICLETA; QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES E ENCAMINHADO AO HOSPITAL DE NOSSA SENHORA DAS DORES, E POSTERIORMENTE, ENCAMINHADO AO HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA; QUE NÃO SABE INDICAR O VEÍCULO QUE DEU CAUSA AO ACIDENTE.

APREENSÕES

Nenhuma apreensão registrada.

SUBTRAÇÕES

Nenhuma subtração registrada.

PERÍCIAS E ATENDIMENTO HOSPITALAR

Nenhuma.

Responsável pela comunicação: AVERALDO DOS SANTOS
Responsável pelo preenchimento: Wanderson dos Reis Santos
Data e hora da comunicação: 24/12/2018 às 09:13
Delegado(a):
Unidade Policial de Origem : DELEGACIA DE POLÍCIA DE N. SRA DAS DORES

[Voltar](#)

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

336.807.955-72

Nome completo da vítima:

Aberaldo dos Santos

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

Nome completo:

Aberaldo dos Santos

CPF:

336.807.955-72

Profissão:

Boiadeiro

Endereço:

Rua João Nogueira Filho

Número:

Complemento:

287

Casa

Bairro:

Centro

Cidade:

Monte Alegre

Estado:

SE

CEP:

49690-000

E-mail:

marcadelariva@gmail.com

Tel.(DDD):

79-99918-9007

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

0866

CONTA:

8330

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Vossa Senhora da Glória, 26.02.18

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

336.807.955-72

Aberaldo dos Santos

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

Nome completo:

Aberaldo dos Santos

CPF:

336.807.955-72

Profissão:

Desempregado

Endereço:

Rua João Nogueira Filho

Número:

287

Complemento:

Casa

Bairro:

Centro

Cidade:

Monte Alegre

Estado:

SE

CEP:

49690-000

E-mail:

marcondesplano@gmail.com

Tel.(DDD):

79-99918-9007

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

0866

CONTA:

8330

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Assinatura da Glória 26.02.18

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

336.807.955-72

Aberaldo dos Santos

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

Nome completo:

Aberaldo dos Santos

CPF:

336.807.955-72

Profissão:

Boiadeiro

Endereço:

Rua João Nogueira Filho

Número:

287

Complemento:

Casa

Bairro:

Centro

Cidade:

Monte Alegre

Estado:

SE

CEP:

49690-000

E-mail:

marcadelariva@gmail.com

Tel.(DDD):

79-99918-9007

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

0866

CONTA:

8330

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Assinatura da Glória 26.02.18

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

27/01/2019

Ato

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 606917
CNS:DATA: 22/12/2018 HORA: 16:26 USUARIO: PISGMORENO
SETOR: 04-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : AVERALDO DOS SANTOS DOC...: 723629
 IDADE.....: 54 ANOS NASC: 17/05/1964 SEXO...: MASCULINO
 ENDEREÇO.....: RUA DO SOL NUMERO: 100
 COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: CENTR
 MUNICIPIO.....: PROPRIA UF: SE CEP...: 49900-000
 NOME PAI/MAE...: MANOEL MILTON SANTOS /MARIA GEDALVA DOS SANTOS
 RESPONSÁVEL...: FILHA TEL...: 7999927318
 PROCEDENCIA...: PROPRIA - SE
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
 CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

Autenticado
 Certifico e dou fé que a presente cópia é
 reprodução fiel do original que me foi
 entregue por: Alvaro de Sá
 Escrevente
 EM TESTEMUNHO DA VERDADE

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

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

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

Pauliana Da Silva Dos Santos Melo
 ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Selo Digital de Fiscalização
 Tribunal de Justiça do Sergipe
 Ofício de Registro de Imóveis de Monte Alegre
 25/12/2018 19:58
 Data: 25/12/2018 19:58
 Assinatura: 849XRZ



27/01/2019

Ato

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 606917
CNS:DATA: 22/12/2018 HORA: 16:26 USUARIO: PISGMORENO
SETOR: 04-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : AVERALDO DOS SANTOS DOC...: 723629
 IDADE.....: 54 ANOS NASC: 17/05/1964 SEXO...: MASCULINO
 ENDEREÇO.....: RUA DO SOL NUMERO: 100
 COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: CENTR
 MUNICIPIO.....: PROPRIA UF: SE CEP...: 49900-000
 NOME PAI/MAE...: MANOEL MILTON SANTOS /MARIA GEDALVA DOS SANTOS
 RESPONSÁVEL...: FILHA TEL...: 7999927318
 PROCEDENCIA...: PROPRIA - SE
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
 CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

Autenticado
 Certifico e dou fé que o presente documento é uma cópia fiel do original que me foi entregue pelo Sr. Avelino dos Santos Rodrigues Escrevente
 EM TESTEMUNHO DA VERDADE

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

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

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Selo Digital de Fiscalização
 Tribunal de Justiça do Sergipe
 Ofício de Registro de Imóveis de Monte Alegre
 25/12/2018 19:58
 Data: 25/12/2018 19:58
 Assinatura: 849XRZ



27/01/2019

Ato

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 606917
CNS:DATA: 22/12/2018 HORA: 16:26 USUARIO: PISGMORENO
SETOR: 04-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : AVERALDO DOS SANTOS DOC...: 723629
 IDADE.....: 54 ANOS NASC: 17/05/1964 SEXO...: MASCULINO
 ENDEREÇO.....: RUA DO SOL NUMERO: 100
 COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: CENTR
 MUNICIPIO.....: PROPRIA UF: SE CEP...: 49900-000
 NOME PAI/MAE...: MANOEL MILTON SANTOS /MARIA GEDALVA DOS SANTOS
 RESPONSÁVEL...: FILHA TEL...: 7999927318
 PROCEDENCIA...: PROPRIA - SE
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
 CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

Autenticado
 Certifico e dou fé que o presente documento é uma cópia fiel do original que me foi entregue pelo Sr. Avelino dos Santos Rodrigues Escrevente
 EM TESTEMUNHO DA VERDADE

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

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

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

Pauliana Da Silva Dos Santos Melo
 ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Selo Digital de Fiscalização
 Tribunal de Justiça do Sergipe
 Ofício de Registro de Cartas de Notificação
 Data: 25/01/2019 19:58
 Assinatura: 00771
 Assessor: 849XRZ

