

# 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: 02/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: JOSE CARLOS DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02186

CONTA: 00000034585-7

---

Nr. da Autenticação 5DA094B567B25B59

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200186949      **Cidade:** Nossa Senhora do Socorro      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE CARLOS DOS SANTOS      **Data do acidente:** 04/02/2020      **Seguradora:** AMERICAN LIFE  
COMPANHIA DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 15/06/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO CALCÂNEO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:** Não

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** (PÁG 1/2)CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DE 18/05/2020 DR. RENATO TEIXEIRA CRM: 1450

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

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

---

Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200186949**      **Vítima: JOSE CARLOS DOS SANTOS**  
**Data do Acidente: 04/02/2020**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE CARLOS 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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **JOSE CARLOS DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000002186**

Conta: **0000034585-7**

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, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 16 de Junho de 2020

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200186949**      **Vítima: JOSE CARLOS DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 04/02/2020**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE CARLOS DOS SANTOS**

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 16/06/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para você

Carta nº 15861898

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
212.869.425-00 José Carlos dos 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: José Carlos dos Santos	6 - CPF: 212.869.425-00		
7 - Profissão: Sem profissão	8 - Endereço: Av. Arual Mangabeira	9 - Número: 642	10 - Complemento:
11 - Bairro: Tareca	12 - Cidade: Nossa Senhora do Socorro	13 - Estado: SE	14 - CEP: 49160-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (39) 998885963		

## 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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 2186 CONTA: 000 34585  (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  (Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 atende 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 quantificação 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:				
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:				
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (viver) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data,

Nossa Senhora do Socorro, 19/03/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
POLÍCIA CIVIL  
5ª DELEGACIA METROPOLITANA - NOSSA SENHORA DO SOCORRO - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 024359/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/03/2020 08:53 Data/Hora Fim: 04/03/2020 09:08  
Origem: Polícia Judiciária Data: 04/03/2020  
Delegado de Polícia: Marcelo Pais Dos Santos

DADOS DA OCORRÊNCIA

Alista: 5ª Delegacia Metropolitana  
Data/Hora do Fato: 04/02/2020 18:00

Local do Fato

Município: Nossa Senhora do Socorro (SE)  
Bairro: Conjunto Marcos Freire I

CEP: 49.160-000

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSE CARLOS DOS SANTOS (COMUNICANTE , ENVOLVIDO )

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 13/08/1975 Idade: 44 anos  
Naturalidade: SE - Aracaju Profissão: Autônomo  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: MARIA DO CARMO SANTOS Nome do Pa: JOAO DOS SANTOS

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 712.869.425-00  
RG - Carteira de Identidade: 1186878

Endereço

Município: Aracaju - SE  
Logradouro: AVENIDA AREIAL MANGABEIRA N°: 642  
Complemento: CASA  
Bairro: MARCOS FREIRE I CEP: 49.160-000  
Telefone: (79) 99677-1695 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (ENVOLVIDO )

Nacionalidade: Brasileira Idade:

Endereço

Município: Nossa Senhora do Socorro - SE

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário: 712.869.425-00	Placa IAJ1061
Renavam: 00195662245	Número do Motor JC41E2A058743
Número do Chassi: 9C2JC4120AR058743	Ano/Modelo Fabricação: 2010/2010



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
PÓLICIA CIVIL  
5ª DELEGACIA METROPOLITANA - NOSSA SENHORA DO SOCORRO - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 024359/2020

Cor PRETA  
Município Veículo Aracaju  
Modelo HONDA/CG 125 FAN ES  
Quantidade 1 Unidade  
Última Atualização Denatran 09/03/2015  
UF Veículo Sergipe  
Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN ES  
Veículo Adulterado? Não  
Situação Envolvido  
Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
JOSE CARLOS DOS SANTOS	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

QUE O COMUNICANTE RELATA TER SE ENVOLVIDO EM UM ACIDENTE ENTRE VEÍCULOS, QUE DISSE QUE ESTAVA VOLTANDO DO TRABALHO, CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA DE PLACA IAJ-1061, QUANDO JÁ NA PONTE DO MARCOS FREIRE, UM AUTOMÓVEL COLIDIU EM ALTA VELOCIDADE NA TRASEIRA DA MOTO, A QUAL O COMUNICANTE ESTAVA; QUE O COMUNICANTE RELATA QUE FICOU DESACORDADO, APÓS A COLISÃO, QUE FOI LEVADO POR POPULARES PARA O HOSPITAL NESTOR PIVA, APRESENTANDO LESÕES, INCLUSIVE UMA FRATURA EXPOSTA NO SEU MEMBRO INFERIOR; QUE FICOU 3 DIAS HOSPITALIZADO NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE, QUE NÃO SABE IDENTIFICAR O VEÍCULO QUE CAUSOU O ACIDENTE, POIS O MOTORISTA SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO; QUE ATÉ O PRESENTE MOMENTO, AINDA SE RECUPERA DO ACIDENTE; QUE A VITIMA COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA INFORMAR O FATO DO ACIDENTE E REGISTRAR A OCORRÊNCIA COM FITO EM ACIONAR O SEGURO DPVAT; SOLICITA PROVIDÊNCIAS.

ASSINATURAS

Alisson Oliveira D'Avila  
Responsável pelo Atendimento

JOSE CARLOS DOS SANTOS  
(Envolvido / Comunicante)

\*Declaro, para os devidos fins de efeitos que sou (só) o(a) responsável pelas informações acima assentadas e declaro que informo respeitosamente à autoridade policial que a mesma é feita com base em fatos reais e que não existem intenções de enganar, conforme previsto no Artigo 319-Da Lei de Crimes contra a Ordem Pública, ou no Artigo 319-Da Lei de Crimes contra a Ordem Pública.





Prefeitura Municipal de Aracaju

C.N.P.J.: 13.128.780/0008-78

FAT: 3 Data: 04/02/2020 H. de Recepção: 20:19:22 H. de Triagem:

H. de Atendimento: 20:42:02

**Nome do Paciente: 996639418 - JOSE CARLOS DOS SANTOS**

Nasc.: 13/08/1975 Idade: 44 Anos, 5 Meses e 22 Dias

Sexo: M CNS: 704.2042.2666.8389

Nome da Mãe: MARIA DO CARMO SANTOS

Endereço: AV AREIAL MANGABEIRA, SN

Bairro/Distr.: CONJ JOAO ALVES

Município: 280480 - NOSSA SENHORA DO SOCORRO - SE

CEP: 49.160-000

Profissional Triagem: 12855 - LOURIVAL DUARTE DE ALMEIDA JUNIOR

Pressão (mmHg): Temperatura (°C): Peso (Kg): Altura (cm):

Pulsação Arterial: /min Cintura: 0 cm P. Cefálico: 0 cm Sat. O2 %: 0

Freq. Respiratória: 0 /min Quadril: 0 /min Glicemia: 0 mg/dl

Classificação de Risco: AMARELO Setor: ATENDIMENTO CIRÚRGICO

Just. do Atendimento:

Anamnese/Histórico da Doença Atual:

Lesão de moto

Exame Físico:

Ferimento lacerado no calcâner esquerdo

CID Principal: S913

Saída do Atendimento: 22 - ENCAMINHADO P/ OUTRA ESPECIALIDADE NO MESMO ESTABELECIMENTO

Dr. Lourival Duarte A. Jr.

CRM: 1851-SE

12855 - LOURIVAL DUARTE DE ALMEIDA JUNIOR

JOSE CARLOS DOS SANTOS

MEDICO CIRURGICO GERAL - CRM: 1851 - SE

Paciente

Int. + S.A.I.A  
PCT + CFT INI as AUS ENT DE MUN

SEM T. NORMAIS CONTR-CONT-CONT-CONT-CONT-CONT PT 1

S. + L. E X E R C I C I O S CAL ①

- CINTURA 5.000 3:00

- F. LATERAL 22 00

② ACAO DE MOVIMENTO 22 00

- MOBIL MOVIMENTO 22 00 00

- PELVICO 100 00 00 00

- CERVICO 20 00

- INFERIOR 20 00 00

VALVULAS

Gilson  
1000  
1000

HOSPITAL DR. NESTOR PIVA

Orientações

JOSE CARLOS DOS SANTOS  
Nascimento: 13/08/1975  
C.N.S.: 704.2042.2666.8389

Detalhamento:

encaminhado ao serviço de ortopedia, paciente sofreu lesão no calcâncar e a seguir segue radiografia

Fundo Municipal de Saúde de Aracaju, 04 de Fevereiro de 2020.

Dr. Lourival Duarte A. Jr.

~~MEDICO 1851/SE~~

LOURIVAL DUARTE DE ALMEIDA JUNIOR  
MEDICO CIRURGIAO GERAL  
CRM: 1851/SE

GUIA DE TRANSFERÊNCIA INTER HOSPITALAR 2ª. Via - Nestor Piva

DATA - 07-02-20

HORA 21:00

PACIENTE (CINCO) 10) 15000

ORIGEM Unidade Municipal de Pronto Atendimento Dr. Nestor Piva

IDADE

ANOS \_\_\_\_\_ MESES \_\_\_\_\_

SEXO

( ) Masculino ( ) Feminino

TIPOSSAÇÃO DIAGNÓSTICA

FMI UM F47-102 SABORES (F) / FEBRE - 38,0 (F)

DESTINO

HUFE.

LX 3: 120 (F)

NOME DO CONTATO NO HOSPITAL DESTINO

MOTIVO

Transferir no Ceará

TÍPO DE TRANSPORTE

TIPO A ( )

USB ( )

USA ( )

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Piora ultima 10ascende de mês em

mais cont. com 10 dias (F)

CONDUTAS REALIZADAS (Medicamentos / Sondagens / Exames etc.)

Proteínas / Nef. ds 2,0 ml

Oligoionas / Nef. ds 2,0 ml

CETAMOL 2g (F)

Betafer 1000 mg 21:30 800 (F)

NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

DATA

Assinatura do Médico solicitante

Dr. Gibson Teixeira  
Interno de Medicina  
nº 3543

04/02/20



Centro Médico  
do Trabalhador

## PROCESSO DE ENFERMAGEM

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE

NAME:	João Carlos dos Santos		
IDADE:	UNIDADE:	LEITO:	
DATA:	/ /	HORA:	
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:			
GRAU DE DEPENDÊNCIA (ESCALA DE FUGULIN):			

## **SINAIS VITAIS E OUTROS**

**ESCALE NUMÉRICA DA DOR (0 a 5) 0 = Ausência de Dor; 1 = Dor Leve; 2 = Dor Moderada; 3 a 4 = Dor Intensa; 5 = Dor Insuportável.**

DATA	HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
04/03	20:57	Paciente deu entrada nessa unidade vítima de "tremor". SIC, entre carro e moto, apresentou frisonho lacrimante de um reflexo do cálculo. aguardando exame de Raizel para maiores conclusões. — <i>Fernanda Maria Almeida Rodrigues</i> <i>COREN-SE 550173 - Enfermagem</i>
21:13		Paciente após raios x encaminhado para ortopedista. —
21:40		Avisado p/ Dr. Gilson que encaminhou p/ Huse + radiologos. ultiplicado com Diprofene + Propanid #3 Kiffin 2g EV. conforme prescrito. Rx Guillermo 1086857

NOME DO PACIENTE: JOSÉ CALLOS DOS SANTOS

DATA DA ENTRADA: 09/02/2010

DATA DA SAÍDA: 07/02/2010

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 ( ) UTI ( )

HISTÓRICO CLÍNICO:

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, PRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DO CALCÁRIO ESQUERDO, INTERNADO, FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO CALCÁRIO ESQUERDO, FEITO ACTA HOSPITALAR EM 09-02-2010.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Foi SUBMETIDO A TRATAMENTO DE FRATURA EXPOSTA DE CALCÁRIO ESQUERDO SOB ANESTESIA RAQUÍDICA.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Radiografia do PE - ESQUERDO

MÉDICOS ASSISTENTES:

DR. Mário de Fátima Neves

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

ARACAJU, 17 de Fevereiro de 2010

Irac Souza de Mendonça  
CRM: 201.961.025 - 91  
Médico  
CRM / SE 1518

Irac Souza de Mendonça  
CRM: 201.961.025 - 91  
Médico  
CRM / SE 1518

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

Irac Souza de Mendonça  
CRM: 201.961.025 - 91  
Médico  
CRM / SE 1518

Marc