

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/03/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BRENO GABRIEL GUIMARAES SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03303

CONTA: 000000021357-1

Nr. da Autenticação 0572BC78F22B97F2

Rio de Janeiro, 21 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210038436

Vítima: BRENO GABRIEL GUIMARAES SANTOS

Data do Acidente: 19/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), BRENO GABRIEL GUIMARAES 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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **BRENO GABRIEL GUIMARAES SANTOS**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000003303**

Conta: **0000021357-1**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3210038436 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRENO GABRIEL GUIMARAES SANTOS **Data do acidente:** 19/04/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DE PATELA A ESQUERDA

Descrição do exame físico: Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho normal, flexão aos 40°, extensão aos 50°, presença de derrames articulares, presença de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no joelho esquerdo.

Resultados terapêuticos: PERICIADO VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X MOTO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 19/04/2020, FOI REALIZADO IMOBILIZAÇÃO GESSADA E AGENDADO A CIRURGIA, RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO MESMO DIA, FOI FEITO NOVO INTERNAMENTO EM 12/05/2020 PARA SER SUBMETIDA A REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA COM 02 FIOS DE KIRSCHNER E 01 FIO DE AÇO (CERCLAGEM), RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO DIA 20/05/2020, FICOU SENDO ACOMPANHADO EM NÍVEL AMBULATORIAL PELA ORTOPEDIA, SENDO REALIZADO NESTE PERÍODO SESSÕES DE FISIOTERAPIA MOTORA, RECEBEU ALTA DEFINITIVA EM 07/09/2020, (INFORMADO PELA PERICIADO, SEM COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL). O QUADRO EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelas permanentes: Joelho Esquerdo - Intenso - 75%

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 05/03/2021

Conduta mantida:

Observações:

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 joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

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: 040-029-675-17 4 - Nome completo da vítima: Bruno Gabriel Guimarães 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: Bruno Gabriel Guimarães Santos 6 - CPF: 040-029-675-17
7 - Profissão: Trabalhador 8 - Endereço: Rua Miguel de Barros 9 - Número: 620 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Dilemnia 12 - Cidade: N. Sr. da Glória 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49080-000
15 - E-mail: marcosdilemnia@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 79999389204

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: Caixa

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3303 CONTA: 21357 (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 (vai 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

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, NOME Senhora da Glória 01/02/2021

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
DELEGACIA REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA AISP

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00008496/2021

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 28/01/2021 09:02:47 Data/Hora Fim: 28/01/2021 09:57:20
Origem: Órgão: Polícia Judiciária Tipo Documento: Relatório de Atendimento
Delegado de Polícia: Murilo de Oliveira Gouveia

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Regional de Nossa Senhora da Glória Aisp

Data/Hora do Fato: 19/04/2020 10:46

Local do Fato

Município: Nossa Senhora da Glória (SE)
Bairro: Povoado
Logradouro: Povoado Baixa Limpa

Nº: S/N
CEP: 49.680-000

Ponto de Referência: Na entrada que vai para o Povoado Angico
Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: BRENO GABRIEL GUIMARAES SANTOS (COMUNICANTE, VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 17/07/1993	Idade: 27
Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais	Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto		
Estado Civil: União Estável	Naturalidade: Aracaju - SE		
Nome da Mãe: Maria Izabel Guimaraes Santos	Nome do Pai: Edelsio Vieira dos Santos		

Documento(s)

CPF: 070.029.675-17

Endereço

Município: Nossa Senhora da Glória - SE
Logradouro: RUA MANOEL DE BARROS
Complemento: CASA
Bairro: Centro
Telefone: (79) 99981-1679 (Celular)

Nº: 620

CEP: 49.680-000

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo	Veículo	Subgrupo	Ciclomotor
CPF/CNPJ do Proprietário	169.920.675-91	Placa	HZP5938
Renavam	00706065263	Número do Motor	JC25EX013482
Número do Chassi	9C2JC250XWR013482	Ano/Modelo Fabricação	1999/1998
Número da Carroceria	0	Cor	VERMELHA





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA AISP

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 00008496/2021

UF Veículo SE	Município Veículo Nossa Senhora da Glória
Marca/Modelo HONDA/CG 125 TITAN	Veículo Adulterado? Não
Situação Meio Empregado	Última Atualização Denatran 11/01/2021
Situação do Veículo NADA CONSTA	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Breno Gabriel Guimaraes Santos	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Relata o comunicante que no dia citado vinha do Povoado Riachão a sentido a Nossa Senhora da Glória, quando ao se deslocar do Povoado Baixa Limpa para a rodovia que da sentido a Nossa Senhora da Glória se chocou com uma MOTO, que vinha na contramão onde o suposto autor não identificado ocasionou o acidente.

A vítima "Breno Gabriel Guimaraes Santos" chegou sofrer lesões e foi socorrido por uma pessoa de alcunha "Peludo" que passava no local e o socorreu levando ao hospital desta cidade Nossa Senhora da Glória, onde foi atendido pelo medico ortopedista MARIO AUGUSTO F. CRUZ e depois do atendimento a vítima "Breno Gabriel Guimaraes Santos", foi encaminhado para sua residência, onde o paciente aguardaria um telefonema informando o dia da cirurgia para realizar a lesão sofrida da fratura da paleta esquerda, onde chegou a fazer 2 procedimentos cirúrgicos ocasionados pelas lesões ocorridas no acidente. O comunicante relata que veio a esta delegacia prestar um boletim de ocorrência pra dar entrada no DPVAT. É o relato.

ASSINATURAS



Ivan Lopes de Azevedo Filho
 Agente de Polícia
 Matrícula 210061
 Responsável pelo Atendimento

Breno Gabriel Guimaraes Santos
 Breno Gabriel Guimaraes Santos
 Comunicante, Vítima

"Declaro para os devidos fins de direito que sou a(s) única(s) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto no artigo 309-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

MARIA (ZABEL) GUIMARAES SANTOS
RUA VIZABEL DOS BARROS, 330 - DIVINEIA
NOSSA SENHORA DA GLORIA / SE CEP 46660000 (AG 430)
CPF/CNPJ/RN: 556 547 355-31



Grupo: CONVENCIONAL, BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe: RES MTC B1 / Subclasse: BAIXA RENDA
Ligação: MONOFÁSICO
Roteiro: 3-430-190-625 Nº Medidor: E3011248400

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
3/1061044-2

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00010610442

VALOR DA FATURA R\$ 106,33	DEBITO 14/12/2020
REFERÊNCIA Dez / 2020	CONSUMO 162kWh 6,23 kWh MÉDIA ANUAL
SITUAÇÃO DE DÉBITOS	

DESCRIPTIVO									
CCI	Descrição	Quant.	Tarifa / Tributos	Valor Base Calc. Total (R\$)	Alíq. ICMS ICMS (R\$)	ICMS Base Calc. (R\$)	PIS/COFINS (R\$)	PIS/COFINS (R\$)	
0601	Consumo de 30kWh-BR	30	0,243360	7,30	7,30	25	1,82	6,47	0,17
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70	0,417180	29,20	29,20	25	7,30	21,90	0,57
0601	Consumo - 101 a 220kWh-BR	62	0,625900	38,79	38,79	25	9,70	29,09	0,89
0601	Ass. S. Yemahe			2,13	2,13	25	0,53	1,58	0,01
0610	Subsídios			38,40	38,40	25	9,60	28,80	0,88
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			14,72	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0607	CONTROLE LUMIN. PÚBLICA			0,48	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0604	JUROS DE MORA 11/2020			1,80	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0605	MULTA 11/2020			-1,47	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0609	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2020			-27,73	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0700	Categoria 0000000								

CCI - Código de Classificação do Item TOTAL 106,33 115,82 29,95 88,83 0,57 2,88
Tarifa de Tributos - A1630kWh - 0,175700 - A16100kWh - 0,301200 - A16220kWh - 0,451900
RESERVADO AO FISCO ced7.88fa.20a6.4568.9b51.1e6a.f1f6.13a3

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Dez/19	170	Descrição	Valor (R\$)
Jan/20	154	Serviços de Dist. de Energia de	10,00
Fev/20	172	Consumo de Energia	30,52
Mar/20	166	Serviço de Transmissão	2,48
Abr/20	139	Encargos Setoriais	3,83
Mai/20	197	Impostos Diretos e Encargos	50,42
Jun/20	129	Outros Serviços	0,00
Jul/20	142	Total	106,33
Ago/20	137		100,00
Sep/20	124	Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Ref. 10/2020) R\$20,70	
Out/20	128		
Nov/20	153		
Dez/20	153		

PRÓXIMA LEITURA		REFERÊNCIA 10/2020 (ORAÇÃO NOSSA SENHORA DA)	
08/01/2021		MENSAL	APURADO TRIMEST. ANUAL
		5,03	0,00 12,08 24,12
		3,98	0,00 8,72 13,45
		3,54	0,00
		17,22	

* Tarifas e preços de energia elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
- Prezado cliente, mantendo seu cadastro de caixa de renda atualizado no programa do Governo Federal, procure o setor responsável pelo Bolsa Família e cadastro único de sua cidade para atualizar. Se faz uso de algum benefício do Governo Federal e ainda não tem o desconto em sua conta, procure a Energisa, a sua fatura de energia pode ter desconto de até 85%.
- Para preservar sua saúde a Energisa está pronta para te atender pelos canais virtuais: site, App Energisa ON e Whatsapp (79)29101-0715. E-mail para envio de documentos: calc@energisa.com.br
- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$27,73.
- Atenção: A responsabilidade pela iluminação pública é de prefeitura do município. Problemas com iluminação

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José Marcos de Oliveira Rosa
inscrito (a) no CPF/CNPJ 020.003.675 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Breno Gabriel Guimarães Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 070-029-675 / 17
do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz da Vítima Breno Gabriel Guimarães Santos
inscrito (a) no CPF sob o Nº 070-029-675 / 17, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua das Silvas</u>	Número: <u>237</u>	Complemento: <u>casa-4</u>
Bairro: <u>Silvas</u>	Cidade: <u>NO. SIA. DA GLÓRIA</u>	Estado: <u>SE</u>
E-mail: <u>marcosdegloria@gmail.com</u>	CEP: <u>49680-000</u>	Tel. (DDD): <u>79 999389204</u>

Local e Data: Nossa Senhora da Glória 01/02/2021

José Marcos de Oliveira Rosa

Assinatura do Declarante



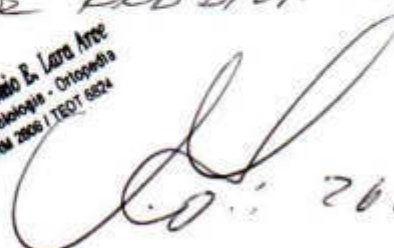
HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Receituário

BRENO SABRICK GUIMARÃES
SANTOS

REUSMIO MEDICO
O POR UNIFICADO COM
DIAGNOSTICO DE FRATURA
DA PATELA E TRATAMENTO
TRATAMENTO ANESTESICO
E FRATURAS CONSOLIDADAS
E REABILITADO 5-820

Dr. Antonio & Lara Aze
Transcologia - Ortopedia
CRM 2005 / TERT 5824


26/01/21

Avenida 13 de junho, nº 776 - Centro - Itabaiana-SE - Fone: (79) 3432-9200

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLORIA

No. DO BE: 433864
CNS:DATA: 19/04/2020 HORA: 10:46 USUARIO: LAOREIS
SETOR: 04-SALA DE PROCEDIMENTOS

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : BRENO GABRIEL GUIMARAES SANTOS
 IDADE.....: 26 ANOS NASC: 17/07/1993
 ENDEREÇO.....: PRACA DA IGREJA NOVA
 COMPLEMENTO.....: CASA BAIRRO: CENTRO
 MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE CEP....: 49680-000
 NOME PAI/MAE...: EDELSIO VIEIRA DOS SANTOS /MARIA IZABEL GUIMARAES SANTOS
 RESPONSÁVEL....: O PROPRIO TEL....: 079.9901938
 PROCEDENCIA...: NOSSA SENHORA DA GLORIA-SE
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
 CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

DOC....: 2,245,770
 SEXO...: MASCULINO
 NUMERO: 35

CEP....: 49680-000
 TEL....: 079.9901938

TRAUMA: NAO

9998112

99645

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: *Vitima de acidente com moto. Apresenta luxação patelar em M.E.* DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: *fratura na patela*

CID: 582

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

① Encaminhado a ortopedia
 ② Ceftriaxona 2g EV

③ Solicito ECG 6h
 ④ Ceftriaxona 2g EV

Dr. Márcio Augusto P. Cruz
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM/SE 5132 - RQE 3098

CRM/SE - 6399
 Lyro P. I. Almeida
 Médica
 CRM/SE - 6399

[Assinatura]
 COFUNDADOR

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 [] ANA

Gabriel Guimaraes Santos
 ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA:

PROFISSÃO:

ANAMNESE DE ENFERMAGEM

HORÁRIO:

TIPO

ALERTA/ORIENTADO ☐ LETÁRGICO ☐ OBNUBILADO ☐ TORPOROSO ☐ COMATOSO ☐ OUTROS ☐

HISTÓRIA PREGRESSA

☐ DIABETES ☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL ☐ CARDIOPATIA ☐ AVC ☐ OUTROS:
 QUAIS:

ALERGIAS / INTOLERÂNCIA

SIM ☐ NÃO ☐

QUAIS:

MEDICAMENTO EM USO

SIM ☐ NÃO ☐

QUAIS:

SINAIS VITAIS

Glicose

Pressão Arterial

Frequência Cardíaca

Temperatura

Frequência Respiratória

Saturação de Oxigênio

Peso

mg/dl / mmHG bpm °C lpm %

RISCO:

VERMELHO ☐

AMARELO ☐

VERDE ☐

AZUL ☐

OBSERVAÇÃO:

ATENDIMENTO MÉDICO

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PELA ORTOPEDIA: Paciente vítima de queda de muro. S/
 Pensa de consequência de lesões.
 EF: EDEMA TOBILHO (+) + IMPROMBIDADE DO ADM.
 Ferimento superficial. Paciente no atendimento.

REGISTRO DE ENFERMAGEM

R+ : FRACTURA TRANSVERSA PATELA (+)

CA - LUMBA + UNDELA FERIMENTO AO (+)

- TALA INGUINO-UMBILICAL

- DORADO EXTERNA

- DORADO VAGA CRANIAL (N/A)

Guto Rabelo Vasconcelos
 Tec: Radiologia
 CRTR 00404

HOSPITAL REGIONAL DE
 Realização da Exame de Rolo 4

GSD PROC. 2597 QUANT. E

GSD PROC. QUANT.

Dr. Márcio Augusto P. Cruz
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM/SC 5142 - RQE 3996

N Controle: 4500384/2020

Laudo de Ecg

Unidade: Hospital Regional Governador João Alves Filho-N.Senhora da Glória-SE**Hora Chegada:** 12:25**Hora Saida:** 12:28**Paciente:** BRENO GABRIEL GUIMARAES SANTOS**Idade:** 26**Médico:** Dr. Jorge Morant**Data Exame:** 19/04/2020**Registro do Traçado:** 03**Ritmo:** Sinusal**Frequência Cardíaca:** 75 bpm**SAQRS:****Conclusão:** Eletrocardiograma normal

Dr. Jorge Morant
Cardiologia – CRM 19016

Salvador/Bahia, 19 Abril 2020**Assinatura Eletrônica**

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 789185 DATA: 12/05/2020 HORA: 06:47 USUARIO: RSANTOS
CNS: 160379473260005 SETOR: 02-ACOLHIMENTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : BRENO GABRIEL GUIMARAES SANTOS DOC...: 22457798
IDADE.....: 26 ANOS NASC: 17/07/1993 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: RUA MANOEL DE BARROS NUMERO:
COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: CENTRO
MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE CEP...: 49680-000
NOME PAI/MAE...: EDELSIO VIEIRA DOS SANTOS /MARIA IZABEL GUIMARAES
RESPONSAVEL...: A MAE TEL...: 079996727
PROCEDENCIA...: NSA SRA DA GLORIA - SE 29
ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

TA: [] 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: / /

7ms PRIMEIROS SINTOMAS
TX CK.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / /

DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):


TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <i>HRI</i>		2 - CNES [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <i>HRI</i>		4 - CNES [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Identificação do Paciente		
5 - NOME DO PACIENTE <i>FREDO CABRILLO GUIMARÃES</i>		6 - Nº DO PRONTUÁRIO [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) []	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>17/07/1993</i>	9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input checked="" type="checkbox"/> 3
10 - RAÇA/COR []		10.1 - ETNIA []
11 - NOME DA MÃE <i>Maria Izabel Guimarães</i>		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE DDD []
13 - NOME DO RESPONSÁVEL []		14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE DDD []
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <i>Rua Manoel de Barros</i>		
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>NSA SRA da glória</i>		17 - COD. IBGE MUNICÍPIO []
18 - UF []		19 - CEP []
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>FRATURAS PARIAS 3D</i>		
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>TRAT. QUÍMICO</i>		
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>RX LOZILLO TA AP/P</i>		
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>FRAT. PARIAS</i>		
24 - CID 10 PRINCIPAL <i>S-820</i>		
25 - CID 10 SECUNDÁRIO []		
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS []		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Redução cirúrgica / fix</i>		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>04.08.05.05.27</i>
29 - CLÍNICA []	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO []	31 - DOCUMENTO () CNS () CPF []
32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE []		33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dr. Antonio Luiz de Almeida</i>
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>11/11/20</i>		35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>CRM-PR 15607 6628</i>
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA []	40 - Nº DO BILHETE []
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ EMPRESA []	41 - SÉRIE []
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	43 - CNAE DA EMPRESA []	44 - CBOR []
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		
AUTORIZAÇÃO		
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR []		47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR []
48 - DOCUMENTO () CNS () CPF []		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR []
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>11/11/20</i>		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) []
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR []		

PRONTUÁRIO DE CLÍNICA CIRÚRGICA, MÉDICA E PEDIÁTRICA.

Data. Internamento

Data. Saída

Nº. de Internação

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Cartão SUS: _____

NOME DO PACIENTE: _____

DATA DO NASC. _____

SEXO: () Masc. () Fem.

NOME DA MÃE: _____

NOME DO RESPONSÁVEL: _____

LOG: () RUA(081) () AV.(008) () TVA(100) () PRAÇA(065) () CONJ.(020) () POV.(082) () LOTE(056)

LOGRADOURO: _____

Nº _____

BAIRRO: _____

CEP: _____

TEL: _____

TIPO DOC: 01 - PIS/PASEP() 02 - IDENT.() 03 - REGISTRO() 04 - CPF() 05 - IGNORADO()

Nº. DOCUMENTO: _____

IDENTIFICAÇÃO DE INTERNAÇÃO

PROCED. SOLIC. _____

CID PRINC. _____

ESPECIALIDADES: () 01 CIRURGIA () 03 CL. MÉDICA () 07 PEDIATRIA

CARATER DE INTERNAÇÃO: () 01 ELET. () 02 URG.

MOTIVOS DE SAÍDA: () 01 ÓBITO () 02 ALTA M. () 03 ALTA PEDIDO () 04 EVASÃO () 05 TRANSF.

PROF. SOLICIT.: _____

ANEST.: _____

PROCED. REALIZADO	QUANT.	PROCEDIMENTO	CSO	CNES
CONS. AVAL. PCTE. INTERN.		0301010170		2477661
EXAME PRÉ TRANSF.		0212010084		2477661
TRANSF. UNID. DE SANGUE		0306020149	223505	2477661
ACOMPANHANTE (IDOSO)		0802010040		2477661
ACOMPANHANTE (CRIANÇA)		0802010024		2477661
EXAME PATOLÓGICO		0203020030		2477661
Radiografia ()				2477661
Radiografia ()				2477661
Radiografia ()				2477661
Tomografia ()				0002895
Tomografia ()				0002895
ECG				3073533
USG ()				

**EVOLUÇÃO
MÉDICA**

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

UNIDADE HOSPITALAR:

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR:

LEITO:

PACIENTE:

32200 CABINEL GUIMARÃES

IDADE:

SEXO:

REG:

DATA

HISTÓRICO

12/05 D.O. IMBOMBO TRINDAD GUIMARÃES
FILHOS PARADO 3A

Dr. Antonio E. Lora Arce
Ortopedia Traumatologia
CRM 2808 TEOT 5829

13/05 1º DPD 12041 FMS. PARADO
EVOLUÇÃO DE PEDRO GARCIA MORENO FILHO
HOSPITALAR

Dr. Antonio E. Lora Arce
Ortopedia Traumatologia
CRM 2808 TEOT 5829

UNDADE HOSPITALAR:

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR:

SETOR: CC

LEITO:

LEITO: F S

PACER 2

IDADE: 26

SDIO:

SEXO: Masculino

REG-1

[illegible]

UNIDADE HOSPITALAR: Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho SETOR: CC LEITO: 605

PACIENTE: Bruno Garcia Quirino Souto IDADE: 265 SEXO: M REG:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	Glicemia
		Appt: 12h - 21h, estômago, pt. deita com bexiga, 10h - 12h, 13h - 15h, 16h - 18h, 19h - 21h, 22h - 24h, 25h - 27h, 28h - 30h, 31h - 33h, 34h - 36h, 37h - 39h, 40h - 42h, 43h - 45h, 46h - 48h, 49h - 51h, 52h - 54h, 55h - 57h, 58h - 60h, 61h - 63h, 64h - 66h, 67h - 69h, 70h - 72h, 73h - 75h, 76h - 78h, 79h - 81h, 82h - 84h, 85h - 87h, 88h - 90h, 91h - 93h, 94h - 96h, 97h - 99h, 100h - 102h, 103h - 105h, 106h - 108h, 109h - 111h, 112h - 114h, 115h - 117h, 118h - 120h, 121h - 123h, 124h - 126h, 127h - 129h, 130h - 132h, 133h - 135h, 136h - 138h, 139h - 141h, 142h - 144h, 145h - 147h, 148h - 150h, 151h - 153h, 154h - 156h, 157h - 159h, 160h - 162h, 163h - 165h, 166h - 168h, 169h - 171h, 172h - 174h, 175h - 177h, 178h - 180h, 181h - 183h, 184h - 186h, 187h - 189h, 190h - 192h, 193h - 195h, 196h - 198h, 199h - 201h, 202h - 204h, 205h - 207h, 208h - 210h, 211h - 213h, 214h - 216h, 217h - 219h, 220h - 222h, 223h - 225h, 226h - 228h, 229h - 231h, 232h - 234h, 235h - 237h, 238h - 240h, 241h - 243h, 244h - 246h, 247h - 249h, 250h - 252h, 253h - 255h, 256h - 258h, 259h - 261h, 262h - 264h, 265h - 267h, 268h - 270h, 271h - 273h, 274h - 276h, 277h - 279h, 280h - 282h, 283h - 285h, 286h - 288h, 289h - 291h, 292h - 294h, 295h - 297h, 298h - 300h, 301h - 303h, 304h - 306h, 307h - 309h, 310h - 312h, 313h - 315h, 316h - 318h, 319h - 321h, 322h - 324h, 325h - 327h, 328h - 330h, 331h - 333h, 334h - 336h, 337h - 339h, 340h - 342h, 343h - 345h, 346h - 348h, 349h - 351h, 352h - 354h, 355h - 357h, 358h - 360h, 361h - 363h, 364h - 366h, 367h - 369h, 370h - 372h, 373h - 375h, 376h - 378h, 379h - 381h, 382h - 384h, 385h - 387h, 388h - 390h, 391h - 393h, 394h - 396h, 397h - 399h, 400h - 402h, 403h - 405h, 406h - 408h, 409h - 411h, 412h - 414h, 415h - 417h, 418h - 420h, 421h - 423h, 424h - 426h, 427h - 429h, 430h - 432h, 433h - 435h, 436h - 438h, 439h - 441h, 442h - 444h, 445h - 447h, 448h - 450h, 451h - 453h, 454h - 456h, 457h - 459h, 460h - 462h, 463h - 465h, 466h - 468h, 469h - 471h, 472h - 474h, 475h - 477h, 478h - 480h, 481h - 483h, 484h - 486h, 487h - 489h, 490h - 492h, 493h - 495h, 496h - 498h, 499h - 501h, 502h - 504h, 505h - 507h, 508h - 510h, 511h - 513h, 514h - 516h, 517h - 519h, 520h - 522h, 523h - 525h, 526h - 528h, 529h - 531h, 532h - 534h, 535h - 537h, 538h - 540h, 541h - 543h, 544h - 546h, 547h - 549h, 550h - 552h, 553h - 555h, 556h - 558h, 559h - 561h, 562h - 564h, 565h - 567h, 568h - 570h, 571h - 573h, 574h - 576h, 577h - 579h, 580h - 582h, 583h - 585h, 586h - 588h, 589h - 591h, 592h - 594h, 595h - 597h, 598h - 600h, 601h - 603h, 604h - 606h, 607h - 609h, 610h - 612h, 613h - 615h, 616h - 618h, 619h - 621h, 622h - 624h, 625h - 627h, 628h - 630h, 631h - 633h, 634h - 636h, 637h - 639h, 640h - 642h, 643h - 645h, 646h - 648h, 649h - 651h, 652h - 654h, 655h - 657h, 658h - 660h, 661h - 663h, 664h - 666h, 667h - 669h, 670h - 672h, 673h - 675h, 676h - 678h, 679h - 681h, 682h - 684h, 685h - 687h, 688h - 690h, 691h - 693h, 694h - 696h, 697h - 699h, 700h - 702h, 703h - 705h, 706h - 708h, 709h - 711h, 712h - 714h, 715h - 717h, 718h - 720h, 721h - 723h, 724h - 726h, 727h - 729h, 730h - 732h, 733h - 735h, 736h - 738h, 739h - 741h, 742h - 744h, 745h - 747h, 748h - 750h, 751h - 753h, 754h - 756h, 757h - 759h, 760h - 762h, 763h - 765h, 766h - 768h, 769h - 771h, 772h - 774h, 775h - 777h, 778h - 780h, 781h - 783h, 784h - 786h, 787h - 789h, 790h - 792h, 793h - 795h, 796h - 798h, 799h - 801h, 802h - 804h, 805h - 807h, 808h - 810h, 811h - 813h, 814h - 816h, 817h - 819h, 820h - 822h, 823h - 825h, 826h - 828h, 829h - 831h, 832h - 834h, 835h - 837h, 838h - 840h, 841h - 843h, 844h - 846h, 847h - 849h, 850h - 852h, 853h - 855h, 856h - 858h, 859h - 861h, 862h - 864h, 865h - 867h, 868h - 870h, 871h - 873h, 874h - 876h, 877h - 879h, 880h - 882h, 883h - 885h, 886h - 888h, 889h - 891h, 892h - 894h, 895h - 897h, 898h - 900h, 901h - 903h, 904h - 906h, 907h - 909h, 910h - 912h, 913h - 915h, 916h - 918h, 919h - 921h, 922h - 924h, 925h - 927h, 928h - 930h, 931h - 933h, 934h - 936h, 937h - 939h, 940h - 942h, 943h - 945h, 946h - 948h, 949h - 951h, 952h - 954h, 955h - 957h, 958h - 960h, 961h - 963h, 964h - 966h, 967h - 969h, 970h - 972h, 973h - 975h, 976h - 978h, 979h - 981h, 982h - 984h, 985h - 987h, 988h - 990h, 991h - 993h, 994h - 996h, 997h - 999h, 1000h - 1002h, 1003h - 1005h, 1006h - 1008h, 1009h - 1011h, 1012h - 1014h, 1015h - 1017h, 1018h - 1020h, 1021h - 1023h, 1024h - 1026h, 1027h - 1029h, 1030h - 1032h, 1033h - 1035h, 1036h - 1038h, 1039h - 1041h, 1042h - 1044h, 1045h - 1047h, 1048h - 1050h, 1051h - 1053h, 1054h - 1056h, 1057h - 1059h, 1060h - 1062h, 1063h - 1065h, 1066h - 1068h, 1069h - 1071h, 1072h - 1074h, 1075h - 1077h, 1078h - 1080h, 1081h - 1083h, 1084h - 1086h, 1087h - 1089h, 1090h - 1092h, 1093h - 1095h, 1096h - 1098h, 1099h - 1101h, 1102h - 1104h, 1105h - 1107h, 1108h - 1110h, 1111h - 1113h, 1114h - 1116h, 1117h - 1119h, 1120h - 1122h, 1123h - 1125h, 1126h - 1128h, 1129h - 1131h, 1132h - 1134h, 1135h - 1137h, 1138h - 1140h, 1141h - 1143h, 1144h - 1146h, 1147h - 1149h, 1150h - 1152h, 1153h - 1155h, 1156h - 1158h, 1159h - 1161h, 1162h - 1164h, 1165h - 1167h, 1168h - 1170h, 1171h - 1173h, 1174h - 1176h, 1177h - 1179h, 1180h - 1182h, 1183h - 1185h, 1186h - 1188h, 1189h - 1191h, 1192h - 1194h, 1195h - 1197h, 1198h - 1199h, 1200h - 1202h, 1203h - 1205h, 1204h - 1206h, 1205h - 1207h, 1206h - 1208h, 1207h - 1209h, 1208h - 1210h, 1209h - 1212h, 1210h - 1214h, 1211h - 1216h, 1212h - 1218h, 1213h - 1220h, 1214h - 1224h, 1215h - 1228h, 1216h - 1232h, 1217h - 1240h, 1218h - 1256h, 1219h - 1272h, 1220h - 1288h, 1221h - 1304h, 1222h - 1320h, 1223h - 1336h, 1224h - 1352h, 1225h - 1368h, 1226h - 1384h, 1227h - 1400h, 1228h - 1416h, 1229h - 1432h, 1230h - 1448h, 1231h - 1464h, 1232h - 1480h, 1233h - 1496h, 1234h - 1512h, 1235h - 1528h, 1236h - 1544h, 1237h - 1560h, 1238h - 1576h, 1239h - 1592h, 1240h - 1608h, 1241h - 1624h, 1242h - 1640h, 1243h - 1656h, 1244h - 1672h, 1245h - 1688h, 1246h - 1704h, 1247h - 1720h, 1248h - 1736h, 1249h - 1752h, 1250h - 1768h, 1251h - 1784h, 1252h - 1800h, 1253h - 1816h, 1254h - 1832h, 1255h - 1848h, 1256h - 1864h, 1257h - 1880h, 1258h - 1896h, 1259h - 1912h, 1260h - 1928h, 1261h - 1944h, 1262h - 1960h, 1263h - 1976h, 1264h - 1992h, 1265h - 2008h, 1266h - 2024h, 1267h - 2040h, 1268h - 2056h, 1269h - 2072h, 1270h - 2088h, 1271h - 2104h, 1272h - 2120h, 1273h - 2136h, 1274h - 2152h, 1275h - 2168h, 1276h - 2184h, 1277h - 2200h, 1278h - 2216h, 1279h - 2232h, 1280h - 2248h, 1281h - 2264h, 1282h - 2280h, 1283h - 2296h, 1284h - 2312h, 1285h - 2328h, 1286h - 2344h, 1287h - 2360h, 1288h - 2376h, 1289h - 2392h, 1290h - 2408h, 1291h - 2424h, 1292h - 2440h, 1293h - 2456h, 1294h - 2472h, 1295h - 2488h, 1296h - 2504h, 1297h - 2520h, 1298h - 2536h, 1299h - 2552h, 1300h - 2568h, 1301h - 2584h, 1302h - 2600h, 1303h - 2616h, 1304h - 2632h, 1305h - 2648h, 1306h - 2664h, 1307h - 2680h, 1308h - 2696h, 1309h - 2712h, 1310h - 2728h, 1311h - 2744h, 1312h - 2760h, 1313h - 2776h, 1314h - 2792h, 1315h - 2808h, 1316h - 2824h, 1317h - 2840h, 1318h - 2856h, 1319h - 2872h, 1320h - 2888h, 1321h - 2904h, 1322h - 2920h, 1323h - 2936h, 1324h - 2952h, 1325h - 2968h, 1326h - 2984h, 1327h - 3000h, 1328h - 3016h, 1329h - 3032h, 1330h - 3048h, 1331h - 3064h, 1332h - 3080h, 1333h - 3096h, 1334h - 3112h, 1335h - 3128h, 1336h - 3144h, 1337h - 3160h, 1338h - 3176h, 1339h - 3192h, 1340h - 3208h, 1341h - 3224h, 1342h - 3240h, 1343h - 3256h, 1344h - 3272h, 1345h - 3288h, 1346h - 3304h, 1347h - 3320h, 1348h - 3336h, 1349h - 3352h, 1350h - 3368h, 1351h - 3384h, 1352h - 3400h, 1353h - 3416h, 1354h - 3432h, 1355h - 3448h, 1356h - 3464h, 1357h - 3480h, 1358h - 3496h, 1359h - 3512h, 1360h - 3528h, 1361h - 3544h, 1362h - 3560h, 1363h - 3576h, 1364h - 3592h, 1365h - 3608h, 1366h - 3624h, 1367h - 3640h, 1368h - 3656h, 1369h - 3672h, 1370h - 3688h, 1371h - 3704h, 1372h - 3720h, 1373h - 3736h, 1374h - 3752h, 1375h - 3768h, 1376h - 3784h, 1377h - 3800h, 1378h - 3816h, 1379h - 3832h, 1380h - 3848h, 1381h - 3864h, 1382h - 3880h, 1383h - 3896h, 1384h - 3912h, 1385h - 3928h, 1386h - 3944h, 1387h - 3960h, 1388h - 3976h, 1389h - 3992h, 1390h - 4008h, 1391h - 4024h, 1392h - 4040h, 1393h - 4056h, 1394h - 4072h, 1395h - 4088h, 1396h - 4104h, 1397h - 4120h, 1398h - 4136h, 1399h - 4152h, 1400h - 4168h, 1401h - 4184h, 1402h - 4200h, 1403h - 4216h, 1404h - 4232h, 1405h - 4248h, 1406h - 4264h, 1407h - 4280h, 1408h - 4296h, 1409h - 4312h, 1410h - 4328h, 1411h - 4344h, 1412h - 4360h, 1413h - 4376h, 1414h - 4392h, 1415h - 4408h, 1416h - 4424h, 1417h - 4440h, 1418h - 4456h, 1419h - 4472h, 1420h - 4488h, 1421h - 4504h, 1422h - 4520h, 1423h - 4536h, 1424h - 4552h, 1425h - 4568h, 1426h - 4584h, 1427h - 4600h, 1428h - 4616h, 1429h - 4632h, 1430h - 4648h, 1431h - 4664h, 1432h - 4680h, 1433h - 4696h, 1434h - 4712h, 1435h - 4728h, 1436h - 4744h, 1437h - 4760h, 1438h - 4776h, 1439h - 4792h, 1440h - 4808h, 1441h - 4824h, 1442h - 4840h, 1443h - 4856h, 1444h - 4872h, 1445h - 4888h, 1446h - 4904h, 1447h - 4920h, 1448h - 4936h, 1449h - 4952h, 1450h - 4968h, 1451h - 4984h, 1452h - 5000h, 1453h - 5016h, 1454h - 5032h, 1455h - 5048h, 1456h - 5064h, 1457h - 5080h, 1458h - 5096h, 1459h - 5112h, 1460h - 5128h, 1461h - 5144h, 1462h - 5160h, 1463h - 5176h, 1464h - 5192h, 1465h - 5208h, 1466h - 5224h, 1467h - 5240h, 1468h - 5256h, 1469h - 5272h, 1470h - 5288h, 1471h - 5304h, 1472h - 5320h, 1473h - 5336h, 1474h - 5352h, 1475h - 5368h, 1476h - 5384h, 1477h - 5400h, 1478h - 5416h, 1479h - 5432h, 1480h - 5448h, 1481h - 5464h, 1482h - 5480h, 1483h - 5496h, 1484h - 5512h, 1485h - 5528h, 1486h - 5544h, 1487h - 5560h, 1488h - 5576h, 1489h - 5592h, 1490h - 5608h, 1491h - 5624h, 1492h - 5640h, 1493h - 5656h, 1494h - 5672h, 1495h - 5688h, 1496h - 5704h, 1497h - 5720h, 1498h - 5736h, 1499h - 5752h, 1500h - 5768h, 1501h - 5784h, 1502h - 5800h, 1503h - 5816h, 1504h - 5832h, 1505h - 5848h, 1506h - 5864h, 1507h - 5880h, 1508h - 5896h, 1509h - 5912h, 1510h - 5928h, 1511h - 5944h, 1512h - 5960h, 1513h - 5976h, 1514h - 5992h, 1515h - 6008h, 1516h - 6024h, 1517h - 6040h, 1518h - 6056h, 1519h - 6072h, 1520h - 6088h, 1521h - 6104h, 1522h - 6120h, 1523h - 6136h, 1524h - 6152h, 1525h - 6168h, 1526h - 6184h, 1527h - 6200h, 1528h - 6216h, 1529h - 6232h, 1530h - 6248h, 1531h - 6264h, 1532h - 6280h, 1533h - 6296h, 1534h - 6312h, 1535h - 6328h, 1536h - 6344h, 1537h - 6360h, 1538h - 6376h, 1539h - 6392h, 1540h - 6408h, 1541h - 6424h, 1542h - 6440h, 1543h - 6456h, 1544h - 6472h, 1545h - 6488h, 1546h - 6504h, 1547h - 6520h, 1548h - 6536h, 1549h - 6552h, 1550h - 6568h, 1551h - 6584h, 1552h - 6600h, 1553h - 6616h, 1554h - 6632h, 1555h - 6648h, 1556h - 6664h, 1557h - 6680h, 1558h - 6696h, 1559h - 6712h, 1560h - 6728h, 1561h - 6744h, 1562h - 6760h, 1563h - 6776h, 1564h - 6792h, 1565h - 6808h, 1566h - 6824h, 1567h - 6840h, 1568h - 6856h, 1569h - 6872h, 1570h - 6888h, 1571h - 6904h, 1572h - 6920h, 1573h - 6936h, 1574h - 6952h, 1575h - 6968h, 1576h - 6984h, 1577h - 7000h, 1578h - 7016h, 1579h - 7032h, 1580h - 7048h, 1581h - 7064h, 1582h - 7080h, 1583h - 7096h, 1584h - 7112h, 1585h - 7128h, 1586h - 7144h, 1587h - 7160h, 1588h - 7176h, 1589h - 7192h, 1590h - 7208h, 1591h - 7224h, 1592h - 7240h, 1593h - 7256h, 1594h - 7272h, 1595h - 7288h, 1596h - 7304h, 1597h - 7320h, 1598h - 7336h, 1599h - 7352h, 1600h - 7368h, 1601h - 7384h, 1602h - 7400h, 1603h - 7416h, 1604h - 7432h, 1605h - 7448h, 1606h - 7464h, 1607h - 7480h, 1608h - 7496h, 1609h - 7512h, 1610h - 7528h, 1611h - 7544h, 1612h - 7560h, 1613h - 7576h, 1614h - 7592h, 1615h - 7608h, 1616h - 7624h, 1617h - 7640h, 1618h - 7656h, 1619h - 7672h, 1620h - 7688h, 1621h - 7704h, 1622h - 7720h, 1623h - 7736h, 1624h - 7752h, 1625h - 7768h, 1626h - 7784h, 1627h - 7800h, 1628h - 7816h, 1629h - 7832h, 1630h - 7848h, 1631h - 7864h, 1632h - 7880h, 1633h - 7896h, 1634h - 7912h, 1635h - 7928h, 1636h - 7944h, 1637h - 7960h, 1638h - 7976h, 1639h - 7992h, 1640h - 8008h, 1641h - 8024h, 1642h - 8040h, 1643h - 8056h, 1644h - 8072h, 1645h - 8088h, 1646h - 8104h, 1647h - 8120h, 1648h - 8136h, 1649h - 8152h, 1650h - 8168h, 1651h - 8184h, 1652h - 8200h, 1653h - 8216h, 1654h - 8232h, 1655h - 8248h, 1656h - 8264h, 1657h - 8280h, 1658h - 8296h, 1659h - 8312h, 1660h - 8328h, 1661h - 8344h, 1662h - 8360h, 1663h - 8376h, 1664h - 8392h, 1665h - 8408h, 1666h - 8424h, 1667h - 8440h, 1668h - 8456h, 1669h - 8472h, 1670h - 8488h, 1671h - 8504h, 1672h - 8520h, 1673h - 8536h, 1674h - 8552h, 1675h - 8568h, 1676h - 8584h, 1677h - 8600h, 1678h - 8616h, 1679h - 8632h, 1680h - 8648h, 1681h - 8664h, 1682h - 8680h, 1683h - 8696h, 1684h - 8712h, 1685h - 8728h, 1686h - 8744h, 1687h - 8760h, 1688h - 8776h, 1689h - 8792h, 1690h - 8808h, 1691h - 8824h, 1692h - 8840h, 1693h - 8856h, 1694h - 8872h, 1695h - 8888h, 1696h - 8904h, 1697h - 8920h, 1698h - 8936h, 1699h - 8952h, 1700h - 8968h, 1701h - 8984h, 1702h - 9000h, 1703h - 9016h, 1704h - 9032h, 1705h - 9048h, 1706h - 9064h, 1707h - 9080h, 1708h - 9096h, 1709h - 9112h, 1710h - 9128h, 1711h - 9144h, 1712h - 9160h, 1713h - 9176h, 1714h - 9192h, 1715h - 9208h, 1716h - 9224h, 1717h - 9240h, 1718h - 9256h, 1719h -					

CHECK-LIST PARA ADMISSÃO NO INTERNAMENTO



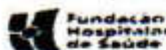
ADMISSÃO DE PACIENTE CLÍNICA CIRÚRGICA

NOME DO PACIENTE: Joseph Bruno Gabriel Guimarães SCS
 DATA DE ADMISSÃO: 12/05/2020 HORÁRIO: 8h
 PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: fixação de prótese K

ITENS	CONFERIDO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM	TEC/AUX/ENFERMEIRO
PAE	<input checked="" type="checkbox"/> OK	OK <input type="checkbox"/> PENDENTE <input type="checkbox"/>
FICHAS DE INETRNAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> OK	OK <input type="checkbox"/> PENDENTE <input type="checkbox"/>
Y-PREENCHIDA	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/> PENDENTE <input type="checkbox"/>
PERÍCIA COM VALIDADE 30 DIAS	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/> PENDENTE <input type="checkbox"/>
COPIAS DOS DOCUMENTOS	CARTÃO SUS SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/> PENDENTE <input type="checkbox"/>
	RG SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/> PENDENTE <input type="checkbox"/>
	COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/> PENDENTE <input type="checkbox"/>
COPIAS DOS EXAMES	LABORATORIO SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/> PENDENTE <input type="checkbox"/>
	ECG SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/> PENDENTE <input type="checkbox"/>
	USG SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/> PENDENTE <input type="checkbox"/>
	RX SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/> PENDENTE <input type="checkbox"/>
PREPARO PRÉ- OPERATORIO	JEIUM SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PENDENTE <input type="checkbox"/> OBS:	OK <input type="checkbox"/> PENDENTE <input type="checkbox"/>
	LAVAGEM INTESTINAL SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> PENDENTE <input type="checkbox"/> OBS:	OK <input type="checkbox"/> PENDENTE <input type="checkbox"/>
	OUTROS SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> PENDENT <input type="checkbox"/> OBS:	OK <input type="checkbox"/> PENDENTE <input type="checkbox"/>
RESERVA DE SANGUE S/N	GUIA PREENCHIDA SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> PENDENTE <input type="checkbox"/> OBS:	OK <input type="checkbox"/> PENDENTE <input type="checkbox"/>
RETIRADA DE ACESSÓRIOS	SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/> PENDENTE <input type="checkbox"/>

➤ O PACIENTE SOMENTE SERÁ ADMITIDO COM TODOS OS ITENS SEM PENDÊNCIAS.

Joseph da Hora Santana et
 ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL PELA ADMISSÃO



Ficha de Ato
Cirúrgico

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Nome do Paciente:

DREDO CABRIL CHIMPADES LOMD

Diagnóstico Pré-operatório:

FRACTURA PARIETAL DA

Cirurgia realizada:

REDUÇAO CIRURGICA / FIX

Cirurgião:

DR ANTONIO LOMD

Auxiliares:

Anestesiologista:

DR LINDA MULLA

Anestesia:

Diag. Pós-operatório:

FRACTURA PARIETAL DA

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. MARCO-ORIENTADO
2. COLOCAÇÃO COMPES
3. INCISÃO ANTERIOR LOCALIZADA
4. REDUÇÃO FRATURA
5. FIXAÇÃO COM BANDA DE TUBO
6. SUTURA PDA PUNÇÃO DTR PPLR
7. CURATIVO
8. FIM ATO CIRURGICO

[Handwritten signature]

012/05/20

Dr. Antonio E. Lomd
Ortopedia Traumatologia
CRM 2808 TEOT 8229

Data:

___/___/___

Assinatura do cirurgião:

FICHA DE ANESTESIA

NOME: Breno Gabriel Guimarães Santos Nº PRONTUÁRIO: _____
 CONVÊNIO: SUS DATA 12/05/2020 SEXO M COR _____ IDADE _____ PÊSO _____
 NATURAL _____ EST. CIVIL _____ SANGUE _____
 SETOR MÉDICO Ortopedia AMBULATÓRIO _____ APTº _____ E. FÍSICO(ASA) I
 DIAG PRE-OP _____
 CIRURGIA PROPOSTA _____
 DIAG POS-OP _____
 CIRURDIA REALIZADA troca de placa (E)
 PRÉ-ANESTÉSICO _____ HORA _____ EFEITO _____
 CIRURGIÃO Antonio Lora 1º AUXILIAR _____
 2º AUXILIAR _____ INSTRUMENTADOR _____
 AGENTE HORA 08:15 W

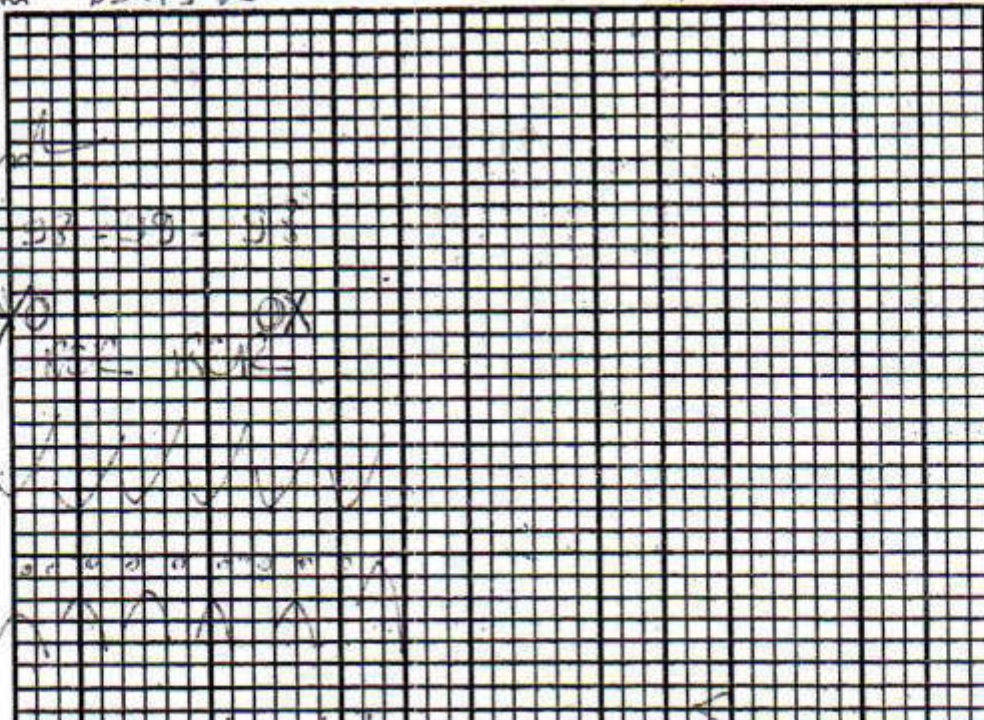
RL

1000 ml

CARDIOSCOPIO
OXÍMETRO
CAPNÓGRAFO

LIQUIDOS

180
160
140
120
100
80
60
40
20



INDUÇÃO
Nº de medicação
consultada
des e
medicação
Tempo 7h

MANUTENÇÃO

RECUPERAÇÃO

Almo IAKIO

ANOTAÇÕES

10 ml
150 ml
200 ml
250 ml
300 ml
350 ml
400 ml
450 ml
500 ml
550 ml
600 ml
650 ml
700 ml
750 ml
800 ml
850 ml
900 ml
950 ml
1000 ml
1050 ml
1100 ml
1150 ml
1200 ml
1250 ml
1300 ml
1350 ml
1400 ml
1450 ml
1500 ml
1550 ml
1600 ml
1650 ml
1700 ml
1750 ml
1800 ml
1850 ml
1900 ml
1950 ml
2000 ml
2050 ml
2100 ml
2150 ml
2200 ml
2250 ml
2300 ml
2350 ml
2400 ml
2450 ml
2500 ml
2550 ml
2600 ml
2650 ml
2700 ml
2750 ml
2800 ml
2850 ml
2900 ml
2950 ml
3000 ml
3050 ml
3100 ml
3150 ml
3200 ml
3250 ml
3300 ml
3350 ml
3400 ml
3450 ml
3500 ml
3550 ml
3600 ml
3650 ml
3700 ml
3750 ml
3800 ml
3850 ml
3900 ml
3950 ml
4000 ml
4050 ml
4100 ml
4150 ml
4200 ml
4250 ml
4300 ml
4350 ml
4400 ml
4450 ml
4500 ml
4550 ml
4600 ml
4650 ml
4700 ml
4750 ml
4800 ml
4850 ml
4900 ml
4950 ml
5000 ml
5050 ml
5100 ml
5150 ml
5200 ml
5250 ml
5300 ml
5350 ml
5400 ml
5450 ml
5500 ml
5550 ml
5600 ml
5650 ml
5700 ml
5750 ml
5800 ml
5850 ml
5900 ml
5950 ml
6000 ml
6050 ml
6100 ml
6150 ml
6200 ml
6250 ml
6300 ml
6350 ml
6400 ml
6450 ml
6500 ml
6550 ml
6600 ml
6650 ml
6700 ml
6750 ml
6800 ml
6850 ml
6900 ml
6950 ml
7000 ml
7050 ml
7100 ml
7150 ml
7200 ml
7250 ml
7300 ml
7350 ml
7400 ml
7450 ml
7500 ml
7550 ml
7600 ml
7650 ml
7700 ml
7750 ml
7800 ml
7850 ml
7900 ml
7950 ml
8000 ml
8050 ml
8100 ml
8150 ml
8200 ml
8250 ml
8300 ml
8350 ml
8400 ml
8450 ml
8500 ml
8550 ml
8600 ml
8650 ml
8700 ml
8750 ml
8800 ml
8850 ml
8900 ml
8950 ml
9000 ml
9050 ml
9100 ml
9150 ml
9200 ml
9250 ml
9300 ml
9350 ml
9400 ml
9450 ml
9500 ml
9550 ml
9600 ml
9650 ml
9700 ml
9750 ml
9800 ml
9850 ml
9900 ml
9950 ml
10000 ml

DROGAS / MATERIAL	CONC.	QUANT	ANESTESIA
			<u>halo + sedação</u>
			Sem-Reinalação - Aberto - Semi-fechado - Círculo - Vai e Vem - S/C Absorção
			Orotosseal - Nasotosseal - Sonda
			Entub.: S/C Lesão - Aparição
			Posição Local Punção Simples C/Caráter Líquido
			Pos. Após Pos. Op. Duração da Op. Duração da Anes.
			Cond. Final Resultado: B.R. M. Reflexos: Acordado - Sono - Adormecido
			Líquidos: Sangue: Anestesiologista

FICHA DO ATO CIRÚRGICO

HOSPITAL _____ CIDADE: _____ COORDENADOR: _____
MÉDICO _____ CRM _____
NOME PACIENTE _____ PRONTUÁRIO _____
DATA NASCIMENTO PACIENTE _____ NOME DA MÃE PACIENTE _____
DATA INTERNAÇÃO _____ DATA CIRURGIA _____ DATA DA ALTA _____
PROCEDIMENTO REALIZADO _____ CÓDIGO PROCEDIMENTO _____

		DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS UTILIZADOS				
		REF	QTD	DESCRIÇÃO	REF	QTD
PEQ. FRAGMENTOS	DESCRIÇÃO					
	PLACA 1/3 TUBO RETA 3.5MM			FIXADOR EXTERNO LINEAR		
	PLACA COMPRESSÃO DINAMICA RETA 3.5MM			FIXADOR EXTERNO PUNHO		
	PLACA RECONSTRUÇÃO BACIA RETA 3.5MM			MINI FIXADOR EXTERNO		
	PLACA EM T 3.5MM			FIXADOR EXTERNO CIRCULAR		
	PLACA EM T OBLÍQUA 3.5MM			FIXADOR WAGNER (ALONGAMENTO)		
	PLACA TREVO 3.5MM			FIXADOR EXTERNO PLATAFORMA		
	PLACA SEMITUBULAR 3.5MM			PINO SCHANZ		
	PLACA CALCANEÓ DIREITA			FIO STEINMAN ROSQUEADO		
	PLACA CALCANEÓ ESQUERDA			CIMENTO COM ANTIBIOTICO		
GRANDES FRAGMENTOS	ARRUELA LISA 3.5/4.0MM			CIMENTO SEM ANTIBIOTICO		
	PLACA COMPRESSÃO DINAMICA LARGA 4.5MM			SERRA DE GIGLI		
	PLACA COMPRESSÃO DINAMICA ESTREITA 4.5MM			ENDOPROTESE		
	PLACA RECONSTRUÇÃO 4.5MM			PROTESE DE QUADRIL		
	PLACA EM T 4.5MM			PROTESE TOTAL OU PARCIAL DE OMBRO		
	PLACA PLATEAU TIBIAL (MALEAVEL) 4.5MM			PROTESE TOTAL OU PARCIAL JOELHO		
	PLACA CONDÍLEA 4.5MM			PROTESE DE ARTROPLASTIA COTOVELO		
	PLACA EM L 4.5MM			SISTEMA COLUNA PARCIAL OU TOTAL		
	PLACA TREVO 4.5MM			KIT CIMENTAÇÃO		
	PLACA COBRA 4.5MM			ENXERTO OSSEO SINTETICO 5 GRAMAS		
DHS / MCS	PLACA SEMITUBULAR 4.5MM			ENXERTO OSSEO SINTETICO 10 GRAMAS		
	PLACA PONTE 4.5MM			FIO CERCLAGEM		
	PLACA CALÇO 4.5MM			PLACA ENDOBOTTON		
	ARRUELA 4.5MM			LAMINA SHAVER		
	ARRUELA 6.5MM			CANULA ARTROSCOPIA		
	PLACA DHS 135°			DRENO SUÇÃO		
	PLACA DCS 95°			FIO STEINMAN		
	PARAFUSO DESLIZANTE ROSCA CURTA			FIO KIRSCHNER		
	PARAFUSO DESLIZANTE ROSCA LONGA			PLACA BUCO MAXILO		
	PLACA EM T 2.7MM			SUBSTITUTO SINTETICO - DURAMATER		
MINI	PLACA SEMITUBULAR 2.7MM			ASPIRADOR COM FILTRO		
	MINI PLACA EM L 1.5MM			ÂNCORA		
	MINI PLACA EM T 1.5MM			MINI ÂNCORA AGULHADA		
	MINI PLACA EM L 2.0MM			ÂNCORA COM FIO ACOPLADO		
	MINI PLACA EM T 2.0MM			HASTE		
	PLACA VOLAR RADIO DISTAL			FIXADOR MODULAR ALONGAMENTO		
	PLACA BLOQUEADA UMERÓ			FIXADOR RADIO TRANSPARENTE		
	PLACA ARTROSE MM			FIXADOR MODULAR COTOVELO		
	PLACA BLOQUEADA 3.5MM			FIXADOR TRILHO PARA ALONGAMENTO		
	PLACA SPIDER			FIXADOR PEDIATRICO		
		ESPECIFICAÇÕES PARAFUSOS				

ESPECIFICAÇÕES PARAFUSOS

PARAFUSO	Nº	QTD	PARAFUSO TITÂNIO	QTD
CORTICAL MM	Nº		CORTICAL MM	
PARAFUSO	Nº		PARAFUSO TITÂNIO	
CORTICAL MM	Nº		CORTICAL MM	
PARAFUSO	Nº		PARAFUSO HEBERT	
ANULADO 3.5MM	QTD		2.0MM	
PARAFUSO	Nº		PARAFUSO HEBERT	
ANULADO 4.5MM	QTD		2.7MM	
PARAFUSO	Nº		PARAFUSO	
ANULADO 7.0MM	QTD		BLOQUEADO MM	
PARAFUSO	Nº		PARAFUSO BUCO	
ESPONJOSO 4.0MM	QTD		MM	
PARAFUSO	Nº		PARAFUSO	
ESPONJOSO 6.5MM	QTD		INTERFERC. MM	
PARAFUSO	Nº		PARAFUSO DISTAL	
TRAILEOLAR 4.5MM	QTD		/ PROX. MM	

MATERIAL FORA DA LISTA

DESCRIÇÃO	QTD	DESCRIÇÃO	QTD

Dr. Aníbal L. Lora Almeida
Ortopedista Traumatologista
CRM 24616 - FGO 2009

MS/DATASUS HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLORIA

No. DO BE: 433864 DATA: 19/04/2020 HORA: 10:46 USUARIO: LACREIS
CNS: SETOR: 04-SALA DE PROCEDIMENTOS

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : BRENO GABRIEL GUIMARAES SANTOS DOC...: 2,245,779-
IDADE...: 26 ANOS NASC: 17/07/1993 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO...: PRACA DA IGREJA NOVA NUMERO: 35
COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: CENTRO
MUNICIPIO...: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE CEP...: 49680-000
NOME PAI/MAE...: EDELSIO VIEIRA DOS SANTOS /MARIA IZABEL GUIMARAES SANTOS
RESPONSÁVEL...: O PROPRIO TEL...: 079.990790
PROCEDENCIA...: NOSSA SENHORA DA GLORIA-SE 38
ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS) 999841679
CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE...: NAO TRAUMA: NAO
CID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO 996459596

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: *Vitima de acidente de trânsito. Apresenta luxação patelar em MLE.* DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: *Fratura na patela*

CID: 582.0

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

① Encaminhado à ortopedia

② Ceftriaxona 2g EV

③ Solicito ECG

④ Cetoprofeno

DATA 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/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Laudo de Ecg

Unidade: Hospital Regional Governador João Alves Filho-N.Senhora da Glória-SE

Hora Chegada: 12:25

Hora Saida: 12:28

Paciente: BRENO GABRIEL GUIMARAES SANTOS

Idade: 26

Médico: Dr. Jorge Morant

Data Exame: 19/04/2020

Ritmo: Sinusal

Frequência Cardíaca: 75 bpm

Conclusão: Eletrocardiograma normal

Registro do Traçado: 03

SAQRS:



Dr. Jorge Morant
Cardiologia – CRM 19016

Assinatura Eletrônica

Salvador/Bahia, 19 Abril 2020

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

No. Registro.: 31337

Numero do CNS: 160379473260005

Nome.....: BRENO GABRIEL GUIMARAES SANTOS

Documento.....: 22457798 Tipo:

Nascimento....: 17/07/1993

Estado Civil.:

Idade.....: 26 - ANOS Cor:

Sexo.....: MASCULINO

Responsavel...: EDELSIO VIEIRA DOS SANTOS

Nome da Mae...: MARIA IZABEL GUIMARAES

Endereco.....: RUA MANOEL DE BARROS, CASA CEP: 49680.000

Telefone.....: 079996727429

Bairro.....: CENTRO

Municipio.....: 2804508 - NOSSA SENHORA DA GLORIA - SE

Nacionalidade: BRASILEIRO

Naturalidade.: SERGIPE

Cadastramento: 12/05/2020

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3210038436

Nome do(a) Examinado(a): BRENO GABRIEL GUIMARAES SANTOS

Endereço do(a) Examinado(a): RUA MIZAE DE BARROS , 620, casa, Nossa Senhora da Glória/SE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: Não Informado / 22457798

Data e local do acidente: 19/04/2020 - Nossa Senhora da Glória/SE

Data e local do exame: 05/03/2021 - Aracaju/SE

Coordenadas Geográficas: latitude: -10.9129 , longitude: -37.07055

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA COMINUTIVA DE PATELA A ESQUERDA

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

PERICIA DO VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X MOTO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 19/04/2020, FOI REALIZADO IMOBILIZAÇÃO GESSADA E AGENDADO A CIRURGIA, RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO MESMO DIA, FOI FEITO NOVO INTERNAMENTO EM 12/05/2020 PARA SER SUBMETIDA A REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA COM 02 FIOS DE KIRSCHNER E 01 FIO DE AÇO (CERCLAGEM), RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO DIA 20/05/2020, FICOU SENDO ACOMPANHADO EM NÍVEL AMBULATORIAL PELA ORTOPEDIA, SENDO REALIZADO NESTE PERÍODO SESSÕES DE FISIOTERAPIA MOTORA, RECEBEU ALTA DEFINITIVA EM 07/09/2020, (INFORMADO PELA PERICIA DO, SEM COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL). O QUADRO EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho normal, flexão aos 40°, extensão aos 50°, presença de derrames articulares, presença de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no joelho esquerdo.

IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

DÉFICIT FUNCIONAL SEVERO DO JOELHO ESQUERDO

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que

represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Joelho Esquerdo - Intenso - 75%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:

Manoel Otacilio Nascimento Junior
Manoel Otacilio N.
Osteo e Podologo III
CRM 1627
MANOEL OTACILIO NASCIMENTO JUNIOR CRM: 1627 / UF: SE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3210038436 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRENO GABRIEL GUIMARAES SANTOS **Data do acidente:** 19/04/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/03/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE PATELA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: P.17.20_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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

**PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE
PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Breno Gabriel Guimarães Sentes
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Advogado, portador da cédula
de identidade RG nº 2.245.779-8, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 070.029.675-17, residente na (endereço
completo) Rua Miguel de Barros, na cidade de
N. Sra. da Glória (UF) SE, CEP 4968.000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) José Marcos de O. Resu
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Consultor, portador da cédula
de identidade RG nº 212.338.29, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na (endereço
completo) Rua dos Sábios, na cidade de
N. Sra. da Glória (UF) SE, CEP 49680.000, a quem confiro
amplos e gerais poderes para, tratar, requerer, assinar papéis e
documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO
SEGURO DPVAT** da vítima (nome da vítima) Breno Gabriel Guimarães Sentes
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) N. Sra. da Glória 03/02/2021

(assinatura) *Breno Gabriel Guimarães Sentes*

(RG) 2.245.779-8

OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0034773/21

Vítima: BRENO GABRIEL GUIMARAES SANTOS

CPF: 070.029.675-17

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 19/04/2020

Titular do CPF: BRENO GABRIEL
GUIMARAES SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA : 020.003.675-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

BRENO GABRIEL GUIMARAES SANTOS : 070.029.675-17

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 01/02/2021
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/02/2021
Nome: VERA LUCIA DA SILVA BERTO I
CPF: 675.189.230-68

VERA LUCIA DA SILVA BERTO I