



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

1ª VARA CÍVEL DE SÃO CRISTÓVÃO DA COMARCA DE SÃO CRISTÓVÃO
Largo Joel Fontes Costa, Bairro Centro, São Cristóvão/SE, CEP 49100000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202083000931	Distribuição: 28/08/2020
Número Único: 0001505-36.2020.8.25.0072	Competência: 1ª Vara Cível de São Cristóvão
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

Assuntos

- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

Dados das Partes

Requerente: JOSÉ FRANCISCO CONCEIÇÃO SANTOS
Endereço: RUA MANOEL OLIVEIRA SANTOS
Complemento:
Bairro: ALTO DA DIVINÉIA
Cidade: SAO CRISTOVAO - Estado: SE - CEP: 49100000
Requerente: Advogado(a): JHONS CARLOS SOUZA NETO 1803/SE
Requerido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.
Endereço: Rua Senador Dantas
Complemento: 5º ANDAR
Bairro: CENTRO
Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20010000
Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

1ª VARA CÍVEL DE SÃO CRISTÓVÃO DA COMARCA DE SÃO CRISTÓVÃO
Largo Joel Fontes Costa, Bairro Centro, São Cristóvão/SE, CEP 49100000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apensados:

--

Processos Dependentes:

--



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

1ª VARA CÍVEL DE SÃO CRISTÓVÃO DA COMARCA DE SÃO CRISTÓVÃO
Largo Joel Fontes Costa, Bairro Centro, São Cristóvão/SE, CEP 49100000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202083000931

DATA:

12/01/2021

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20210107194602115 às 19:46 em 07/01/2021.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180235917 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FRANCISCO CONCEICAO SANTOS **Data do acidente:** 11/07/2017 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO (LESÃO CORTO CONTUSA EM COURO CABELUDO)
CONTUSÃO EM MÃO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES. QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM do médico: 52.90233-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



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: 06/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 90,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE FRANCISCO CONCEICAO SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02998

CONTA: 000000012030-2

Nr. da Autenticação 59E2DF3AE2967BC8

DADOS DO SINISTRO**Número:** 3180235905**Data do acidente:** 11/07/2017**Vítima:** JOSE FRANCISCO CONCEICAO SANTOS**Atendimento:** HOSPITAL**Cidade:** Aracaju**UF:** SE**Análise:** Primeira Análise**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA
S/A**Data:** 04/06/2018 17:37:03**DADOS DO PARECER****Diagnóstico:** TRAUM DE MUSCULO E TENDAO NIVEL PUNHO E MAO TRAUM MUSC
EXTENS TEND POLEGAR NIV PUNHO MAO -**Internação:** Não**Tratamento:** CONSERVADOR CLINICO**Tratamento Odontológico:** Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos	1.01.01.01-2	EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PRE ESTABELECIDO)	90,00	90,00
Total da Análise Atual			90,00	90,00

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

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: JOSE FRANCISCO CONCEICAO SANTOS Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	90,00	90,00	90,00
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	90,00	90,00	90,00

TOTAL PLEITEADO: 90,00**TOTAL AVALIADO:** 90,00**TOTAL PAGO + À PAGAR:** 90,00**INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA**

Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2018

Carta nº: 12950990

A/C: JOSE FRANCISCO CONCEICAO SANTOS

Nº Sinistro: 3180235905
Vitima: JOSE FRANCISCO CONCEICAO SANTOS
Data do Acidente: 11/07/2017
Cobertura: DAMS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE FRANCISCO CONCEICAO SANTOS

Valor: R\$ 90,00

Banco: 104

Agência: 000002998

Conta: 0000012030-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

018429518

CPF da Vítima

003.355.398-07

Nome completo da vítima

Jose Francisco Conceição Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Jose Francisco Conceição Santos		CPF titular da conta 003.355.398-07	Profissão sem profissão
Endereço Rua Manoel Oliveira Santos		Número 422	Complemento
Bairro Divinópolis	Cidade São Cristóvão	Estado Sergipe	CEP 49.100-000
Email			Telefone (DDD) (79) 30237644

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☒ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo, Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO. 2938

D/V

CONTA

NRO. 00012030

D/V

2

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

São Cristóvão SE, 10 de maio de 2018

Local e Data

Jose Francisco Conceição Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000456/2017

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 18/09/2017 09:45

Data/Hora Fim: 18/09/2017 10:13

Delegado de Polícia: Daniela Ramos Lima Barreto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Ateto: Delegacia Especial de Delitos de Trânsito

Data/Hora do Fato: 11/07/2017 07:40

Local do Fato

Município: Aracaju

Logradouro: Avenida Presidente Tancredo Neves

CEP: 49.095-000

Ponto de Referência: EM FRENTE A FARMÁCIA PAGUE MENOS

Tipo do Local: Via Pública

Bairro: Jardim

SHISLEY
CORRETORA

27 MAIO 2017

DPVAT/SE

Natureza	Meio(s) Empregado(s)	Lei Maria da Penha
1223: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. Veículo 303 - Caput - da LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)		Não

ENVOLVIDO(S)

Nome: (DESCONHECIDO 1) (SUSPEITO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Aracaju - SE

Nome: JOSÉ FRANCISCO CONCEIÇÃO SANTOS (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: Itaporanga d'Água

Sexo: Masculino

Nasc: 16/03/1957

Profissão: Encarregado

Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto

Estado Civil: Casado(a)

Raça/Cor: Branca

Nome da mãe: Maria José da Conceição

Nome do Pai: José Dos Santos

Endereço

Município: São Cristóvão - SE

Logradouro: RUA MANOEL OLIVEIRA SANTOS

Nº: 422

Bairro: BAIRRO ALTO DA DIVINIA

CEP: 49.100-000

Telefone: (79) 99885-1599 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhonete
Placa: QK26076	Numero do Chassi: 9BWAG45U0HP114818
Ano/Modelo Fabricação: 2017/2017	Cor: BRANCA
UF Veículo: Sergipe	Município Veículo: São Cristóvão
Marca/Modelo: VW/NOVO GOL TL MCV	Modelo: VW/NOVO GOL TL MCV
Veículo Adulterado?: Não	Quantidade: 1 Unidade
Situação: Envolvido	
Nome Envolvido: (DESCONHECIDO 1)	Envolvimentos: Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Relata a vítima que foi atropelada no local, dia e horário acima mencionados, pelo veículo acima citado, licenciado em nome de HENRIQUE E MARQUES LOC. LTDA. Que com o impacto a vítima caiu na pista de rolamento e sofreu traumatismo craniano, cortes na cabeça, na boca, na orelha direita, no nariz, no queixo e na mão esquerda e uma pancada na perna esquerda. Que foi atendido pelo SAMU e levado para o HUSE, onde ficou internado por seis dias, sendo quatro na ala vermelha e dois na enfermaria. Que após provocar o acidente o condutor foi embora e deixou no local uma mulher por nome de NAIRA, que forneceu o numero TELEFONE 3253-1085. Por fim, nesse ato manifesta o desinteresse de representar criminalmente contra o autor dos fatos aguardando o prazo decadencial.

ASSINATURAS



Delegado de Polícia Civil Daniela Ramos Lima Barreto
Impresso por: Roberto Rodrigues Bernardino
Data de Impressão: 18/09/2017 10:14
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Roberval Rodrigues Bernardino
Responsável pelo Atendimento

José Francisco Conceição Santos
Vilma

Vítima

"Comento que os policiais não se preocuparam com as vítimas e responsáveis pelos fatos ocorridos antes das tentativas de morte que poderiam responder com o cometimento pela presente declaração que dou aqui em confirmação por meio dos artigos 189 do Código Penal Brasileiro e 189 do Código Penal Federal do Brasil da Lei de Contrabando de Drogas (Lei nº 367/65)";





ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SUPERINTENDÊNCIA MUNICIPAL DE TRANSPORTES E TRÂNSITO
DIRETORIA DE TRÂNSITO



ATESTADO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 309

Aracaju/SE,

04 de agosto de 2017

Atestamos para os devidos fins, que a Superintendência Municipal de Transportes e Trânsito – SMTT, recebeu através de sua Central de Inteligência de Transportes e Trânsito a informação sobre um(a) **ATROPELAMENTO**, ocorrido no dia 11 de julho de 2017 às **07h48m**, na Av. Presidente Tancredo Neves, em frente a churrascaria Pampa, envolvendo o veículo de placa **QKZ-6076**, condutor **JOSÉ RODRIGUES SANTOS FILHO**, e a vítima do atropelamento, o Sr. **JOSÉ FRANCISCO CONCEIÇÃO SANTOS**. Estas informações encontram-se arquivadas na Diretoria de Trânsito da SMTT Aju.

OBS. A CPTRAN foi acionada pelo Agente de Trânsito, protocolo 425618.

P/C
ALEXANDRE CARDOSO SILVA – CAP/QOPM
Coordenador de Trânsito - SMTT/AJU

HELOISA de Rezende Alves
Supervisor de Trânsito da SMTT/AJU
Matrícula 501.308

SMTT – DIRETORIA DE TRÂNSITO
Av. Murilo Dantas, nº 881 – Galeria Farol Center - Farolândia - Aracaju/SE
Fone: (079) 3179-1460

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: 06/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 90,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE FRANCISCO CONCEICAO SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02998

CONTA: 000000012030-2

Nr. da Autenticação 59E2DF3AE2967BC8

**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU**

Secretaria Municipal da Fazenda - SEMFAZ

Administração Tributária - Praça General Valadão, Nº 341 - Centro - CEP 49.010-520 - Aracaju/SE Telefone: (79) 3214-9080

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Emissão (Horário de Brasília)

10/05/2018 06:44:50

Reg. Especial Tributação

Nenhum

Período de Competência

05/2018

Exigibilidade do ISS

Exigível em Aracaju

Município de Prestação do Serviço

Aracaju - SE**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Razão Social

LACLISE LABORATORIO CLINICO SERGIPANO LTDA

Nome Fantasia

LACLISE LABORATORIO CLINICO SERGIPANO LTDA

CPF/CNPJ

13.075.676/0001-96

Inscrição Municipal

7696

Inscrição Estadual

ISENTO

Simples Nacional

Sim

Email

convenio@laclise.com.br

Incentivador Cultural

Não

Fone/Fax

(79) 3253-7200

Endereço

Rua Bahia, 975, Siqueira Campos - CEP: 49075-000 - Aracaju - SE**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Nome/Razão Social

JOSE FRANCISCO CONCEICAO SANTOS

CPF/CNPJ

003.355.398-07

Inscrição Municipal

Inscrição Estadual

Fone/Fax

E-mail

Endereço

RUA MANOEL O SANTOS, 422, ALTO DA DIVINEIA - CEP: 49100-000 - São Cristóvão - SE**SERVIÇO PRESTADO****0403 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres. CNAE: 8640202****DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS****CONSULTA COM ORTOPEDISTA****RETENÇÕES FEDERAIS**

PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	IR (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Valor dos Serviços (R\$)	Deduções (R\$)	Desconto Incondicionado (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	
90,00	0,00	0,00	90,00	5,00	
ISS (R\$)	ISS Retido (R\$)	Desconto Condicionado (R\$)	Valor Líquido (R\$)	Valor Total da Nota (R\$)	
4,50		0,00	90,00	90,00	

OUTRAS INFORMAÇÕES

Contribuinte Optante do Simples Nacional.

Emissão em: 10/05/2018 06:44:48

Para validação desta NFSe acesse: <https://aracajuse.webiss.com.br/externo/nfse/validar>
A NFS-e foi emitida com respaldo no Decreto nº 3.393 de 14 de março de 2011.



Lactise
consultas e exames

SHISLEY
CORRETORA

27 MAIO 2013

DPVAT/SE

Relatório Médico

052 / Sr. Francisco Conceição
Santos, 61 anos, branca atendida -
evento por um carro em 11/7/2013
e ferido pelo SAMU e
condicionado no HCTE, onde foram
constatados:

(a) Ferimento corto contuso de
cabeleira, face - 8 pontos
CID S01.9

(b) Traumatismo cefálico encefálico
CID S06.0

(c) Contusão de mão e S06.2.

Obs. Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.
Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE

www.lactise.com.br

© WhatsApp: (79) 98112-1117 / 99105-3815 - 98875-6772

MARQUE LOGO SEU PRÓXIMO ATENDIMENTO, TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.



Lactise
consultas e exames

SHISLEY
CORRETORA

27 MAIO 2013

DPVAT/SE

Após exames, permanecer
internado por observação por
4 dias. Exames realizados em
peço + suturas e outros em
dedos.

Apesar de bom tratamento, há
um sequelas abaixo notadas

(a) Dor na mão e o pé
direito.

(b) Gêlato frequente.

(c) Amnésia frequente.

Perda funcional do membro

Obs: Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.

Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE
www.lactise.com.br Fone: (79) 3253-7200

© WhatsApp: (79) 98112-1117 / 99105-3815 - 98875-6772

MARQUE LOGO SEU PRÓXIMO ATENDIMENTO, TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.



Lactise
consultas e exames

SHISLEY
CORRETORA

27 MAIO 2018

DPVAT/SE

Superior esquerda de 20%
Perda funcional do SNC de
20%

Aracaju 10/05/2018
[Signature]

Dr. Masayuki Ishi
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 1276

Obs. Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.

Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE
www.lactise.com.br Fone: (79) 3253-7200

WhatsApp: (79) 98112-1117 / 99105-3815 - 98875-6772

MARQUE LOGO SEU PRÓXIMO ATENDIMENTO. TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.



RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Jose Francisco da Costa

DATA DA ENTRADA: 21/04/2017

DATA DA SAÍDA: 25/07/2017

INTERNAÇÃO: PS

PS ()

ENFERMARIA ()

UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente admitido no PS com queixa de dor abdominal e febre. Foi realizado tratamento com analgésicos e antibióticos. Evoluiu para melhora dos sintomas e foi transferido para a enfermaria. Após 15 dias de internação, foi dada alta hospitalar.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

Exames de urina e sangue realizados, sem alterações significativas.

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. José Francisco da Costa
(CRM-5239)

CONDIÇÃO DE ALTA: MELHORADO (X)

TRANSFERIDO ()

ÓBITO ()

ARACAJU, 22 de 11 de 17

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

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

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1561122
CNS:DATA: 11/07/2017 HORA: 08:37
SETOR: 05-ORTOPEDIA

USUARIO

LAUDO ENVIADO
15/07/2017
Setor de Faturamento HUSE-SFSP

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE FRANCISCO CONCEICAO SANTOS
 IDADE : 60 ANOS NASC: 16/03/1957
 ENDEREÇO : PEGO AV. TANQUEDOS NEVES
 COMPLEMENTO : 706300776103874 BAIRRO:
 MUNICIPIO : ARACAJU
 NOME PAI/MAE : JOSE DOS SANTOS
 RESPONSÁVEL : COM SAMU
 PROCEDENCIA : ARACAJU - CAPITAL
 ATENDIMENTO : VITIMA DE ATROPELAMENTO
 CASO POLICIAL : NAO
 ACID. TRABALHO : NAO

DOC...: 326663

SEXO...: MASCULINO

NUMERO:

UF: SE

CEP...:

/MARIA JOSE DA CONCEICAO

TEL...:

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:

Paciente trazido pelo SNU em protocolo de imobilização, vítima de atropelamento, com
 lesões de acidente, mas não há informações sobre período de consciência, reflexos e sensibilidade. A vítima
 acordou, glosou 14, eufórico em ambiente, hemodinamicamente estável, abdome plano e
 indolor, pulmão estável. Lesões com contusões em couro cabeludo e hematoma subgaleal, importante
 ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM: Lesões, contusões, em face.
 CD: realiza sutura de lesões, em couro cabeludo

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

- 1) Transferir paciente para área Vermelha
- 2) Avaliação de neuro
- 3) Avaliação de VCS
- 4) RX de cervical, tórax AP, pulmão

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

HORA DA SAIDA: :

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

[] EVASAO

[] DESISTENCIA

INTERMACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA

ML

[] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

EXAME DE RADIOLOGIA - HUSE

RECEBIDO EM

AS 17:30

HORAS

ASSINATURA DO MEDICO

EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

Página nº 2

DATA	HORA	HISTÓRICO
		<p>NCR 12/1/15</p> <p>Paciente indígena de acidente de trânsito dia 10/12 p</p> <p>Sanguinosa em dor cervical</p> <p>EN: Glasgow 15</p> <p>Pupila 25/21</p> <p>Sin déficit motor</p> <p>Alto NCR</p> <p>Lucas Magalhães</p> <p>5259</p>
22/07/17		<p>Pratos Noturnos</p> <p>Recusa hemodinâmica estável; Glasgow 15 (10 e 5 mm)</p> <p>em múltiplas esferas s/O. suplementar, nível alto de neurologia, que autoriza bloqueio do colar cervical.</p> <p>CD: Transferir p/ UCI Neurológica</p> <p>Dr. Daniel Rossini de Albuquerque</p> <p>Anestesiologista</p> <p>CRM/SE 4346</p>
12/07/17		<p>Paciente consciente, orientado, verbalizando AAA corada, com boa perfusão "mm VE", em uso de AIO e SVD com diurese concentrada. Apresenta episódio de vômito após a avaliação. Aguarda conduta médica.</p> <p>Dr. Louanna Barros Souza Pereira</p> <p>Enfermeira</p> <p>COFEN/SE 158506</p>
13/07	9:20	<p>Paciente masculino, 60 anos, com histórico de comorbidades, histórico de desenvolvimento por câncer e TCE leve. Encefalo atonal, cabos respirando, língua, v.c. as ambiente, superno, glútil, lavado, tônus simétrico, abdome flácido e indolor, dorso íntegro, m.m. e m.m. com medula, sem edemas, mobilidade mantida. APL-150 flutuante. Tendente a algar-te de cãmbio e coluna cervical. Concomitante reabertura do NLR para implan-tar por SRIHA. Informação ao S. Social necessidade de recursos do fami-liar acompanhante. Transfere paciente ao Trauma.</p> <p>Lucas Magalhães</p> <p>Enfermeiro</p> <p>COFEN/SE 158506</p>


PACIENTE	Josi Francisco Conceição Santos			IDADE	60	LEITO	
DATA	12/07/17	PRONTUÁRIO		ORIGEM			
PLANTÃO	7h - 19h	MÉDICO	FELIPE NAZE R. CAVALCANTE			HORA:	

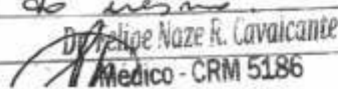
HD: { 1- TCE leve 4-
2- - 5-
3- - 6-

Em Uso: () TOT + VM (PCV, FiO2: %, PEEP: , PC:)
(X) VE sob MV
(X) SVD (X) SNE () AVC em
ATB: \emptyset
DVA \emptyset
SEDAÇÃO: \emptyset ECG: (AO: 4 RV: 5 RM: 6 = 15) / PASS

Ex Físico: Paciente REG, hemodinamicamente estável, LOTE
sem queixas, refere incômodo e color cervical há 1 dia
AC: BRNF 2x 3' sopros , FC: 80 bpm, PA: 120 x 80 mmHg
AR: MV+ATT 51 RA , FR: 16 irpm, SO2: 99 %
Abdome: NDD
Extremidades: boa perfusão, Pulsa distal +.

Condutas: ① Solicita Av. NCR p/ avaliar retorno do color cervical
② Aguarda TC
③ Suprte Clínica
④ Avaliar Alta p/ andar firme


Dr. Felipe Naze R. Cavalcante
Médico - CRM 5186
Plantonista Área Vermelha

18:30 Conversei com Dr. Artur da NCR sobre color cervical, o mesmo orienta
retirar se Glasgow 15 + ausência de dor cervical após 24h em uso, infere
a conclusão da avaliação do mesmo.
No aguardo 
Dr. Felipe Naze R. Cavalcante
Médico - CRM 5186

EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE

PRONTO SOCORRO ADULTO

Página nº 1

Nome do Paciente: José Francisco Gonçalves Santo

Idade: 60a

Sexo: M

Unidade de Produção:

Leito:

Nº do Prontuário:

HISTÓRICO

DATA HORA

15/07/12 # 6. Qual #

09:30

Paciente evolui bem. A curta dieta. Sem queixas no mo-
mento.

Med = plano, físico, psicológico e poliprescrição.

Ed = Orienta cuidados em rutinas realizadas.

Atestado Médico por 15 (quinze) dias.

Orientações gerais.

Luís Bastosa
Luís Bastosa
Médico
CRM - SE 4.553



Fundação
Hospitalar
de Saúde

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE

PRONTO SOCORRO ADULTO

Nome do paciente:

José Francisco Conceição Santos

Idade:

Sexo:

Unidade de Produção:

Leito:

Nº do Prontuário:

DATA/HORA

43/07/17

Área Vermelha - Evoluções Clínicas

Plantão diurno - 7h-19h

- TCE leve

- Politr trauma

Paciente estável, LO TE. acordado e sem queixas

Via aérea permeável, sem edema cervical (retirado pelo MCE)

Respira bem ao ambiente, sem oxigênio de O₂ suplementar FR: 18 rpm

MV+ AHT sem RA, Sat O₂ 98% PA: 120 x 60 mm Hg

Hemodinamicamente estável, FC: 85 bpm, BNF 2+ ou menos

LO TE, pupilas +2 +2 glóbulos 15

CD:

① Alta para verde clínica

② Aguardar TC cefálico

③ Libero dieta

Dr. Felipe Naze R. Gonçalves
Médico - CRM 5186
Plantonista Área Vermelha

19/7/17

BNF

As Rx do pulm, sem alterações de pulmões.
Alto para Verde Manhã

Dr. Felipe Naze R. Gonçalves
Médico - CRM 5186
Plantonista Área Vermelha

EXAME DE RADIOLOGIA

RECEBDO EM

AS

HORAS

TÉCNICO EM RADIOLOGIA

Nome do Paciente: Jose Francisco Cavalcanti Santos Idade: Sexo:
Unidade de Produção: Leito: Nº do Prontuário:

DATA: 11/07/17 HORA: HISTÓRICO:

Admissão

P1) Atropelamento

P2) TCE - leve

P3) Hematoma subgaleal?

P4) Hipotensão

Paciente trazido da sutura pelo médico plantonista + resident. Paciente em protocolo de trauma, sem exame de imagem na sala de emergência, aguardando o exame de imagem espontânea, ECG 15, Sinais 98% instável hemodinamicamente PA 90 x 60 mmHg

- ARV: RER, 2T, 4 de Sinais PA 130 x 70

- AR: MVO em ANI, 4 de RA

- ABD: Plano, endolorido à palpação - sem sinais de irritação peritoneal.

- EXT: Sem perfurados, 4 de edema, escarros, queimaduras

NEURO: ECG 15, orientado

ED: ① Solicito TC de crânio e edema cervical

② Avaliado pela cirurgia geral

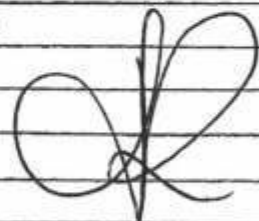
③ Avaliado pela física

④ Solicito radiografia de edema cervical, torax AP, pelve

⑤ Solicito exames pré-operatórios

⑥ Solicito avaliação de neurocirurgia

⑦ Conduta interna



TIAGO FREITAS
CRM 5378

12/07/17

S. Social

Deixou copia da documentação anexada ao prontuário. Na ocasião, informou que família solicita relatório médico para preenchimento da CAT na empresa.

Silvia Cristina S. Silva
Assistente Social

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MAIOR DE 60 ANOS

JOSE FRANCISCO CONCEICAO SANTOS

CARTEIRA DE IDENTIDADE



SHISLEY
CORRETORA

22 MAIO 2019

DPVAT/SE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 326.662 2. VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 02/04/2018

NOME
JOSE FRANCISCO CONCEICAO SANTOS

FILIAÇÃO
MARIA JOSE DA CONCEICAO
JOSE DOS SANTOS

NATURALIDADE
ITAPORANGA D, AJUDA-SE DATA DE NASCIMENTO
16/03/1957

DOC ORIGEM
CT. CASAM. NR 778 LV B03 FL 156W
GART. 3 OFIC. DIST. COM. SAO CRISTOVAO-SE
003.355.398-07

ASSINATURA DO DIRETOR DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

