

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: 000000034585-7

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

Valoração 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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

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, 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, 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



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:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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\$1.00 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. 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: 000 345 85 7

AGÊNCIA: CONTA:

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.

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 Líder 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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 (a) (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 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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 08:08
Origem: Polícia Judiciária Data: 04/03/2020
Delegado de Polícia: Marcelo Pais Dos Santos

DADOS DA OCORRÊNCIA

Ateto: 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 Pai: 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 Nº: 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
Numero do Chassi: 9C2JC4120AR058743	Ano/Modelo Fabricação: 2010/2010



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

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 024359/2020

Cor PRETA	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Aracaju	Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN ES
Modelo HONDA/CG 125 FAN ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 09/03/2015	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 VÍTIMA 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'Ávila
Responsável pelo Atendimento


JOSE CARLOS DOS SANTOS
(Envolvido / Comunicante)

*Declaram, para os devidos fins, os dados que são (são) únicos(a) responsável(ais) pelas informações acima assentadas e, ainda, que podem responder por elas e serem processados pelo sistema de registro de ocorrência, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

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:

712.869.325-00

4 - Nome completo da vítima:

João 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:

João Carlos dos Santos

6 - CPF:

712.869.325-00

7 - Profissão:

sem profissão

8 - Endereço:

Av. Arual Mangabeira

9 - Número:

042

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Taipua

12 - Cidade:

Nova Senhora do Socorro

13 - Estado:

SE

14 - CEP:

49.160-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(79) 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:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 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. Assinale uma opção)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0186

CONTA:

000 345 85

7

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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.

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 Líder 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:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ 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 (a) 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 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.

34

Impressão digital ou vitimizada
sem o uso de
não alfabetizado

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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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):

Pulsção 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

Sector: ATENDIMENTO CIRÚRGICO

Just. do Atendimento:

Anamnese/Histórico da Doença Atual:

queda de moto

Exame Físico:

ferimento lacerado no calcanhar esquerdo

CID Principal: S913

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

Dr. Lourival Duarte A. Jr.
MÉDICO 1851-SE

12855 - LOURIVAL DUARTE DE ALMEIDA JUNIOR
MÉDICO CIRURGIÃO GERAL - CRM: 1851 - SE

JOSE CARLOS DOS SANTOS
Paciente

DATA: 04/02/2020

PCT + CFTIMA M AUMENTO DE MODO

COM T.M.C.M. CONT-CONTINUAÇÃO NA PR

R + L F x EX FIB CILINDRO B

- LUTAR 5.000/100 3:00 AM

- F.LUTAR 2:00 AM

(C) 2.000/100 2:00 AM

- 2.000/100 2:00 AM

- 2.000/100 2:00 AM

- 2.000/100 2:00 AM

- 2.000/100 2:00 AM

- 2.000/100 2:00 AM

2.000/100

Dr. Gilson F. de S.
MÉDICO 1851-SE

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 calcanhar esquerdo 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

04-02-20

HORA 21:00

PACIENTE CARLOS NOBES (ANT)

ORIGEM Unidade Municipal de Pronto Atendimento Dr. Nestor Piva

IDADE ANOS MESES

SEXO
() Masculino () Feminino

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

F.M.A. UN. Ex-102 Coluna (E) / FL 6-102 - PDD

DESTINO

LIUSE

LX 3: PDD (E)

NOME DO CONTATO NO HOSPITAL DESTINO

MOTIVO

Transferência de cuidados

Tipo de Transporte

TIPO A ()

USB ()

USA ()

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Pte. Última de acidente de trânsito em

Aracaju, com lesão na coluna (E)

CONDUTAS REALIZADAS (Medicações / Sondagens / Drenagens, etc.)

Procedimento realizado no 21/02/20
Diagnóstico: Fratura da coluna
Tratamento: 24 h

NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

DATA

Assinatura do Médico solicitante

Dr. Gilson Teixeira
C.R.C. 3543

04/02/20



Centro Médico
do Trabalhador

PROCESSO DE ENFERMAGEM

ESTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM - SAE

NOME: José Carlos dos Santos

IDADE: _____ UNIDADE: _____

DATA: 1 / 1 HORA: _____

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: _____

GRAU DE DEPENDÊNCIA (ESCALA DE FUGULIN): _____

SINAIS VITAIS E OUTROS

escala Numérica da Dor (0 a 5) 0 = Ausência de Dor; 1 = Dor Leve; 2 = Dor Moderada; 3 e 4 = Dor Intensa; 5 = Dor Insuportável.

DATA	HORA	Pressão Arterial mmHg	F. R lpm	Pulso bpm	Tempera- tura (°C)	SPO2 (%)	Glicemia mg / dl	Dor 0 a 5	Diurese + / - Ou (ml)	Elimin. Fecal (+ / -)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

04/02 20:57 Paciente deu entrada nesta unidade vítima de "torção" STC, entre carro e moto, apresentou ferimento lacera-
te em região do calcâneo, apresentando sinais de Parest.
para membros inferiores.

Fernanda Maria Almeida Rodrigues
COREN-SE 550173 - ENF

21:13 Paciente após raio x encaminhado para ortopedia.

21:40 Atendido pelo Dr. Gilson, que encaminhou
para HUDE + radiol. + medicações.

Fernanda Maria Almeida Rodrigues
COREN-SE 550173 - ENF

medicado com Diprospan + Propanolol # 200
Keflin 2g EV. conforme prescrito.
Ficou internado 1086897

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: JOSE CARLOS DOS SANTOS

DATA DA ENTRADA: 07/02/2020

DATA DA SAÍDA: 07/02/2020

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 APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DE CALCÂNEO ESQUERDO, INTERNADO, FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO CALCÂNEO ESQUERDO, SENDO ALTA HOSPITALAR EM 07-02-2020.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO DE FRATURA EXPOSTA DE CALCÂNEO ESQUERDO SOB ANESTESIA RAQUIDEA.

EXAMES COMPLEMENTARES:

RADIOGRAFIAS DO PR- ESQUERDO

MÉDICOS ASSISTENTES:

DR. MARCIO CEFALINAS MUES

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

ARACAJU, 17 de FEVEREIRO de 2020

Leoc. Souza de Mendonça
CPF: 201.961.825-91
Médico
CRM / SE 1518

Leoc. Souza de Mendonça
MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

Leoc. Souza de Mendonça
CPF: 201.961.825-91
Médico
CRM / SE 1518

Marcio