



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE ITAPORANGA DAJUDA DA COMARCA DE ITAPORANGA D'AJUDA
Av. Emidio Max Neto, Bairro Centro, Itaporanga D'Ajuda/SE, CEP 49120000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202071200511	Distribuição: 24/07/2020
Número Único: 0001767-94.2020.8.25.0036	Competência: 2ª Vara Cível e Criminal de Itaporanga Dajuda
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

Assuntos

- DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO - Partes e Procuradores - Assistência Judiciária Gratuita
- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

Dados das Partes

Requerente: ADRIANA EVARISTO SANTOS
Endereço: POV. NO CEGO
Complemento: RUA SANTA TEREZA
Bairro: CENTRO
Cidade: ITAPORANGA D'AJUDA - Estado: SE - CEP: 49120000
Requerente: Advogado(a): VERONICA SABINA DIAS DE OLIVEIRA 6817/SE
Requerido: SEGURADORA LIDER
Endereço: RUA SENADOR DANTAS
Complemento:
Bairro: CENTRO
Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20031204
Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE ITAPORANGA DAJUDA DA COMARCA DE ITAPORANGA D'AJUDA
Av. Emidio Max Neto, Bairro Centro, Itaporanga D'Ajuda/SE, CEP 49120000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apensados:

--

Processos Dependentes:

--



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE ITAPORANGA DAJUDA DA COMARCA DE ITAPORANGA D'AJUDA
Av. Emidio Max Neto, Bairro Centro, Itaporanga D'Ajuda/SE, CEP 49120000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202071200511

DATA:

24/08/2020

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200824120202084 às 12:02 em 24/08/2020.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200212074 **Cidade:** Itaporanga D'Ajuda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANA EVARISTO SANTOS **Data do acidente:** 19/10/2019 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO - REGIÃO FRONTAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P.02

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: LAUDO PERICIAL DO IML: Nº 10405/2019 DE 18/11/2019, QUESITO 5º: NÃO.
MÉDICO LEGISTA : JULIANA RIBEIRO LOPES GLANSANTE, CRO: 1636
(P.01,05,06,07)

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

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: 19/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 476,71

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADRIANA EVARISTO SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04325

CONTA: 000000001806-6

Nr. da Autenticação 60018C4B90358457

PARECER DE DAMS

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200212067

Data do acidente: 19/10/2019

Vítima: ADRIANA EVARISTO SANTOS

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Itaporanga D'Ajuda

UF: SE

Análise: Primeira Análise

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data: 17/06/2020 14:26:18

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: TRAUM SUPERF DA CABECA TRAUM SUPERF MULT DA CABECA -

Internação: Não

Tratamento: CONSERVADOR CLINICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Farmácias			476,71	476,71
Total da Análise Atual			476,71	476,71

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações: FALTA O ENVIO DE NOTA FISCAL OU RECIBO REFERENTE À SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS QUE NÃO FORAM AVALIADOS, VISTO QUE FALTA DISCRIMINATIVO INFORMANDO SERVIÇO PRESTADO COM VALORES E QUANTIDADES INDIVIDUAL DE CADA PROCEDIMENTO REALIZADO EM CADA ELEMENTO DENTÁRIO BEM COMO É NECESSÁRIO RELATÓRIO ODONTOLÓGICO JUSTIFICANDO O NEXO CAUSAL ENTRE AS LESÕES SOFRIDAS POR PARTE DA VÍTIMA NO ACIDENTE OCORRIDO E O TRATAMENTO REALIZADO.

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: ADRIANA EVARISTO SANTOS Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	476,71	476,71	476,71
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	476,71	476,71	476,71

TOTAL PLEITEADO: 476,71

TOTAL AVALIADO: 476,71

TOTAL PAGO + À PAGAR: 476,71

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

Rio de Janeiro, 16 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200212067

Vítima: ADRIANA EVARISTO SANTOS

Data do Acidente: 19/10/2019

Cobertura: DAMS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADRIANA EVARISTO SANTOS

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

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.

Informamos que o reembolso de despesas médicas e suplementares é avaliado conforme critérios de análise praticados pelo mercado e tendo como limite mínimo os valores constantes na Tabela do Sistema Único de Saúde (SUS), podendo assim ser ou não reembolsado em sua totalidade, observando-se o limite da cobertura.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200212067

Vítima: ADRIANA EVARISTO SANTOS

Data do Acidente: 19/10/2019

Cobertura: DAMS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADRIANA EVARISTO SANTOS

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

Recebedor: ADRIANA EVARISTO SANTOS

Valor: R\$ 476,71

Banco: 104

Agência: 000004325

Conta: 000001806-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

FALTA O ENVIO DE NOTA FISCAL OU RECIBO REFERENTE À SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS QUE NÃO FORAM AVALIADOS, VISTO QUE FALTA DISCRIMINATIVO INFORMANDO SERVIÇO PRESTADO COM VALORES E QUANTIDADES INDIVIDUAL DE CADA PROCEDIMENTO REALIZADO EM CADA ELEMENTO DENTÁRIO BEM COMO É NECESSÁRIO RELATÓRIO ODONTOLÓGICO JUSTIFICANDO O NEXO CAUSAL ENTRE AS LESÕES SOFRIDAS POR PARTE DA VÍTIMA NO ACIDENTE OCORRIDO E O TRATAMENTO REALIZADO.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 003.896.015-00 3 - CPF da vítima: 003.896.015-00 4 - Nome completo da vítima: Adriano Evaristo Santos

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

5 - Nome completo: Adriano Evaristo Santos 6 - CPF: 003.896.015-00

7 - Profissão: Desempregado 8 - Endereço: Rua Santa Tereza 9 - Número: 98 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: Itaporanga D'Azuda 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49120-000

15 - E-mail: thallyta.souza267@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 79-998734314

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4325 013 CONTA: 0001806 6

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER 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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vol nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER 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 na declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Itaporanga D'Azuda/SE, 27/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

ENC 003.0003/2010



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE ITAPORANGA D'AJUDA - ITAPORANGA D'AJUDA -
SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 130763/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/12/2019 14:34 Data/Hora Fim: 10/12/2019 14:49
Delegado de Polícia: Paulo Cristiano Alves Ricardo

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Itaporanga D'Ajuda

Data/Hora do Fato: 19/10/2019 19:30

Local do Fato

Município: Itaporanga d'Ajuda (SE)

Logradouro: POVOADO NÔ CEGO

Bairro: Centro

CEP: 49.120-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ADRIANA EVARISTO SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: SE - Itaporanga

Sexo: Feminino

Nasc: 01/08/1975

Profissão: Do Lar

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Maria Jose Evaristo Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 003.896.015-00

RG - Carteira de Identidade: 30040582

Endereço

Município: Itaporanga d'Ajuda - SE

Logradouro: POVOADO NÔ CEGO, RUA SANTA TEREZA

Nº: 98

CEP: 49.120-000

Telefone: (79) 99947-3762 (Celular)

Nome Civil: LEVI (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Itaporanga d'Ajuda - SE

Logradouro: RESIDENCIAL SANTA TEREZINHA

Complemento: RUA DO MEIO

Bairro: CENTRO

CEP: 49.120-000

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Relata a comunicante que estava caminhando às margens da Rodovia localizada em frente ao Povoado Nô Cego quando foi surpreendida por uma pancada muito forte provocada por uma motocicleta; Que a noticiante não sabe de qual direção o



Delegado de Polícia Civil: Paulo Cristiano Alves Ricardo
Impresso por: Antonio Manoel Barreto Costa Bonfim
Data da Impressão: 10/12/2019 14:50
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Nº: 130763/2019

veículo veio, pois provavelmente estava com o farol apagado; Que a noticiante foi arremessada e devido o impacto perdeu a consciência; Que foi socorrida por uma viatura da SAMU e levada para o HUSE, onde ficou internada durante 2 dias; Que a noticiante ficou bastante lesionada e precisou passar por alguns procedimentos médicos e odontológicos, os quais lhe causaram um alto custo financeiro; Que o piloto da moto foi identificado como LEVI MOTO

ASSINATURAS

Antônio Manoel Barreto Costa Bonfim
Agente de Polícia
Matrícula 2559
Responsável pelo Atendimento

Adriana Evaristo Santos
(Comunicação / Vídeo)

"Declaro que os dados falsos de direito que sou o(a) [pessoa] responsável pelas informações acima assinadas e deixo que poderei responder civil e criminalmente por presente declaração que se enuncia, conforme previsto nos Artigos 338-Denúncia e Calúnia e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Carta de Apresentação
 Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original
 que me foi apresentado, ao qual autentico
 Em 28/05/2020 Válido somente com o selo nº
 202029558006253
 GIRE DE
 HORA SANTOS - ESCRIVENTE



FARMACIA MORAES LTDA
FARMACIA MORAES LTDA

PRACA JACKSON FIGUEIREDO, 22, CENTRO, ITAPORAN
GA D'AJUDA, SE. CEP: 49.120-000
CNPJ: 15.042.385/0002-08 IE: 270.857.354

DANFE NFC-e - Documento Auxiliar da Nota
Fiscal de Consumidor Eletrônica
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

COD	DESC	QTD	UN	VL UN	VL TOTAL
0789840410114	HEMOGAZE 7,5CMX7,5CM	12.000	UN X 1.20		14.40
07891809202199	FITA MICROPOROSA	1.000	UN X 20.90		20.90
07896902212152	SORO FISIOLÓGICO 100ML FARMAX	2.000	UN X 2.50		5.00
07891058001155	NOVALGINA 16 CX 10 COMP	1.000	UN X 15.44		15.44
07896525206110	CIMELIDR 100MG CX 12 COMP	1.000	UN X 7.00		7.00
Qtd. Total de Itens					5
Valor Total R\$					65.74
FORMA PAGAMENTO					Valor Pago
Dinheiro					65.74

EMISSION NORMAL

Número: 003442 Série: 001
Data de emissão: 10/12/2019 10:42:05
Consulte pela Chave de Acesso em
www.sefaz.se.gov.br/nfce/consulta
CHAVE DE ACESSO
2819 1215 0423 5500 0205 6500
1000 0034 4210 0004 4468

CONSUMIDOR

Consumidor não identificado

Consulta via leitor de QR Code



Protocolo de autorização: 326190157868870
10/12/2019 11:17:50

FARMACIA MORAES LTDA
FARMACIA MORAES LTDA

PRACA JACKSON FIGUEIREDO, 22, CENTRO, ITAPORAN
GA D'AJUDA, SE. CEP: 49.120-000
CNPJ: 15.042.385/0002-08 IE: 270.857.354

DANFE NFC-e - Documento Auxiliar da Nota
Fiscal de Consumidor Eletrônica
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

COD	DESC	QTD	UN	VL UN	VL TOTAL
07896070601765	PROFENID ENTERICO 100MG CX 20 C	OMP 1.000	UN X 53.06		53.06
07896472502776	SUPROVIL 500MG CX 30 COMP	1.000	UN X 23.90		23.90
07891317414231	LEVOFLOXACINO 500MG CX 10 COMP	1.000	UN X 118.58		118.58
07896641804158	HEBACETIN POM 8G 15G	1.000	UN X 15.94		15.94
07896656005054	MISULID 100MG CX 12 COMP DISPER	STVEL 1.000	UN X 48.22		48.22
07898133134764	RIFOTRAT SPRAY 30ML	1.000	UN X 21.60		21.60
Qtd. Total de Itens					6
Valor Total R\$					281.30
FORMA PAGAMENTO					Valor Pago
Dinheiro					281.30

EMISSION NORMAL

Número: 003433 Série: 001
Data de emissão: 06/12/2019 09:46:16
Consulte pela Chave de Acesso em
www.sefaz.se.gov.br/nfce/consulta
CHAVE DE ACESSO
2819 1215 0423 5500 0205 6500
1000 0034 3210 0004 4302

CONSUMIDOR

Consumidor não identificado

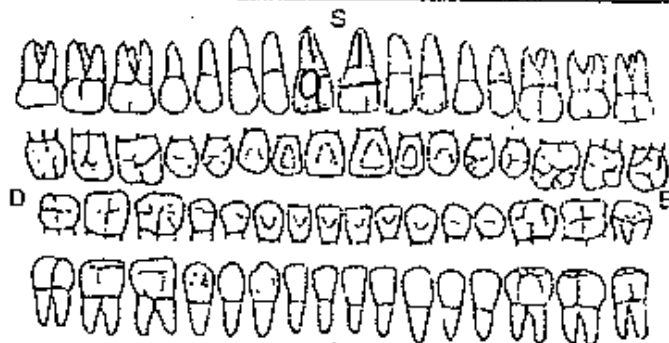
Consulta via leitor de QR Code



Protocolo de autorização: 326190155775151
06/12/2019 10:22:46



RADIOGRAFIAS

8765432112345678
8765432112345678

ORÇAMENTO

(Válido por _____ dias)

Dias de tratamento: 2º ☐ 3º ☐ 4º ☐ 5º ☐ 6º ☐ Sáb. ☐

Horário _____

Ilmo(a) Sr. (a) Adriano Evarista Santos

Endereço _____

SERVIÇO A EXECUTAR

IMPORTÂNCIA
R\$02 trat. endod. - trat. abscesso
de maxila 2.1 e 2.2

700,00

02 Cloroxameto

160,00

02 Rad. fotop. c/comp. de alongulo
2.1 e 2.2 Rad. PerlelineRad. fotop. c/comp. de alongulo
e perleline 2.1

200,00

1.260,00

QUEIRA APRESENTAR ESTE ORÇAMENTO
NA PRÓXIMA CONSULTA

TOTAL R\$

IMPORTANTE:

Os tratamentos serão iniciados mediante o pagamento de 50% (ou o que for combinado) e concluídos quando totalmente pagos.

Data _____

Cirurgião Dentista

PLANO DE PAGAMENTOS

Autorização do Paciente pelos trabalhos a serem executados

Não vale como recibo

P-01

FARMACIA HORAES LTDA
FARMACIA HORAES LTDAPRACA JACKSON FIGUEIREDO, 22, CENTRO, ITAPORANGA
CEP: 49.120-000
CNPJ: 15.042.885/0002-08 IE: 270.857.354

DANFE NFC-e - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

COD | DESC | QTD | UN | VL UN | VL TOTAL

07896015520311 CLAVULIN 500MG CX 21 CNP

1.000 UN X 143,86

Qtd. Total de Itens 143,86

Valor Total R\$ 129,47

Valor Descontos R\$ 14,38

Porção Pagável em Dinheiro 129,47

Emissão Normal

Número: 003430 Série: 001

Data de emissão: 05/12/2019 14:13:00

Consulta pela Chave de Acesso em

www.sefaz.sp.gov.br/nfce/consulta

CHAVE DE ACESSO

2819 1215 0423 8500 0203 6500

1000 0034 3030 0004 4246

Consumidor não identificado

Consumidor

Consulta via leitor de QR Code

Protocolo de autorização: 328190155419378

05/12/2019 15:27:55



RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Adriana Evaristo Santos

DATA DA ENTRADA: 19/10/2019

DATA DA SAÍDA: 20/10/2019

Em atenção a solicitação da Delegacia de Polícia de Itaporanga D'Ajuda-SE
Ofício nº 425/2019

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.

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente 40 anos, do sexo feminino, vítima de atropelamento por motocicleta, apresentando ferimento corto-contuso em região frontal. Foi submetida a exames complementares e avaliação médica nas especialidades de: neurocirurgia, cirurgia geral e CBMF. Foi realizada sutura do ferimento em região frontal tendo alta hospitalar em 20/10/2019.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Sutura do ferimento em região frontal.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Tomografias de: crânio, coluna total.

Radiografias de: ombro, braço, cotovelo, antebraço, punho e mão esquerda.

Ultrassonografia de abdome (FAST).

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Ramon R. de Oliveira

Dr. Danilo M. Medeiros Sá

Dr. Marcelo Amaral

Dr. Bruno W. M. Guedes

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

ARACAJU, 31 de Outubro de 2019

Izac Souza de Mendonça
CPF: 201.951.925-91
Médico
CRM / SE 1512

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO / SAME / HUSE

Izac Souza de Mendonça
CPF: 201.951.925-91
Médico
CRM / SE 1512

RELATÓRIO REFERENTE À OCORRÊNCIA

NÚMERO: 1910190995 / ESUS - SAMU

e - DOC 020000.27954/2019-9

O **SAMU 192 SERGIPE** foi acionado às **19h26min** do dia **19 de Outubro de 2019**, para atendimento de vítima identificada como **Adriana Evaristo Santos** com relato de atropelamento por moto, no município de Itaporanga D' Ajuda.

A equipe da **Unidade de Suporte Básica - Itaporanga** realizou atendimento no local, e em seguida removeu para o **Hospital de Urgência de Sergipe-HUSE** município de Aracaju, onde deixou o paciente aos cuidados da equipe.

Aracaju, 12 de Dezembro de 2019

Zildete Cibele G. A. Sabino

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE

Zildete Cibele G. A. Sabino
Coordenadora Médica
SAMU 192 - Sergipe
CRM-SE 5698

USUARIO: WSANTOS

SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

DOC...: 300405

DOC...: 300405
SEXO...: FEMINI
NUMERO: 098

UF: SE CEP...: 49120-
/MARIA JOSE EVARISTO SANTO
TEL...: 79-996
567

ATENDIMENTO...: VITIMA DE ATROPELAMENTO
CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

TRAUMA: NAO

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: / /

Paciente vítima de atropamento por motorista. Vem por Soma sob protocolo.
Nega drogas, álcool, perda da consciência, febre, vômitos, Náusea, ingesta de
alimento. D. ok BOK C ok. P 60 bpm e r. ruídos intestinais. R 16 l/min

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

pulso : não pegado ; pressão arterial + leucalgia + dor no abdome direito desde
antes do acidente. Abdomen macio doloroso à palpação profunda. PB neg.

DIAGNOSTICO: ~~Falta de oxigênio e perfusão~~

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCricao

HORARIO DA MEDICACA

10 Av. para NCR

② Rx de colarum cervical (perf. l) + Rx de tórax (AP) + Rx de pulm. (AP) + Rx de ombro (L e ng) + braço + cotovelo (L e ng) + punho, dedos e nádo L

(3) Au. p. l. C. B. m. F.

DATA DA SAIDA:

ALTA: ☐ DECISAO MEDICA ☐ A PEDIDO
☐ ENCAMINHADO

HORA DA SIDA :
[] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [] ATR 4810

OBITO: [] ATÉ 48HS [] APÓS 48HS

☐ FAMILIA ☐ IML ☐ ANAT. PATO

Adrielle Santos Ballesteros
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

~~R~~AST# 19-10-23

☐ FAMILIA ☐ IML ☐ ANAT.

NATURA E CARIMBO DO MEDICO

EXAMEN DE RADIOLOGÍA - HUSE

REALEADO EM 1/1/82

AS _____ HONAS

TÉCNICO EM RADIOLOGIA

Nome do Paciente: Adriana Conrado Santo Idade: Sexo:
Unidade de Produção: Leito: Nº do Prontuário:

20/10/19

Prurigo Quid

4:00

Recebo Radiografia de queixo e tórax
sem alterações. Plidome Notado, e sinais de
infecção pulmonar. DBE

CD: ① Alto de Prurigo Quid

RECIBO
Médico
CRM - SE 557
10/01/2019 SA 31902

10/10
Ner

Está em ST intercorrente

EN GLS 13

Isodroma
ST deflex
ST curvatura

① Alta de Ner
(Hospitalar)

Dr. E. ...
[Assinatura]

EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE

PRONTO SOCORRO ADULTO

Página

Nome do Paciente: Adriano G. Nogueira Seate

Idade:

Sexo:

Unidade de Produção:

Leito:

Nº do Prontuário:

20/10/19

4:00

Prontuário Geral

Recebeu atendimento de urgência: trata-
rem alterações de estado mental e sinais de
instabilidade hemodinâmica. DBE

CD: @ Alta do Prontuário Geral

Dr. João Silva Santos
Médico
CRM - SE 3657
RPP 34.318/2

20/10
Ner

Estável SI intercorrente

EN Gls 15

Isocemia
17 defet
SI curricular

@ Alta da Ner
(Hospitalar)

Dr. E.

MS/DATASUS		HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE	
No. DO BE: 84058		DATA: 18/11/2019 HORA: 06:09 USUARIO: AFSANTOS	
CNS:		SETOR: 05-ORTOPEDIA	
IDENTIFICACAO DO PACIENTE			
NOME	: ADRIANA EVARISTO SANTOS	DOC....	: 3004058-
IDADE.....	: 40 ANOS	NASC:	: 01/08/1979
ENDERECO.....	: POVOADO NO CEGO	SEXO...	: FEMININO
COMPLEMENTO....	: 707409041325873	NUMERO:	: 098
MUNICIPIO.....	: ITAPORANGA D'AJUDA	UF: SE	: CEP....: 49120-000
NOME PAI/MAE...	: NAO CONSTA	/MARIA JOSE	: EVARISTO SANTOS
RESPONSAVEL....	: A MESMA	TEL....	: 79-99691.567
PROCEDENCIA....	: ITAPORANGA D'AJUDA-SE		
ATENDIMENTO....	: REVISAO		
CASO POLICIAL..	: NAO	PLANO DE SAUDE.....	: NAO
ACID. TRABALHO:	: NAO	VEIO DE AMBULANCIA:	: NAO
TRAUMA:	NAO		
PA: [X] mmHg	PULSO: []	TEMP.: []	PESO: []
EXAMES COMPLEMENTARES:	[] RAIO X	[] SANGUE	[] URINA [] TC
	[] LIQUOR	[] ECG	[] ULTRASSONOGRAFIA
SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO			
DADOS CLINICOS:		DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___	
ANOTACOES DA ENFERMAGEM:			
DIAGNOSTICO:		CID:	
PRESCRICAO		HORARIO DA 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/RESPONSAVEL		ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO	

HUSE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

Fun
Hos
de**FICHA DE ATENDIMENTO****CLASSIFICACAO DE RISCO - SISTEMA DE MANCHES**

NOME DO PACIENTE (Sem abreviações):

REGISTRO:

IDADE:

ETNIA:

DATA:

DATA DE NASCIMENTO

NOME DA MÃE

HORA:

SITUAÇÃO / QUEIXA:

FLUXOGRAMA:

DISCRIMINADOR:

ALÉRGIAS (MEDICAMENTOS E ALIMENTOS):

CLASSIFICACAO DE RISCO

	VERMELHO	LARANJA	AMARELO	VERDE
	MUITO URGENTE	URGENTE	POUCO URGENTE	NÃO URG
O MIN	10 MIN	60 MIN	120 MIN	240 MIN

OBSERVAÇÃO:

DESTINO / ENCAMINHAMENTO:

ENF.:

COREN:

ASSINATURA:

COORDENADOR:

DATA:

HORA:

RECLASSIFICAÇÃO PARA A PRIORIDADE:

DISCRIMINADOR

ENF.:

COREN:

as h min

CONFIRMADA IDENTIFICAÇÃO COM O PACIENTE / FAE / PULSEIRA? (S/N)

COLOCADA PULSEIRA? (S/N)

EM QUAL MEMBRO? (PULSO E / PULSO D / TORNOZELO E / TORNOZELO D)

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO
Av. Tancredo Neves, S/N - Bairro Capucho, CEP 49080-470. Aracaju - Sergipe. Tel 3216-2600

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Adriana Evaristo Santos

DATA DA ENTRADA: 19/10/2019

DATA DA SAÍDA: 20/10/2019

Em atenção a solicitação da Delegacia de Polícia de Itaporanga D'Ajuda-SE
Ofício nº 425/2019

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.

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente 40 anos, do sexo feminino, vítima de atropelamento por motocicleta, apresentando ferimento corto-contuso em região frontal. Foi submetida a exames complementares e avaliação médica nas especialidades de: neurocirurgia, cirurgia geral e CBMF. Foi realizada sutura do ferimento em região frontal tendo alta hospitalar em 20/10/2019.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Sutura do ferimento em região frontal.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Tomografias de: crânio, coluna total.

Radiografias de: ombro, braço, cotovelo, antebraço, punho e mão esquerda.

Ultrassonografia de abdome (FAST).

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Ramon R. de Oliveira

Dr. Danilo M. Medeiros Sá

Dr. Marcelo Amaral

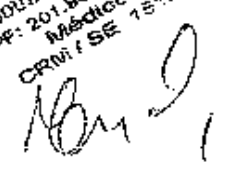
Dr. Bruno W. M. Guedes

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

ARACAJU, 31 de Outubro de 2019

Izac Souza de Mendonça
CPF: 201.951.925 - 81
Médico
CRM / SE 15110


MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO / SAME / HUSE

Izac Souza de Mendonça
CPF: 201.951.925 - 81
Médico
CRM / SE 15110


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.004.058-2 2.VIA DATA DE 27/03/2015
EXPIRAÇÃO

NOME

ADRIANA EVARISTO SANTOS

FILIAÇÃO

MARIA JOSE EVARISTO SANTOS

NATURALIDADE

ITAPORANGA D AJUDA-SE

DATA DE NASCIMENTO

01/08/1979

DOC ORIGEM

CT. NASCIMENTO NR 4738 LV 406 PL 2979

CPF

CART.2 OF.DIST.COM. ITAPORANGA D AJUDA/SE

003.896.015-00

PIS 12674149762 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 28/06/83

CARTERA DE IDENTIDADE

Adriana Evaristo Santos