

ELENILZA SANTOS MOURA
POV SAPE, S/N - ÁREA RURAL
NOSSA SENHORA DAS DORES / SE CEP: 49600000 (AG: 340)

Ligação MONOFÁSICO
Classe RES MTC 81 / RESIDENCIAL - BARRA RENDA
Roteiro: 3 - 240 - 410 - 3400 Referência: Jul/2019
Medidor W5019300473 Emissão: 25/07/2019

energisa
ENERGISA SERGIPE DISTRIBUIÇÃO DE ENERGIA S.A.
Rua Min Apolônio Sales, 111 - Inácio Barbosa
Aracaju/SE - CEP 48040-150
CNPJ 13.017.492/0001-40 Ins. Est 270.767.428
Nota Fiscal Contador Energia Elétrica Nº 014.906.029
Cód. para Del. Automático: 02008308921

Atendimento ao Cliente ENERGISA 08000 79 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Jul / 2019	05/07/2019	07/08/2019	044.183.666-40 Ins. Est

UC (Unidade Consumidora): 3/935592-6

Canal de contato
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pelo Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
26/06/19	4302	26/07/19	4343	
			41	30

Demonstrativo

CC1 Descrição	Quantidade	Valor	Em	Outro	Valor	Em	Outro	Valor	Em	Outro
CC1 Consumo até 20 kWh/mês	30,000	0,180000	5,84	0,02	0	0,00	5,84	0,06	0,28	
CC1 Consumo - 3ª e 12ª hora	11,000	2,220790	2,45	0,00	0	0,00	2,45	0,04	0,19	
CC1 Adc. B. Amarela			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0810 Subsidio			12,30	0,00	0	0,00	12,30	0,14	0,84	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0817 CONTRIBUIÇÃO FISCAL			7,20	0,00	0	0,00	7,20	0,00	0,00	
0818 Despesa Subsidio			-12,16	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	

CC1 Código de Classificação do Item TOTAL 17,30 0,00 0,00 22,16 0,34 1,10
Tarifa s/ Tributos Atual 17,30 0,18250 Atual 1000000 0,333180

Média últimos meses (kWh) 40
VENCIMENTO 15/07/2019
TOTAL A PAGAR R\$ 17,30

Histórico de Consumo (kWh)

40	40	40	45	52	38	48	48	47	43	50	37
Jul/18	Agô/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/18	Abr/19	Mai/19	Jun/19

RESERVADO AO FISCO
efc6.616c.eb45.abd7.6fb0.8753.0c36.41c6.

Indicadores de Qualidade

Indicadores de Qualidade	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
CC1 MENSAL	11,14	0,00	
CC1 TRIMESTRAL	22,2		
CC1 ANUAL	44,4		
CC1 MENSAL	7,6	0,00	NOMINAL 127
CC1 TRIMESTRAL	15,3		CONTRATADA
CC1 ANUAL	30,6		INFERIOR 117
CC1 MENSAL	6,3	0,00	LIMITE SUPERIOR 133
CC1 ANUAL	12,6		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Benefício de Def. da Energia/SE	3,14	18,18
Consumo de Energia	4,35	25,14
Consumo de Transmissão	0,21	1,21
Encargos Especiais	0,03	0,17
Impostos Diretos e Encargos	8,64	49,94
Outros Encargos	0,00	0,00
Total	17,30	100,00

Valor: EUC (Ref. 5/2019) R\$ 6,59

ATENÇÃO

Para obter o valor atualizado do valor devido em relação ao consumo de energia elétrica, por favor, consulte o site da Energisa (www.energisa.com.br) ou o aplicativo Energisa (disponível para download nas lojas de aplicativos). O pagamento deve ser realizado até o dia 15 de cada mês, sob pena de suspensão do fornecimento de energia elétrica. Caso não seja possível o pagamento, o cliente deve entrar em contato com a Energisa para negociar o pagamento. A Energisa não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do não pagamento das faturas de energia elétrica.

Pagamentos em atraso

Mês	Valor
Jun/19	16,05
Mai/19	21,28
Abri/19	17,50
Mar/19	18,74

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
00190.00009 00087.893008 01654.726171 5 79510000001730
PAGADOR ELENILZA SANTOS MOURA - CPF/CNPJ 044.183.666-40
POV SAPE, S/N - ÁREA RURAL - NOSSA SENHORA DAS DORES / SE CEP 49600000
Nosso Nr 30873930001554728 Nr Documento C30935591201907 Data de Vencimento 15/07/2019 Valor do Documento R\$ 17,30 Valor Pago
BENEFICIÁRIO ENERGISA SERGIPE DISTRIBUIÇÃO DE ENERGIA S.A CNPJ 13.017.492/0001-40
Rua Min Apolônio Sales, 111 - Inácio Barbosa - Aracaju / SE - CEP 48040-150
Aplicação / Código de Beneficiário 3064-3/178003-4



INVESTPREV
31 JUL 2019

Ato

MS/DATASUS HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLORIA

No. DO BE: 392981 DATA: 23/12/2018 HORA: 18:46 USUARIO: MKOSANTOS
CNS: SETOR: 02-CONSULTORIO ADULTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSILENO DOS SANTOS DOC....:
IDADE.....: 37 ANOS NASC: 25/09/1981 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: POVOADO SAPE NUMERO: 0
COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA DAS DORES UF: SE CEP....: 49600-000
NOME PAI/MAE...: NAO DECLARADO /MARIA LUZINETE BARRETO
RESPONSAVEL....: O PROPRIO TEL....:
PROCEDENCIA....: NOSSA SENHORA DAS DORES-SE
ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS: C. 4 A. 5 DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

SS Paciente alcoolizado vítima de acidente (carro-tambo) apunhalado de frente
em pé no asfalto.

Fórmula de EPI ABCEP

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: Inf. Externa A/E / Risco CID:

PRESCRICAO HORARIO DA MEDICACAO

① SSUV ② Agente de CAD E
③ Rx de Polmão R/Pr de Risco ARI
④ Rx de Risco agudo agudo ARI
⑤ Agente de Risco x 1000 5000

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. PATOL

Geraldo N. Almeida Jr.
CRM-SE 5343

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL
Contato com HRT - Dr. Brum
Contato SAMU - Dr. Almon

ASSINATURA CARIMBO DO MEDICO

INVESTPREV

31 JUL 2019



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 29/07/2019 12:36

Data/Hora Fim: 29/07/2019 12:53

Delegado de Polícia: Fabio Santos Santana

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Regional de Nossa Senhora da Glória Aisp

Data/Hora do Fato: 23/12/2018 18:00

Local do Fato

Município: Nossa Senhora da Glória (SE)

Bairro: Povoado

Logradouro: rodovia estadual

Complemento: em frente a fabrica da avelan

CEP:49.680-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSILENO DOS SANTOS (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: SE - Nossa Senhora

Sexo: Masculino

Nasc: 25/09/1981

Profissão: Agricultor

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria Luzenite dos Santos

Endereço

Município: Nossa Senhora das Dores - SE

Logradouro: povoado sape

CEP: 49.600-000

Telefone: (79) 9612-2834 (Recado)

INVESTPREV

31 JUL 2019

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 044.183.665-80	Placa QKS9436
Renavam 1066225831	Número do Chassi 9C2HB0210ER467177
Ano/Modelo Fabricação 2014/2014	Cor VERMELHA
UF Veículo Sergipe	Município Veículo Nossa Senhora das Dores
Marca/Modelo HONDA/POP100	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Josileno dos Santos	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

NARRA o noticiante que pilotava uma motocicleta pertencente a ELENILZA SANTOS MOURA, pela rua acima citada quando colidiu frontalmente com um outro veículo não identificado; QUE devido a colisão sofreu fraturas do fêmur da perna esquerda, sendo socorrido por populares e conduzido por populares ao Hospital de Nossa Senhora da Glória e posteriormente transferido em uma unidade do SAMU para o HUSE/ARACAJU onde foi submetida a intervenção cirúrgica. É

Delegado de Polícia Civil: Fabio Santos Santana

Impresso por: Cleber Martins da Silva

Data de Impressão: 29/07/2019 12:54

Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO - SE



BOLETIM DE Ocorrência

o relato.

ASSINATURAS

Jose Roberto de Melo Santos

Ag. Pol. Jud. 1 Classe
Cleber Martins da Silva
Agente de Polícia
Matrícula 4712882
Responsável pelo Atendimento

Josileno dos Santos

Josileno dos Santos
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) autor(es) responsável pelas informações acima essenciais e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que deli-
gência, conforme previsto nos Artigos 332-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

INVESTPREV

31 JUL 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 844.773.505-20 Nome completo da vítima: Jeruleno Dos Santos

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

Nome completo: Jeruleno Dos Santos CPF: 844.773.505-20
Profissão: carroceiro Endereço: Rua Sape Número: 514 Complemento: casca
Bairro: zona rural Cidade: Vol. Sra Da Doris Estado: SE CEP: 49.600-000
E-mail: marcondulferia@gmail.com Tel (DDD): 49.99189207

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

RENTA 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: 3520 CONTA: 10888 7

(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) ☐ Divorçado ☐ 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 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.

Local e Data: Vol. Sra Da Gloria 25.07.19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

INVESTPREV

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

31 JUL 2019

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.

264 8.0011134-9

11/04/2018 HORA DA DEP: 18:12

101, 27.011134-0 TERM. RECEB.

LOCAL HONDA: ROSSA SEBERRA DAS DUTAS

AG. VINCULADA: 3520

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

3520,00000000 /

HONDA - RETENHO DOS SANTOS

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/04/2017

SEM AS MOVIMENTACOES DO DIA

DIA LIMITE	SALDO
01/18	0,90
RESUMO EM 10/18	
SALDO	0,90
RESUMO DO DIA	
SALDO B. QUEBADI	0,00
SALDO DISPONIVEL	0,90
SALDO TOTAL	0,90

264 8.0011134-9

1ª VIA

ag = 3520

conta 10888-7

INVESTPREV

31 JUL 2019

**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: 3190457190
Nome do(a) Examinado(a): Josileno dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Pov Sape, S/N Casa
Zona Rural Nossa Senhora das Dores SE CEP: 49600-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 309.2655-6
Data local do acidente: [23/12/2018]
Data local do exame: [18/09/2019] 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 ACETÁBULO COM LUXAÇÃO DO QUADRIL A ESQUERDA

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

Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO INCRUENTA DA LUXAÇÃO SOB ANALGESIA E EM 2º TEMPO FOI REALIZADO A RETIRADA DE FRAGMENTO ÓSSEO INTERARTICULAR;

Complicações: BLOQUEIO SEVERO NA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO.

Data da Alta: 09/01/2019

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

AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO PELVE ASSIMÉTRICA COM QUEDA À ESQUERDA, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA SINUOSA NA REGIÃO LATERAL DA COXA E POSTERIOR DA PELVE (NÁDEGA) A ESQUERDA, MARCHA CLAUDICANTE (+++/+4) COM APOIO DE MULETA, ATROFIA MUSCULAR DA COXA POR RESTRIÇÃO DO USO, FORÇA MUSCULAR DA COXA DIMINUÍDA (++/+5), DOR E PARESTESIA NA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL QUE IRRADIA-SE PARA O MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, BLOQUEIO SEVERO NA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO LATERAL E MEDIAL DA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL.

ÂNGULO DE FLEXÃO DO QUADRIL 20° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 125°)

ÂNGULO DE EXTENSÃO DO QUADRIL ESQUERDO 00° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 10°)

ÂNGULO DE ROTAÇÃO INTERNA DO QUADRIL ESQUERDO 05° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 45°)

ÂNGULO DE ROTAÇÃO EXTERNA DO QUADRIL ESQUERDO 05° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 45°)

ÂNGULO DE FLEXÃO DO QUADRIL DIREITO 20° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 125°)

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO +/- 2 CM MENOR QUE O MEMBRO INFERIOR DIREITO

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

DÉFICIT FUNCIONAL GRAVE EM QUADRIL 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 sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

QUADRIL - Lado Esquerdo

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

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

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

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

Carimbo com Nome e CRM

Manoel Otacilio Nascimento Junior
Manoel Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 844.773.505-20 Nome completo da vítima: Jeruleno Dos Santos

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

Nome completo: Jeruleno Dos Santos CPF: 844.773.505-20
Profissão: carroceiro Endereço: Rua Sape Número: 514 Complemento: casca
Bairro: zona rural Cidade: Vol. Sra Da Doris Estado: SE CEP: 49.600-000
E-mail: marcondulferia@gmail.com Tel (DDD): 49.99189207

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

RENTA 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: 3520 CONTA: 10888 7

(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) ☐ Divorçado ☐ 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 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.

Local e Data: Vol. Sra Da Gloria 25.07.19

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª 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.

31 JUL 2019

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190457190

Vítima: JOSILENO DOS SANTOS

Data do Acidente: 23/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSILENO 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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 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: JOSILENO DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003520

Conta: 0000010888-7

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



Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190457190

Vítima: JOSILENO DOS SANTOS

Data do Acidente: 23/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSILENO DOS SANTOS

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

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

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

Graduação: Em grau intenso 75%

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

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

Recebedor: JOSILENO DOS SANTOS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003520

Conta: 0000010888-7

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



Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190457190

Vítima: JOSILENO DOS SANTOS

Data do Acidente: 23/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSILENO DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Rio de Janeiro, 05 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190457190

Vítima: JOSILENO DOS SANTOS

Data do Acidente: 23/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSILENO 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

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: 15/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSILENO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03520

CONTA: 000000010888-7

Nr. da Autenticação 2360DFF55061CB51

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSILENO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03520

CONTA: 000000010888-7

Nr. da Autenticação DF0491B33023395A

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0261084/19

Número do Sinistro: 3190457190

Vítima: JOSILENO DOS SANTOS

CPF: 844.773.505-20

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 23/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSILENO DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 09/09/2019
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/09/2019
Nome: GERALDO HENRIQUE DE CASTRO
CPF: 749.689.716-72

GERALDO HENRIQUE DE CASTRO

**PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE
PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Josilene dos Santos
(nacionalidade) Brasileira, (profissão) baixista, portador da cédula
de identidade RG nº 3092655-6, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 844.773.505-20, residente na (endereço
completo) Povoado Sape', na cidade de
Nossa S^a das Dores, (UF) SE, CEP 49600-000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) Jose Marcos De O. Rosa
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Consultor, portador da cédula
de identidade RG nº 21223829, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 000.003.675-00, residente na (endereço
completo) Rua dos Silos nº 217, na cidade de
Nossa S^a 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) Josilene dos Santos,
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) N. Sra da Glória 24.07.19

(assinatura) Josilene dos Santos
(RG) 3092655-6



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
Alessandra Santos de Lima Andrade
Escriturante

OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

INVESTPREV

31 JUL 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190457190 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSILENO DOS SANTOS **Data do acidente:** 23/12/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO DO QUADRIL ESQUERDO.
TRAUMA CORTO CONTUSO E ESCORIAÇÕES EM PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO QUADRIL (REDUÇÃO INCRUENTA SOB ANESTESIA E RETIRADA DE FRAGMENTO ÓSSEO DA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL), DEMAIS CONSERVADOR. PÁG 1/16/19/20.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO QUADRIL ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



RELATÓRIO MÉDICO



NOME DO PACIENTE: JOSILENO DOS SANTOS

DATA DA ENTRADA: 29-1-12-2018

DATA DA SAÍDA: 09-01-2019

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário, sem ter contato profissional com o paciente, isto é, a responsabilidade do atendimento cabe aos médicos que o assistiram.

INTERNAMENTO: PS () ENFERMARIA (x) UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, COM DOR EM QUADRIL ESQUERDO, ESCORIAÇÕES, FERIMENTO PORTO-COCTUSO EM DE ESQUERVO, LUXAÇÃO DO QUADRIL ESQUERDO ASSOCIADA A FRATURA. FOI REALIZADA A SUTURA DO FERIMENTO DO DE ESQUERVO E INTERNAMENTO PARA TRATAMENTO DAS DITAS LESÕES. FOI SUBMETIDO A REDUÇÃO INCRUENTA DA LUXAÇÃO DO QUADRIL SOB ANESTESIA VERMOSA E A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA RETIRADA DE FRAGMENTO ÓSSEO NA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL, PERMANECENDO NO HUSP COM BOA EVOLUÇÃO SENDO ALTA HOSPITALAR EM 09.01.19.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA RETIRADA DE FRAGMENTO ÓSSEO NA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL ESQUERDO SOB RAQUIANESTESIA.

EXAMES COMPLEMENTARES:

RADIOGRAFIAS DE QUADRIL ESQUERDO, BACIA, TÓRAX, HEMOGRAMAS, ELETROCARDIOGRAMAS,

MÉDICOS ASSISTENTES:

DR. MARTHA BARRETO

DR. ARTEMIO RICHAR MELO

DRA. PATRICIA T. CABRAL LIMA (ANESTESISTA)

DR. WALBER SOUZA.

INVESTPREV

31 JUL 2019

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

ARACAJU, 18 de JULHO de 2019

Irac Souza de Mendonça
CPF: 201.061.052-01
Médico
CRM/SE 1518

Irac Souza de Mendonça
MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

Irac Souza de Mendonça
CPF: 201.061.052-01
Médico
CRM/SE 1518

Handwritten signature

OK topedit

01

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1832445
CNS:

DATA: 24/12/2018
SETOR: 06-SUTURA

HORA: 01:31

USUARIO: MNSANTOS

FAE LANÇADO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSILENO DOS SANTOS
IDADE.....: 37 ANOS NASC: 25/09/1981
ENDERECO.....: POV SAPE
COMPLEMENTO....: BAIRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA DAS DORES UF: SE CEP....: 49600-000
NOME PAI/MAE...: /MARIA LUZINITE DOS SANTOS
RESPONSAVEL....: ELENILZA - ESPOSA / SAMU TEL....: NAO INFORM
PROCEDENCIA....: NOSSA SENHORA DAS DORES ADO
ATENDIMENTO....: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Prontidão encaminhado ao Hospital de Clínica com sintomas de síndrome de Guillain-Barré + TCC em pé esquerdo.

Não houve alterações motoras, sensíveis, reflexos, e tônus.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM: Toux + NVR; Abdome. NVR; Pulso: pulso, leve e profundo. ativo.

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1 Sutura + curativo do pé direito

2 PV. pela ortopedia

3 Pts. pela cirurgia geral

4 Sst 5000 U2 In 04:30

1 Ketlin 2g IV 04:30

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. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

ONTOLOGIA

Paciente vítima de acidente de trânsito, com lesões
importantes em quadril E. A radiografia e o
Exame-líquido de QUADRIC. a partir do qual portar.

CD: - D.E. 700

- 90 CC 11 NOV 2000

Walter Souza
Médico Ortopedista e Traumatologista
CRM 156.516

UNIDADE DE ORIGEM

HOSPITAL REGIONAL GOV. JOÃO ALVES FILHO - N. 8ª DA GLÓRIA/SE

UNIDADE PARA REFERÊNCIA

HCA.F - Dr. Bm. Ribeiro, Lins, Dr.

ENDEREÇO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA

Paraná (Sul)

ESTAMOS ENCAMINHANDO O PACIENTE

Toulino dos Santos

SEXO

M

NASCIDO EM

25/03/81

MATRÍCULA

37A

CUJO PROBLEMA DE SAÚDE NECESSITA DE UM TIPO DE ATENDIMENTO QUE ESTA UNIDADE NÃO OFERECE.

MOTIVO DA CONSULTA / IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS OU PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Paciente alcoolizado vítima de acidente com X-moto, fratura de
BPT - Aberto; Reforço e dor no punho esquerdo
SSVV: 130x80 FC: 76 SPT 98V/A

(M: Luxação de punho esquerdo + fratura de bico
do antebraço)

ESTUDOS A QUE FOI SUBMETIDO O PACIENTE, SEUS RESULTADOS E CONDUTA ADOTADA (RESUMO DOS PRINCIPAIS ACHADOS DE CLÍNICO E DOS EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS ANTES DA SOLICITAÇÃO DO ENCAMINHAMENTO)

Arterograma / RX de punho / Rb / Rm E:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Arterograma de C. Cerebral + Aberto

DATA DO ENCAMINHAMENTO

22/12/18

Geraldo N. Almeida Jr.
CRM-SE 5343

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

HOSPITAL GOV. DOR JOAO ALVES FILHO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 181969
 Numero do CNS.....: 0000000000000000
 Nome.....: JOSILENO DOS SANTOS
 Documento.....: 30926556 Tipo :
 Data de Nascimento: 25/09/1981 Idade: 37 anos
 Sexo.....: MASCULINO
 Responsavel.....:
 Nome da Mae.....: MARIA LUZINITE DOS SANTOS
 Endereco.....: POV SAPE
 Bairro.....: ZONA RURAL Cep.: 49600-000
 Telefone.....:
 Municipio.....: 2804607 - - SE
 Nacionalidade.....: BRASILEIRO
 Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 1832445
 Clinica.....: 918 - CENTRO CIRURGICO SRPA
 Leito.....: 999.0855
 Data da Internacao: 24/12/2018
 Hora da Internacao: 08:33
 Medico Solicitante: 004.230.565-90 - MARTHA REBECA BARRETO SILVA
 Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
 Diagnostico.....: NAO INFORMADO
 Antif. Operador.: PRSFERREIRA

INFORMACOES DE SAIDA

Realizado:
 Local de Saida:
 Qualidade:
 Tipo de Saida:
☒ Principal:
☐ Secundario:
 Local Principal:
 Local Secundario:
 Observacoes:

alt hospital
 09
 12
 219

REALIZADO EM 31/12/18
 AS 10:55

TECNICO DE RADIOLOGIA

REALIZADO EM 25/12/18
 AS 10:10



ORTOPEDIA

[illegible]

Nome do Paciente:

Joelino do Santos

Página nº

Idade:

Sexo:

Unidade de Produção:

Leito:

Nº do Prontuário:

24/12/18 Paciente vítima de acidente de
rua, cursando com fratura - luxa-
ção de quadril G. Realizado a redução
cirúrgica, com sucesso.

Com tripla prescrição

Dr. Marlita Barreto
Ortopedia Traumatologia
CREMESE 3174

Nome do Paciente: Leilene dos Santos

Página: 1

Unidade de Produção: Ula A

Idade: 39

Sexo: F

Leito: A7.2

Nº do Prontuário:

DATA	HORA	HISTÓRICO
25/12/18	18	Consciente, orientada, supineco, ventilação espontânea, em ambiente, normocárdica, acianótica, inictérica. Diurese e defecções preservadas. Neg. queixas algéicas.
		<i>Paula Fernanda Freitas</i> Enfermeira COREN-SE 166883
26/12/18	5:30	Teste adm. m.c. com orientações sobre as rotinas da ala em componentes.
		<i>Silvia Cristina S. Silva</i> Assistente Social CRSS 1572
26/12/18	Nutrição (10:40)	Paciente Lote, supineco, apnéu, adm. má, unidade dia 22/12/18. Com diagnóstico de luxação de quadril E. Segue admitindo sem alimentação oral. Diurese presente, sem defecção há 04 dias. Col. plantar direita normal, introduzo característica laxante. Suplemento hiperprotico Lact.
		<i>Thaile Sampaio</i> Nutricionista CRN 2676

Nome do Paciente:

Josilene dos Santos

Idade:

Página

Sexo:

Unidade de Produção:

Leito:

Nº do Prontuário:

08/01/19

Submetido a
retirada de material de
~~denture~~ sem intercorrências
fragmento osso do queixo

Atílio

União Médica
Ortopedia e Cirurgia
Cirurgia do Jelho
Cirurgia de Mão

Nº do Prontuário:

HISTÓRICO

04/11/19

Pls. Enclosures

Paralelamente, com o crescimento da BCB, a empresa, a partir
de 1985, optou, de forma, e mais rápida e mais, para
as atividades industriais.

Dr. Raimundo Cezar S. Santos
Enfermeiro
COREN 73522

07/1/9

Bel Encomenda

Paciente em leito, consciente, orientado, BEB, sem náuseas e vômitos, apatia, com febre recorrente, sintomas sugestivos de infecção por bactérias, realizou ECG e teste de RPR-MSC. segue em observação de enfermagem.

Dr. Raimundo Cezar S. Santos
Enfermeiro
COREN 73522



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



Fundação
Hospitalar
de Saúde

Nome do Paciente: Joelmo dos Santos	Idade: 37	Sexo: Mas.
Unidade de Produção: AHA-A	Leito: A7-2	Nº do Prontuário: 181969

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
01/08	08h	Paciente no leito com dor de cabeça, dor no abdômen, febre, tosse, expectoração, queixa de falta de ar. M. SC. em uso. Administração de medicamentos conforme prescrição. No momento sem queixa.
01/08	09h	Paciente no leito administrando medicamentos conforme prescrição. TA: 132 x 88 FC: 57 T: 36,5
01/08	03h	Paciente no momento - febre
01/08	06h	Administrado medicação de horários conforme prescrição; paciente sem intercorrências no momento.
01/08	07h	Paciente encontrado no leito, calmo, consciente, orientado, respondendo as perguntas verbais em uso de gelos isolizados, sem referir queixas no momento.
	08h00	Administração de café da manhã
	09h00	Administração de banho no leito
	10h00	Administração de almoço
01/08	12h00	Administração de chá, administrado medicação de horários conforme prescrição.
01/08	15h00	Administração de medicação de horários conforme prescrição.
01/08	18h00	Administração de medicação de horários conforme prescrição.
01/08	19h00	Administração de medicação de horários conforme prescrição.
01/08	20h00	Paciente consciente, orientado, verbalizando queixa de dor de cabeça, dor no abdômen, febre, tosse, expectoração, queixa de falta de ar. M. SC. em uso. Administração de medicamentos conforme prescrição. No momento sem queixa.
01/08	21h00	Administração de medicação de horários conforme prescrição.
01/08	22h00	Administração de medicação de horários conforme prescrição.
01/08	23h00	Administração de medicação de horários conforme prescrição.

Santa Bárbara Brm
COE-2 47/04

DATA

HORA

EVOLUÇÃO

103

~~08~~~~09~~~~2019~~

paciente ~~casado~~ por procedimento
cirurgias. ~~de~~ ~~herbário~~



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

Fundação
Hospitalar
de SaúdeGOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome do Paciente:	Ysilema dos Santos	Idade:	37	Sexo:	M
Unidade de Produção:	SRPA	Leito:		Nº do Prontuário:	

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
08/01/19	10:10	Peti adm. no SRPA acordado verb. cause. orientando defebul supneco faz uso de isotropia + curativo no região cirurgica. Quando E, segue em observação do enfermagem — NE: Onilinda
	12h	com. medicacao do hiberno, peti segue em observação — NE: Onilinda
	14:00	cliente acordado consciente e supneco em uso de parafusos aguardando transferência para enfermaria
	15:00	paciente encaminhado à sua ala de origem, At. H; bem acordado, responsivo, sem queixas no momento — Mika Alencar
08/01/19	15:10	Retornado CC, acordado, verbalizando, orientado, orientado, AVI com isotropia. V. 18/01/19
	16:00	medicado de rotina
	18:00	medicado de rotina
08/01/2019	19:00	Recebe plano com cliente no leito, deitado dorsal, calças, deito, calças, orientado, verbalizando, em uso de AVI. Com queixas de queixas. (fina)
	20:00	Administrado medicação conforme prescrição médica. (fina)
	22:00	Paciente segue bem. (fina)
	24:00	Administrado medicação conforme prescrição médica. (fina)
	03:00	Paciente segue bem. (fina)
	05h	Administrado medicação. (fina)

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
09/01	7:00	Paciente encontra-se no leito - olhos conscientes, orientado. está em uso de AVP + lunetas - + (1) na região mágica. E. (M) Realiza- do luneta administrada medi- cação conforme prescrição médica - 13:00 <i>Dr. R. R.</i>
09-01	12:20	Paciente serviu 2 1/2 Hospitalar, em companhia de familiares (doença) e + pertencentes

Eduardo G. Lima
 Téc. Radiologia
 COREN - 837.308

HUSE

BOLETIM DE ANESTESIA



Fundação Hospitalar de Saúde

PACIENTE:

Josilew dos Santos

REGISTRO:

UNIDADE:

C.C.

MÉDICO:

Ortopedia

LEITO:

CIRURGIA PROGRAMADA

Redução incremental de luxação de quadril

CIRURGIA REALIZADA

DATA

24/12/18

ANESTESIOLOGISTA

Wdmiller

TÉCNICA ANESTÉSICA

venosa

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

CIRURGIÃO

Martha Barreto

AUXILIAR

ASA

I

HORA DE INÍCIO

08:40

HORA DE TÉRMINO

09:15

ACESSO VENOSO

MSD

POSICÃO

DDH

AGENTES INALATÓRIOS

O₂ nasal 3l/h

FLUIDOS

SA 500 mL

VO 0X

PER 0X

PER 0X

PER 0X

PER 0X

PER 0X

PER 0X

PER 0X

PER 0X

CEC OUTROS

Temp 38h, sem alterações, medicação c

MONITORIZAÇÃO

PA NÃO INVASIVA

X

PA INVASIVA

X

ELETROCARDIOGRAFIA

X

OXIMETRIA

X

CAPNOGRAFIA

X

PVC

TEMPERATURA

DIURESE

VENTILAÇÃO

PAM

CONDIÇÃO DE ALTA PARA CRP

IACTO

AGENTES ANESTÉSICOS

DOSE

AMBIENTE O-PROF. A-114

NOME:

1ª Dose as: horas

2ª Dose as: horas

3ª Dose as: horas

OBSERVAÇÃO

sem intercorrência

ENCAMINHADO PARA: UNIDADE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: João da Silva
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: luxação do quadril
CIRURGIA REALIZADA: Redução imediata do quadril
CIRURGIÃO: Dr. Martha Barreto
AUXILIARES: Dr. Hertz (Re)
ANESTESIA: Sedação ANESTESISTA Lequie
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

() CIRURGIA LIMPA () CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA
() CIRURGIA CONTAMINADA () CIR. INFECTADA
INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? () SIM () NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

() VIAS AÉREAS SUP. () PULMONAR () URINÁRIA () SNC () TGI
() CUTÂNEO () AP. CARDIO-VASCULAR () PLEURA () OUTROS

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. Paciente em decúbito dorsal,
2. Sedação venosa,
3. Realizada a redução do membro inferior
4. esquerdo.
5. Redução imediata, visto sob escopia,
6. Incisão cutânea p/ manter quadril redu-
7. zido.

DATA: 24/12/18

Dr. Martha Barreto
Ortopedia/Traumatologia
CREMESP
Assinatura do Cirurgião

NOME	Joelene dos Santos			PRONTUÁRIO	181959			
RECEBIDO NA S.O. POR	Equipe			DATA	24/12	18	SALA	09
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	ACORDADO	<input checked="" type="checkbox"/>	SONOLENTO	<input type="checkbox"/>	AGITADO	<input type="checkbox"/>	COMATOSO	<input type="checkbox"/>
CIRCULANTE	clear			PROCEDÊNCIA				
ENTRADA S.O.	08:25h	INÍCIO DA ANESTESIA	08:35h	INÍCIO DA CIRURGIA	08:40			
SAÍDA DA S.O.		FIM DA ANESTESIA		FIM DA CIRURGIA				
CIRURGIÃO	maria barreto			1º AUXILIAR	maria helena			
ANESTESISTA	judmila magalhães			2º AUXILIAR				
INSTRUMENTADOR				LATERALIDADE	() DIREITA () ESQUERDA () NA			
CIRURGIA PROPOSTA	Redução incremental de quadril							
CIRURGIA REALIZADA								

TÉCNICA ANESTÉSICA

GERAL VENOSA	GERAL INALATÓRIA	GERAL COMBINADA	GERAL BALANCEADA	RAQUIANESTESIA
PERIDURAL C/ CATETER	PERIDURAL S/ CATETER	SEDAÇÃO	BLOQUEIO DO PLEXO	LOCAL
TUBO ENDOTRAQUEAL () ORAL () NASAL	Nº:	TUBO ARAMADO	Nº:	MÁSCARA LARINGEA

ASSEPSIA

PVPI TÓPICO	PVPI ALCOÓLICO	PVPI DERGEMANTE	CLOREXID. ALCOÓLICA	CLOREXID. DEGERMANTE	CLOREXID. AQUOSA
-------------	----------------	-----------------	---------------------	----------------------	------------------

EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS UTILIZADOS

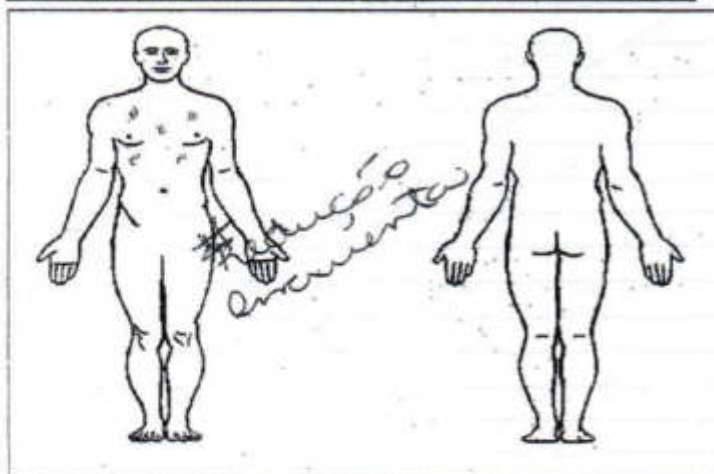
BOMBA DE INFUSÃO	DESFIBRILADOR	MONITOR CEREBRAL (BIS)	INTENSIFICADOR DE IMAGEM	MANTA TÉRMICA	MICROSCÓPIO
FIBROSCÓPIO	MONITOR CARDÍACO	PA (NÃO INVASIVA)	PA (INVASIVA)	OXÍMETRO	CAPNÓGRAFO
FOCO AUXILIAR	FONTE DE LUZ	VIDEOLAPAROSCÓPIO	BRONCOSCÓPIO	OUTROS	

COXINS DE CONFORTO UTILIZADOS

CABEÇA	MSD	MSE	MIE	MID
--------	-----	-----	-----	-----

BISTURI ELÉTRICO

BIPOLAR	MONOPOLAR
---------	-----------



PLACA BISTURI	COMPRESSAS GRANDES
LOCAL	ENTREGUE
ELETRODOS	DEVOLVIDA
INCISÃO CIRÚRGICA	PEQUENAS
AVP	ENTREGUE
AVC	DEVOLVIDA
GASOMETRIA: SIM () NÃO (x)	

POSIÇÃO DO PACIENTE

DORSAL	VENTRAL	LAT. ESQ	LAT. DIR	CANIVETE	TRENDELEMBURG	LITOTOMIA
--------	---------	----------	----------	----------	---------------	-----------

SONDAS - DRENOS - CÂNULAS										
SNG	Nº:	SNE	Nº:	FOGARTY	Nº:	TRAQUEÓSTOMO	Nº:	GUEDEL	Nº:	
DRENOS		SUCÇÃO	Nº			TÓRAX	Nº		PENROSE	Nº
		ABDOMINAL	Nº			PIZZER	Nº		KHER	Nº
		BLAKE	Nº			OUTROS				
PASSAGEM DA SONDA FOLLEY		SEM RESTRIÇÃO		COM RESTRIÇÃO		VIAS		Nº:		
FOLLEY	Nº:	FOLLEY SILICONE	Nº	SONDA NELATON (URETRAL)				Nº:		
PASSADA POR					ANATOMO PATOLÓGICO		Nº PEÇAS			
SINAIS VITAIS										
FC (BPM)										
SpO2 (%)										
EPCO2 (mmHg)										
PA (mmHg)										
PAI (mmHg)										
FR (RPM)										
TEMP (°C)										
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM										
HORA	REGISTRO							ASSINATURA		
08:25	Paciente adm em NO para realização de. Em uso de MUP com SPT monitorizada. Cliente.							[Assinatura]		
08:35	Iniciado monitoria de TC e O2							[Assinatura]		
08:40	Iniciado reanimação e ventilação + imobilização com tração							[Assinatura]		
09:20	Fim do procedimento							[Assinatura]		
09:35	Encaminhado para SRPA							[Assinatura]		
<div style="position: absolute; top: 50%; left: 50%; transform: translate(-50%, -50%); font-size: 100px; opacity: 0.1;">X</div>										
ENCAMINADO PARA:										

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: *Joseleus dos Santos*
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *PO retinador fungos, gonorréia*
CIRURGIA REALIZADA: *Relaxamento ligamentar*
CIRURGIÃO: *Hidelson de Azevedo*
AUXILIARES: *Joseleus dos Santos*
ANESTESIA: *Rapida* ANESTESISTA: *Papirum Cabral*
DIAGNÓSTICO POS- OPERATÓRIO:

☒ CIRURGIA LIMPA ☐ CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA
☐ CIRURGIA CONTAMINADA ☐ CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? ☐ SIM ☐ NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

☐ VIAS AÉREAS SUP. ☐ PULMONAR ☐ URINÁRIA ☐ SNC ☐ TGI
☐ CUTÂNEO ☐ AP. CARDIO-VASCULAR ☐ PLEURA ☐ OUTROS

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Paciente em DDH
Aspirar e amassar MIE
Corpos estranhos
Tramou porções a nível do pú
Relaxamento de ligamento anterior
Fechado por placas
Cicatrizado

DATA: *08.01.19*

[Assinatura]
Art. 10 - *[Assinatura]*
Ortopedia Geral
Cirurgia do Joelho
CRM: 2232

Registro de Enfermagem no Trans-Operatório

NOME <u>Josilene dos Santos</u>		PRONTUÁRIO <u>181969</u>	
RECEBIDO NA S.O. POR <u>Equipe</u>		DATA <u>08/01/18</u>	SALA <u>01</u>
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	ACORDADO <input checked="" type="checkbox"/>	SONOLENTO	AGITADO
CIRCULANTE	<u>neutro</u>	PROCEDÊNCIA	COMATOSO
ENTRADA S.O. <u>07:20 h</u>	INÍCIO DA ANESTESIA <u>07:30 h</u>	h	INÍCIO DA CIRURGIA <u>08:20 h</u>
SAÍDA DA S.O. <u>10:30 h</u>	FIM DA ANESTESIA <u>10:30 h</u>	h	FIM DA CIRURGIA <u>09:20 h</u>
CIRURGIÃO	<u>Dr. Hidelbrando</u>	1º AUXILIAR	
ANESTESISTA	<u>Dr. Fabricio</u>	2º AUXILIAR	
INSTRUMENTADOR	<u>Adriana + Gabriela</u>	LATERALIDADE	<input checked="" type="checkbox"/> DIREITA <input checked="" type="checkbox"/> ESQUERDA () NA
CIRURGIA PROPOSTA			
CIRURGIA REALIZADA			

TÉCNICA ANESTÉSICA					
GERAL VENOSA	GERAL INALATÓRIA	GERAL COMBINADA	GERAL BALANCEADA	<input checked="" type="checkbox"/> RAQUIANESTESIA	
PERIDURAL C/ CATETER	PERIDURAL S/ CATETER	<input checked="" type="checkbox"/> SEDAÇÃO	BLOQUEIO DO PLEXO	LOCAL	
TUBO ENDOTRAQUEAL () ORAL () NASAL	Nº:	TUBO ARAMADO	Nº:	MÁSCARA LARINGEA	


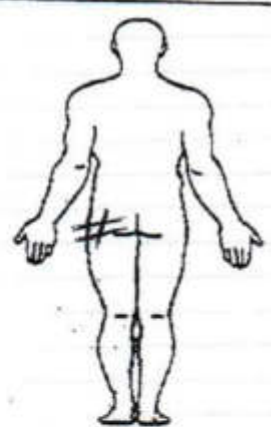
ASSEPSIA					
<input checked="" type="checkbox"/> PVPI TÓPICO	<input checked="" type="checkbox"/> PVPI ALCOÓLICO	<input checked="" type="checkbox"/> PVPI DERGEMANTE	<input checked="" type="checkbox"/> CLOREXID. ALCOÓLICA	<input checked="" type="checkbox"/> CLOREXID. DEGERMANTE	<input checked="" type="checkbox"/> CLOREXID. AQUOSA

EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS UTILIZADOS					
BOMBA DE INFUSÃO	DESFIBRILADOR	MONITOR CEREBRAL (BIS)	INTENSIFICADOR DE IMAGEM	MANTA TÉRMICA	MICROSCÓPIO
FIBROSCÓPIO	<input checked="" type="checkbox"/> MONITOR CARDÍACO	<input checked="" type="checkbox"/> PA (NÃO INVASIVA)	<input checked="" type="checkbox"/> PA (INVASIVA)	<input checked="" type="checkbox"/> OXÍMETRO	<input checked="" type="checkbox"/> CAPNÓGRAFO
<input checked="" type="checkbox"/> FOCO AUXILIAR	FONTE DE LUZ	VIDEOLAPAROSCÓPIO	BRONCOSCÓPIO	OUTROS	

COXINS DE CONFORTO UTILIZADOS				
<input checked="" type="checkbox"/> CABEÇA	MSD	MSE	MIE	MID

BISTURI ELÉTRICO	
<input checked="" type="checkbox"/> BIPOLAR	<input checked="" type="checkbox"/> MONOPOLAR

PLACA BISTURI		COMPRESSAS	
		GRANDES	
LOCAL <u>perno D</u>		ENTREGUE <u>20</u>	DEVOLVIDA <u>20</u>
• ELETRODOS			
# INCISÃO CIRÚRGICA		PEQUENAS	
<input checked="" type="checkbox"/> AVP	<input checked="" type="checkbox"/> D <input checked="" type="checkbox"/> E	ENTREGUE	DEVOLVIDA
<input checked="" type="checkbox"/> AVC	<input checked="" type="checkbox"/> D <input checked="" type="checkbox"/> E		
GASOMETRIA: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>			

POSICÃO DO PACIENTE				
DORSAL	VENTRAL <input checked="" type="checkbox"/>	LAT. ESQ <input checked="" type="checkbox"/>	LAT. DIR	CANIVETE
		TRENDELEMBURG	LITOTOMIA	

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLORIA

No. DO BE: 392981
CNS:DATA: 23/12/2018 HORA: 18:46
SETOR: 02-CONSULTORIO ADULTO

USUARIO: MKOSANTOS

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSILENO DOS SANTOS DOC...:
IDADE.....: 37 ANOS NASC: 25/09/1981 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: POVOADO SAPE NUMERO: 0
COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA DAS DORES UF: SE CEP...: 49600-000
NOME PAI/MAE...: NAO DECLARADO /MARIA LUZINETE BARRETO
RESPONSAVEL....: O PROPRIO TEL...:
PROCEDENCIA....: NOSSA SENHORA DAS DORES-SE
ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS: C. & A. P. DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

1855 Ponto observado vítima de acidente (constatado) apresentando ferimentos
na perna esquerda.

Fórmula de EPI ALBET

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: Infecção A/E (Causa)

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

① SSUV

② Medicação em C.A.D. 5

③ Rx de Perna R/Px de Perna D/PD

④ Rx de Perna esquerda esquerda APID

⑤ G. B. p. 1/6 x 1000 g. 3.1.2

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. PATOL

Geraldo N. Almeida Jr.
CRM-SE 5343

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA CARIMBO DO MEDICO

Contato com HRT - Dr. Bui
Contato SAMU - Dr. Almon

HOSPITAL REGIONAL GOV. JOÃO ALVES FILHO
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA/SE
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO



Nome da classificação: _____; _____
 Grau: ☐ Agudo ☐ Crônico: _____
 Peso: _____ (Kg)

Profissão: _____

Doença Progressiva: DM ☐ HAS ☐ Cardiopata ☐ Etílica ☐ Tabagista ☐

Uso de Medicamentos: ☐ Não ☐ Sim. Especificar: _____

Uso de Medicação: ☐ Não ☐ Sim. Qual (is)? _____

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA OBSERVADA					TOTAL
ESTÍMULO VISUAL	Spontâneo	Obediente Verbal	Dor	Sem Resposta		
	4	3	2	1		
ESTÍMULO VERBAL	Orientada	Confuso	Palavras Inapropriadas	Palavras Incompreensíveis	Sem Resposta	
	5	4	3	2	1	
ESTÍMULO FÍSICO	Obediente ao comando	Localiza a dor	Reação Inespecífica	Flexão Anormal	Extensão a dor	Sem Resposta
	6	5	4	3	2	1



SINAIS VITAIS:

Tempo	FC (bpm)	FR (rpm)	SPO2 (%)	Tem °C	PA: (mmHg)	Glicemia (mg/dl)	Assinatura do profissional



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Vermelho: ☐ Laranja: ☐ Amarelo: ☐ Verde: ☐ Azul: ☐

[Handwritten Signature]

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

Data Hora	Evolução de Enfermagem

 GOVERNO DE SERGIPE SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	HOSPITAL REGIONAL GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO	 Fundação Hospitalar de Saúde
---	--	---


DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e a quem possa interessar, em 23 de Dezembro de 2018, foi admitido nesse nosocômio com BE392981 às 18h:46min, paciente vítima de acidente de trânsito, consta no sistema da recepção o nome do Sr. **Josileno dos Santos DN: 25/09/1981 Filho de Maria Luzinete Barreto**, porém consta no sistema da recepção dessa unidade hospitalar o nome da mãe incorreto, de acordo com a carteira de identificação do mesmo, o correto escreve-se **Maria Luzenite dos Santos. RG 3092655-6 SSP/SE**

Sem mais para o momento.

Josineide Feitosa Santos
Assistente Técnico I
FMS/IRGJAF

Nossa Senhora da Glória, 11 de Fevereiro de 2019.


Josineide Feitosa Santos
Assistente técnico I

INVESTPREV

31 JUL 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190457190 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSILENO DOS SANTOS **Data do acidente:** 23/12/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ACETÁBULO COM LUXAÇÃO DO QUADRIL A ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO Pelve ASSIMÉTRICA COM QUEDA À ESQUERDA, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA SINUOSA NA REGIÃO LATERAL DA COXA E POSTERIOR DA PELVE (NÁDEGA) A ESQUERDA, MARCHA CLAUDICANTE (+++/+4) COM APOIO DE MULETA, ATROFIA MUSCULAR DA COXA POR RESTRIÇÃO DO USO, FORÇA MUSCULAR DA COXA DIMINUÍDA (++/+5), DOR E PARESTESIA NA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL QUE IRRADIA-SE PARA O MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, BLOQUEIO SEVERO NA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO LATERAL E MEDIAL DA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL.
ANGULO DE FLEXÃO DO QUADRIL 20° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 125°)
ANGULO DE EXTENSÃO DO QUADRIL ESQUERDO 00° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 10°)
ANGULO DE ROTAÇÃO INTERNA DO QUADRIL ESQUERDO 05° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 45°)
ANGULO DE ROTAÇÃO EXTERNA DO QUADRIL ESQUERDO 05° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 45°)
ANGULO DE FLEXÃO DO QUADRIL DIREITO 20° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 125°)
MEMBRO INFERIOR ESQUERDO +/- 2 CM MENOR QUE O MEMBRO INFERIOR DIREITO

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) QUADRIL ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/09/2019

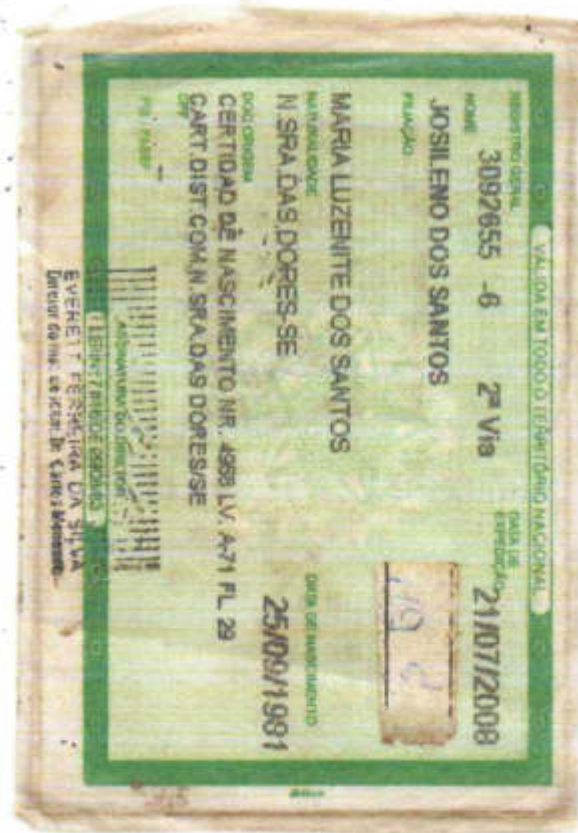
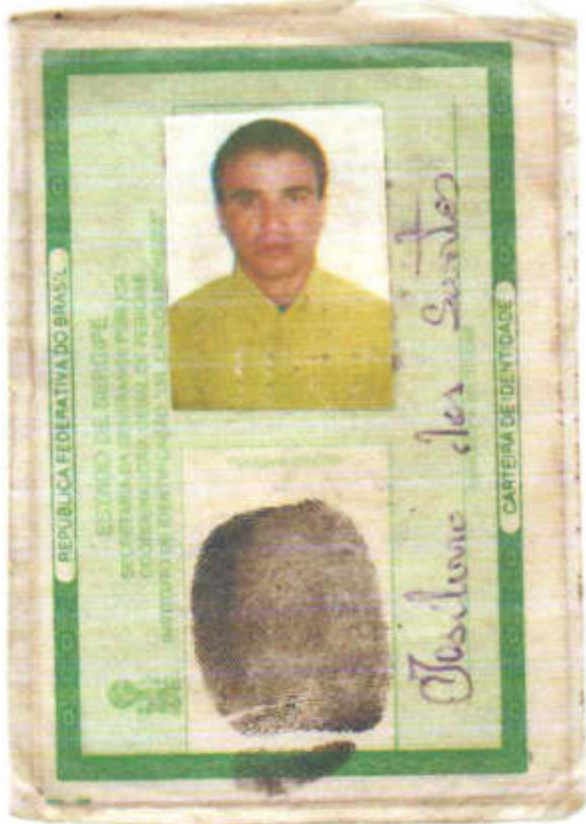
Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO LEVE DO QUADRIL ESQUERDO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO GRAVE DO QUADRIL ESQUERDO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



INVESTPREV

31 JUL 2019



HOSPITAL E MATERNIDADE
Santa Isabel

Av. Simeão Sobral, s/nº - Santo Antônio - CEP 49060-640 - Aracaju/SE
Fone: (79) 3212-4900 Fax: (79) 3236-2053 CNPJ/MF nº 13.025.507/0001-41

Para:

Relatório Médico

*Pac. feminino dos Santos vítima de
acidente motorciclístico em 03/10/18.
Desenvolveu dor após fratura em
região de quadril, tratado cirurgi-
camente, apresenta sequelas parciais,
exatamente de membro inferior.
Encaminhado de alta definitiva
CID= 570*

04/10/18
Dr. Alberto Velasco Verbas
CRM-957-CEP 102.855-105-25

INVESTPREV

09 SET 2019

Solicitação de Ré – Análise

Eu: Josileno Dos Santos portador do RG: 3092655-6 CPF: 844.773.505-20 residente no Povoado Sape S/N Bairro: Area Rural Cidade: Nossa Senhora Das Dores -SE Cep: 49.600-000 venho pelo presente instrumento, solicitar aos senhores que seja marcado uma Perícia médica para o meu processo , pois só foi liberado 843,75 para as lesões que mim encontro enviei relatório médico que comprovam as lesões que foram **FRATURA DE FRAGMENTO OSSEO NA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL ESQUERDO CID:S70** sinto muitas dores horríveis não trabalho mas , não consigo andar direito pois fiquei com uma perna menor que a outra , fico a merecer dos outros , por isso peço encarecidamente que marquem com urgência uma perícia para que o perito verifique e comprove o que aqui descrevo.

Certo de contar com vossa compreensão ,agradeço desde já.



JOSILENO DOS SANTOS

NOSSA SENHORA DA GLÓRIA-SE 26/08/2019

INVESTPREV

09 SET 2019

TESTEMUHAS:



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF²**.

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 D.O. Rea inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.003.675/00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Josefina Dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 844.773.505/20, do sinistro de DPVAT cobertura material da Vítima Josefina Dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 844.773.505/20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: INVESTPREV e apresento os documentos comprobatórios:

31 JUL 2019

☒ 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 Seluros</u>		Número	<u>217</u>	Complemento	<u>Centario</u>
Bairro	<u>Brasília</u>	Cidade	<u>Br. São da Aurora</u>	Estado	<u>SE</u>	CEP
Email	<u>marcosdufaria@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>79.9918.9207</u>	Telefone celular (DDD)	<u>79.9923.2568</u>

Br. São da Aurora, 24 de 07 de 19
Local e Data

João Marcos D.O. Rea
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Eu, Elenilza Santos Moura
RG nº 1542929, data de expedição 15/06/1998
Órgão SSP/SE, portador do CPF nº 044.183.665-80
com domicílio na cidade de It. São José do Rio Preto, no Estado de Sergipe
Por Sape, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) nº SIN
complemento caso, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Josileno Dos Santos
Josileno Dos Santos
Veículo: moto Modelo: HONDA POP100 Ano: 2014
Placa: QK 59436 Chassi: 3C2H802J06R462177
Data do Acidente: 23/07/18

INVESTPREV

31 JUL 2019

Local e Data: It. São José do Rio Preto 24.07.19

+ Elenilza Santos Moura

Assinatura do Declarante

Josileno Dos Santos

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTOS - Rua
Edezio Vieira de Melo, 311, centro, Nossa Senhora
das Dores/SE, TEL. (79) 3265-1878 GLAUBER JUNHO
ANDRADE DE RESENDE - TABELIÃO
Reconheço por Autenticidade a firma de
ELENILZA SANTOS MOURA em 24/07/2019 e dou fé.
Em testemunho da verdade. SECREVENTE :
ALEXANDRA SANTOS DE LIMA ANDRADE Emel. nº 7,37,
FUND nº 1,47, Total nº 8,84 Selo:
201929860009090, Site: www.tjse.jus.br/x/MQAJEN



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTOS
ALEXANDRA SANTOS DE LIMA ANDRADE
Escrevente
AA097511

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTOS - Rua
Edezio Vieira de Melo, 311, centro, Nossa Senhora
das Dores/SE, TEL. (79) 3265-1878 GLAUBER JUNHO
ANDRADE DE RESENDE - TABELIÃO
Reconheço por Autenticidade a firma de
JOSILENO DOS SANTOS em 24/07/2019 e dou fé.
Em testemunho da verdade. SECREVENTE :
ALEXANDRA SANTOS DE LIMA ANDRADE Emel. nº 7,37,
FUND nº 1,47, Total nº 8,84 Selo:
201929860009090, Site: www.tjse.jus.br/x/MQAJEN



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTOS
ALEXANDRA SANTOS DE LIMA ANDRADE
Escrevente
AA097511

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
RUA DOS SÓLOS, 0217 / CASA A - SÓLOS
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA / SE CEP 49060-000 (AO 432)

Ligação: BÁSICO
Clas/Sec: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: S - 430 - 340 - 7381 Referência: 4554
Medidor: E6002345123 Emissão: 10/07/2019



ENERGISA SERGIPE DISTRIBUIÇÃO
Rua Manoel Apolônio Sales, 91 - Jd. São Sebastião
Aracaju / SE - CEP 49040-150
CNPJ: 13.017.462/0001-65 - Insc. Est. 270.767.436
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 005.060.713
Cód. para Débito Automático: 90009127879

Atendimento ao Cliente ENERGISA 08000 79 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jul / 2019	10/07/2019	09/08/2019	020.003.676-00

UC (Unidade Consumidora): 3/912787-9

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 07/08/18 Leitura: 9225	Data: 10/07/19 Leitura: 8900	1	15	33

Demonstrativo									
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	Base	Taxa	Valor	Base	Taxa
0601	Consumo em kWh	75,00	0,773540	57,75	57,75	25	14,44	57,75	0,63
0601	Adic. B. Amarela	0,50	0,50	25	0,12	0,55	0,00	0,00	0,00
0607	CONTRIB. LUM. P. U. C.	0,75	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0604	JUROS DE MORA 06/2019	0,08	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0605	MULTA 06/2019	1,24	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCY Código de Classificação de Bônus TOTAL 88,33 88,33 14,58 88,33 0,63 3,90
Tarifa de Tributos 0,530123

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
64	17/07/2019	R\$ 68,33

Histórico de Consumo (kWh)											
58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69
JUL18	AGO18	SET18	OUT18	NOV18	DEZ18	JAN19	FEB19	MAR19	ABR19	MAY19	JUN19

RESERVADO AO FISCO
ae2a.b428.38d8.74f7.667e.6d3c.cf3f.29b3.

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
DC MENSAL	5,15	0,00	NORMAL	Serviço de Dist. de Energia	14,44	21,26
DC TRIMESTRAL	12,35	0,00	NORMAL	Compra de Energia	21,22	31,06
DC ANUAL	24,60	0,00	NORMAL	Serviço de Transmissão	1,42	2,08
FC MENSAL	3,38	0,00	CONTRATADA	Encargos Setoriais	3,92	4,27
FC TRIMESTRAL	8,12	0,00	CONTRATADA	Encargos Diversos e Encargos	28,17	41,29
FC ANUAL	12,45	0,00	CONTRATADA	Outros Serviços	0,00	0,00
CMC	1,00	0,00	CONTRATADA			
SCAI	12,42	0,00	CONTRATADA			
				Total	68,33	100,00

Valor em USD (Ref 6/2019) R\$ 21,71

ATENÇÃO

Faturas em atraso

Atenção: A fatura em atraso pode gerar multa e juros de 0,33% ao mês.

INVESTPREV
31 JUL 2019