

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: 27/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ILTON SANTOS MELO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03303

CONTA: 000000041614-0

Nr. da Autenticação 2F62B2FD58D902EA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190701712 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ILTON SANTOS MELO **Data do acidente:** 28/08/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO EXPOSTA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO (GALEAZZI).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG. 1/8/9/10 _CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

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

Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190701712 **Vítima: JOSE ILTON SANTOS MELO**

Data do Acidente: 28/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE ILTON SANTOS MELO

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 dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOSE ILTON SANTOS MELO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003303

Conta: 0000041614-0

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.

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 ASI: **574.023.105-15** 3 - CPF da vítima: **574.023.105-15** 4 - Nome completo da vítima: **Jose Itam Santos milo**

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

5 - Nome completo: Jose Itam Santos milo	6 - CPF: 574.023.105-15		
7 - Profissão: Isivader	8 - Endereço: Rov Saco Bronde	9 - Número: 511	10 - Complemento: seas
11 - Bairro: Zona rural	12 - Cidade: Rumbu	13 - Estado: SC	14 - CEP: 49.660-000
15 - E-mail: marcesduferia@gmail.com		16 - Tel. (DDD): 49.99189207	

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 checked="" 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 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)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: 3303 CONTA: 41614 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)
	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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: <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 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não nascer (nascos)?	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve irmãos?	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não pais/avós vivos?	34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
--	--	---	--	--	---	--

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.

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 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
--	---	--	---

38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
---	---

39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha	40 - Local e Data: 09/12/19 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
---	--

40 - Local e Data: 09/12/19 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	41 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	---



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 128761/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 05/12/2019 11:06 Data/Hora Fim: 05/12/2019 11:32
Delegado de Polícia: Fabio Santos Santana

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Distrital de Cumbe

Data/Hora do Fato: 28/08/2019 15:40

Local do Fato

Município: Cumbe (SE)

Bairro: Povoado

Logradouro: povoado saco grande

CEP: 49.660-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSE ILTON SANTOS MELO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Cumbe Sexo: Masculino Nasc: 29/11/1970

Profissão: Agricultor

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Joselita Pereira Santos Melo

Nome do Pai: Jose Alves de Melo

Endereço

Em Situação de Rua: Sim

Município: Cumbe - SE

Logradouro: povoado Saco Grande

CEP: 49.660-000

Telefone: (79) 99836-5764 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Descrição PAS/AUTOMÓVEL	CPF/CNPJ do Proprietário 189.731.755-72
Placa MUV0511	Renavam 729750990
Número do Chassi 9BD158018Y4095508	Ano/Modelo Fabricação 1999/2000
Cor BRANCA	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Propriá	Marca/Modelo FIAT/UNO MILLE EX
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Jose Ilton Santos Melo	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

NARRA o noticiante que guiava pela estrada que liga o Povoado Saco Grande a cidade de Cumbe, o veículo acima descrito



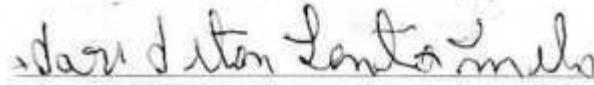
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

tendo como proprietário o JERÔNIMO DE LEMOS DANTAS, quando perdeu o controle em uma curva, vindo a capotar; Que devido ao capotamento sofreu fraturas exposta no antebraço esquerdo sendo socorrido em um ambulância do município e conduzido ao Hospital de Nossa Senhora da Glória, e em seguida transferido ao HUSe ARACAJU onde permaneceu internado por (19) dezenove dias. É o relato.

ASSINATURAS


José Roberto de Melo Santos

Cleber Martins da Silva,
Matrícula 30614
Márcia de Policia
Matrícula 4712882
Responsável pelo Atendimento


Jose Ilton Santos Melo

(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderé responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."







RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: JOSE ILTON SANTOS MELO

DATA DA ENTRADA: 21/09/2019

DATA DA SAÍDA: 16/09/2019

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 () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

PACIENTE APRESENTA DO FRATURA NO ANTERIOR ESQUERDO VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA INTERNADO, FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA EXPOSTA GALEAZZI A ESQUERDA MARS FRAGMENTO, COM BOM RESULTADO ALTA HOSPITALAR EM 16/09/2019.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA EXPOSTA NO ANTERIOR ESQUERDO, RAÍZ OSSÍA COM PLACAS E PARAFUSOS, SOB BLOQUEIO DO PLEXO BRAQUIO.

EXAMES COMPLEMENTARES:

RADIOGRAFIA DE ANTERIOR ESQUERDO, HEMOGLOBINA, UREA, CREATININA, GLICEROL

MÉDICOS ASSISTENTES:

DR. DÉSIRÉ CANHAC DUARTE

DR. RAFAELA VIEIRAS DANTAS (FISIOTERAPISTA)

DR. MARCIO M. ROCHA

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

ARACAJU, 23 de SETEMBRO de 2019

Dr. Izac Souza de Mendonça
Médico
CRM/SE 101.491-022-21
Médico de Família

Dr. Izac Souza de Mendonça
CRM/SE 101.491-022-21
Médico de Família

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 44031 DATA: 28/08/2019 HORA: 22:25 USUARIO: ACSSANTOS
 CNS: 700803185805484 SETOR: 05-ORTOPEDIA

3
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE ILTON SANTOS MELO DOC...: 1071968
 IDADE.....: 48 ANOS NASC: 29/11/1970 SEXO...: MASCULINO
 ENDERECHO....: POV. SACO GRANDE NUMERO:
 COMPLEMENTO....: BAIRRO: ZONA RURAL
 MUNICIPIO....: CUMBE UF: SE CEP...: 49660-000
 NOME PAI/MAE.: JOSE ALVES DE MELO /JOSELITA PEREIRA SANTOS MELO
 RESPONSABEL...: PAI TEL...: 99836-5764
 PROCEDENCIA...: CUMBI
 ATENDIMENTO....: FRATURA
 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: ___/___/___

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Fractura F - AP + P
Femur extremo ext
osteite F cons
extremo ext

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/RESPONSABEL

ASSINATURA E CARIMBO

Jose Alves Melo
22/08/2019
22/08/2019

SPT IM
 Kefzol IV 24:30

DR. MÁRCIO
 Ortopedico Medicaco
 Ortopedico da Capital
 CRM-SE 39226
 COT 10723

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM

HOSPITAL REGIONAL GOV. JOÃO ALVES FILHO - N. S^{RA} DA GLÓRIA/SE

UNIDADE PARA REFERÊNCIA

Hospital HUGO - Sauer - D1 - Elton Cipriano

ENDEREÇO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA

ESTAMOS ENCAMINHANDO O PACIENTE

Jail de Souza Melo

SEXO M NASCIDO EM 48 anos MATRÍCULA _____

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

MOTIVO DA CONSULTA / IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS OU PROBLEMAS IDENTIFICADOS

*Pará apto. Alentejo para devolver
em. Fazem exame de Automa de fundo.
CEP 55000-000 ED
Vitória - Capela ED no São
Tomé da Caxia Capela ED no São
São Paulo 10000 ED*

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

Nx de exames

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Valores e medida de admissão

Jorge Luiz Gonzaga Amorim

Clinica Médica
CRM-SE 3624

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

DATA DO ENCAMINHAMENTO

01/07/2009



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: Isai Hélio Soárez Ferreira

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

CIRURGIA REALIZADA: Frot. Articular - Humerio

CIRURGIÃO: Denis Cabral

AUXILIARES: Just. Fernando

ANESTESIA: ANESTESISTA

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

DESCRICAÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. Paciente em DPN com hérnia e redoma
2. A + A + limpos estéril
3. Via de Acervos Vagos (pequis estéril aberto)
4. + direção por placa
5. RAFi c/ placas DCP de 3.5mm e parafusos
6. Rx de controle
7. Fechamento por sfores + Sutura pelo
cicatriz

DATA: 14/09/19

Dr. Denis Cabral Duarte
CRM - 4163 - TEDT 12353
Ortopedia e Traumatologia

Assinatura do Cirurgião



ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA		SIM	NAO	NA
Dados pessoais confirmados com o paciente+equipe+prontuário+pulseira		2		
Procedimento/sítio cirúrgico confirmado com paciente+equipe+prontuário+exames		2		
Termo de consentimento assinado		2		
Verificado funcionamento do equipamento anestésico		2		
Alergias conhecidas: _____		2		
Via aérea difícil e/ou risco de broncoaspiração Se SIM, os materiais devem estar disponíveis em sala		2		
Avaliado risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/kg em crianças) Se SIM, paciente deve ter 2 AVP calibrosos puncionados ou CVC e fluido previsto em sala		2		
ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA		SIM	NAO	NA
Todos os membros da equipe se apresentam informando nome e função		2		
Equipe confirma nome do paciente, local da cirurgia e procedimento		2		
Imagens essenciais disponíveis na sala operatória		2		
Antibioticoprofilaxia administrada nos últimos 60min.		2		
Materiais e implantes no prazo de validade		2		
ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÃO		SIM	NAO	NA
Contagem de instrumentais, compressas e agulhas estão corretas		2		
Biópsia identificada com: Nome completo, data de nascimento, nº do prontuário, cirurgião e data do procedimento. Nº de amostras _____		2		
Identificados problemas com equipamentos durante o procedimento		2		
Recomendações especiais para o pós operatório		2		
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM				
RA	REGISTRO	ASSINATURA		
	Este anúncio não se aplica ao procedimento de _____			
	orientações e orientações de _____			
	procedimento cirúrgico e as medidas de segurança médica	2		
	anvisa de anestesia bloqueio flexo e recurso para:	2		
	anvisa do procedimento	2		
	este no trans-operatório em um monte cardíaco	2		
	toxinas de pulso nega ser visível de seu	2		
	desenvolvimento de procedimento	2		
	desenvolvimento da anestesia	2		
	este no peri-operatório de interconexão	2		
	este em p. SRA	2		

FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO

NUMERO DA FICHA	DATA		28/8/2019	HORA	15:40
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			RECEPCIONISTA		KATIA
NOME: JOSE ILTON SANTOS MELO		NASC:	1/1/1971		RG: X
CARTAO SUS: X		IDADE:	48	SEXO: X	MASC - FEM
ENDEREÇO: Povoado Saco Grande		Nº	X	BAIRRO: ZONA RURAL	
MUNICIPIO: CUMBE		UF:	SE	CEP:	49630-000
MÃE: JOSELITA PEREIRA SANTOS		PAI:		JOSE ALVES MELO	
RESPONSÁVEL:		TEL:		0	
PROCEDÊNCIA:		QUEIXA:		ACIDENTE CARRO	
TIPO ATEND:	<input checked="" type="checkbox"/> 0 URGÊNCIA / EMERGÊNCIA	<input checked="" type="checkbox"/> X CL. MÉDICA	<input type="checkbox"/> - PEDIATRIA	<input type="checkbox"/> - OBSTETRICIA	
CASO POLICIAL	<input type="checkbox"/>	ACIDENT. TRAB <input type="checkbox"/>	TRAUMA <input type="checkbox"/>	VEIO DE AMBULANCIA <input type="checkbox"/>	
EXAMES COMPLEMENTARES:	<input type="checkbox"/> RAIO - X	<input type="checkbox"/> SANGUE	<input type="checkbox"/> URINA		
	<input type="checkbox"/> LIQUOR	<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> TC		
SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS:		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM:			USO DE MEDICAÇÃO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NAO		
			QUAIS:		

DADOS CLÍNICOS Paciente vítima de trauma há cerca de 10 min. **DATA PRIMEIROS SINTOMAS** (Acidente automobilist. Neoga perda de consciência, náuseas ou vômitos. ABCD) Sem alterações. E: Fatura exposta em MSE.

DIAGNÓSTICO: Trauma	CID:	
PRESCRIÇÃO		HORÁRIO DA MEDICAÇÃO
1. Profenid 100mg + 100 ml de SF 0,9% , ZU, Agora		
2. Diclofona 01 Amp, ZU, Agora		
3. Diclofona 01 Amp, EU, Agora (Sem EFEITO)		
4. Tramadol 100mg + 200 ml de SF 0,9% , EU, Agora		
5. SORVETE RADIOTRAGRAFIA DE MOLHO E PUNHO E AP e PERFIL		

HORA DA SAÍDA 20:30h

ALTA DECISÃO MÉDICA A PEDIDO EVASÃO DESISTÊNCIA

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR): São Paulo - S. M. G.

TRANSFERÊNCIA (UNIDADE DE SAÚDE): Centro de Saúde

OBITO: ATE 48 HS APOS 48HS HORA DO OBITO: 10:00

Carretera a Chimalhuacán, 100, Col. Centro, 52000 Tlalnepantla de Baz, Estado de México, México. Tel. (524) 222-1234. Correo electrónico: correo@correo.tlalnepantla.gob.mx

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

11. *Leucosia* *lutea* *var.* *lutea* - *Saxatilis* - *Crassula* - *lutea*

Digitized by srujanika@gmail.com