

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: 30/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADRIANO DOS SANTOS

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000034217258-9

Nr. da Autenticação 610EDEE3C7BAFFA8

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: 21/01/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADRIANO DOS SANTOS

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000034217258-9

Nr. da Autenticação F6E865EF57A028A1

Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200266033

Vítima: ADRIANO DOS SANTOS

Data do Acidente: 29/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADRIANO DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 06 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200266033

Vítima: ADRIANO DOS SANTOS

Data do Acidente: 29/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADRIANO DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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: **ADRIANO DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **260**

Agência: **000000001**

Conta: **000034217258-9**

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

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200266033

Vítima: ADRIANO DOS SANTOS

Data do Acidente: 29/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ADRIANO DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200266033

Vítima: ADRIANO DOS SANTOS

Data do Acidente: 29/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADRIANO DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau completo 10%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 25,00%	
Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$ 3.375,00

Recebedor: **ADRIANO DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **260**

Agência: **000000001**

Conta: **000034217258-9**

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

Estamos aqui para Você



**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: 3200266033

Nome do(a) Examinado(a): ADRIANO DOS SANTOS

Endereço do(a) Examinado(a): RUA BECO DO CURRAL, 148, pov pedrinhas, Areia Branca/SE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP SE / 25613694

Data e local do acidente: 29/11/2018 - Aracaju/SE

Data e local do exame: 12/01/2021 - Aracaju/SE

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

FRATURA BI MALEOLAR (MEDIAL E LATERAL) DO TORNOZELO A ESQUERDA

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

PERICIA DO VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 18/11/2018, SENDO REALIZADO REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DA FÍBULA COM 01 PLACA E 07 PARAFUSOS E DA TÍBIA COM 01 PARAFUSO, RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO DIA 29/11/2018, FICOU SENDO ACOMPANHADO EM NÍVEL AMBULATORIAL PELA ORTOPEDIA, SENDO REALIZADO NESTE PERÍODO SESSÕES DE FISIOTERAPIA MOTORA, RECEBEU ALTA DEFINITIVA EM 14/03/2019, (INFORMADO PELA PERICIA, 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 tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 5°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau total no tornozelo 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

PERDA TOTAL DA FUNÇÃO DO TORNOZELO 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 sequelas permanentes" (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.

Tornozelo Esquerdo - Total - 100%

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



Manoel Otacilio Nascimento Junior
Manoel Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200266033

Cidade: Areia Branca

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ADRIANO DOS SANTOS

Data do acidente: 29/11/2018

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA BI MALEOLAR (MEDIAL E LATERAL) DO TORNOZELO A ESQUERDA

Descrição do exame físico: Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 5°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau total no tornozelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: REALIZADO REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DA FÍBULA COM 01 PLACA E 07 PARAFUSOS E DA TÍBIA COM 01 PARAFUSO, RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO DIA 29/11/2018, FICOU SENDO ACOMPANHADO EM NÍVEL AMBULATORIAL PELA ORTOPEDIA, SENDO REALIZADO NESTE PERÍODO SESSÕES DE FISIOTERAPIA MOTORA

Sequelas permanentes: PERDA TOTAL DA FUNÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/01/2021

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

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 tornozelo	25 %	Em grau completo - 100 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200266033

Cidade: Areia Branca

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ADRIANO DOS SANTOS

Data do acidente: 29/11/2018

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA BI MALEOLAR (MEDIAL E LATERAL) DO TORNOZELO A ESQUERDA

Descrição do exame físico: Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 5°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau total no tornozelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: REALIZADO REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DA FÍBULA COM 01 PLACA E 07 PARAFUSOS E DA TÍBIA COM 01 PARAFUSO, RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO DIA 29/11/2018, FICOU SENDO ACOMPANHADO EM NÍVEL AMBULATORIAL PELA ORTOPEDIA, SENDO REALIZADO NESTE PERÍODO SESSÕES DE FISIOTERAPIA MOTORA

Sequelae permanentes: PERDA TOTAL DA FUNÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelae: Com sequela

Data do exame físico: 12/01/2021

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

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 tornozelo	25 %	Em grau completo - 100 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2002

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 045 CONTA: 90.17-2 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(a) ou menor(a)? ☐ 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

Imprescindível
Assinatura da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

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

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DISTRITAL DE AREIA BRANCA - AREIA BRANCA - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 074826/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/09/2019 10:56 Data/Hora Fim: 16/09/2019 11:00
Delegado de Polícia: Cleones S. Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Distrital de Areia Branca
Data/Hora do Fato: 29/11/2018 14:30

Local do Fato

Município: Areia Branca (SE)
Logradouro: RODOVIA BR 235, curva próximo ao acesso ao Povoado Pedrinhas

Bairro: Povoado Cafuz
Nº: s/nr.
CEP: 49.580-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ADRIANO DOS SANTOS (COMUNICANTE, VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: SE - Areia Branca	Sexo: Masculino	Nasc: 16/11/1987
Profissão: Mecânico			
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Jandira dos Santos			

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 851.302.815-00

Endereço

Município: Areia Branca - SE
Logradouro: RUA DA IGREJA
Bairro: POVOADO PEDRINHAS
Nº: 22
CEP: 49.580-000

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocideta/Motoneta
Descrição MOTO HONDA	CPF/CNPJ do Proprietário 017.703.835-73
Placa OES0134	Renavam 00565385682
Número do Motor KD05E4D160439	Número do Chassi 9C2KD0540DR160439
Ano/Modelo Fabricação 2013/2013	Cor PRETA
UF Veículo Sergipe	Município Veículo Areia Branca
Marca/Modelo HONDA/NXR150 BROS ESD	Modelo HONDA/NXR150 BROS ESD
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido, Meio Empregado	Última Atualização Denatran 16/08/2019
Situação do Veículo NADA CONSTA	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Adriano dos Santos	Possuidor



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DISTRITAL DE AREIA BRANCA - AREIA BRANCA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 074826/2019-A01

RELATO/HISTÓRICO

RELATA O NOTICIANTE, QUE NO LOCAL DATA E HORA SUPRACITADOS, CONDUZIA SUA MOTOCICLETA PELA BR 232 QUANDO NA CURVA DO CAFUZ, SURTIU UM CACHORRO EM SUA FRENTE E, AO TENTA DESVIAR DO CITO ANIMAL, O VEICULO MENCIONADO TOMBOU CAINDO POR CIMA DA PERNA ESQUERDA DO CONDUTOR PROVOCANDO FATURAS NO TORNOZELO. DIANTE DOS FATOS SOLICITA PROVIDÊNCIAS.

Areia Branca, 16 de setembro de 2019.

O comunicante comparece para atualizar dados cadastrais do veículo.

ASSINATURAS

Daysiane Barbosa de Matos
Responsável pelo Atendimento

Adriano dos Santos
(Vítima / Comunicante)

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

Cleones S. Silva
Delegado de Polícia

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 851.302.835-00 4 - Nome completo da vítima: Adriano Dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2002

5 - Nome completo: Adriano Dos Santos 6 - CPF: 851.302.835-00

7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua Professora Lucineia S. Paula 9 - Número: 348 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Povo Redonhas 12 - Cidade: Arara Branca 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49580-000

15 - E-mail: florian.marcelo1003@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 69195448-6122

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 abertos. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1045 CONTA: 9037-2 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(a) ou menor? ☐ 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 - Impossível digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Arara Branca/SE 27-07-2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Adriano Dos Santos*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

DATA: 28/11/2018 HORA: 15:34 USUARIO: JESSEPEREIRA

PLANO DE SAUDE....:	NAO	TRAUMA:	SIM
VEIO DE AMBULANCIA:	NAO		

EXAMES COMPLEMENTARES:					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RAIO X	<input type="checkbox"/>	SANGUE	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LIQUOR	<input type="checkbox"/>	ECG	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	URINA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	ULTRASSONOGRAFIA	<input type="checkbox"/>

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: ☐ SIM ☐ NAO

DADOS CLINICOS: *Paciente relata* DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

amotou a pele facina do pé esquerdo, visto com marcas p
e fora do protocolo; nega alergia, tórax, síncope
④ Perna, sem celulite; ⑤ Boa expirabilidade; Sem mel d
ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:
① 20 RPM ② Aumentando em região de tornozelo ③ FC = 100 BPM
④ T_{ax} 3,7 ⑤ ECG-15, Pulpas totais, com ⑥ Lesão em
diagnóstico: ASD. com defeito, RHA ⑦; Pulve tuberculid:

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MEDICINA

1 Solicito Radiografia de Tornozelo (E) (2 posições)
2 Solicito Radiografia de PE (E) (2 posições)
3 injeção na lã + 18 ml AD, EV
4 Av. Ortopedia

DATA DA SAÍDA: _____

HISTÓRICO
ELETROCARDIOGRAMA
EXAMES DE LABORATÓRIO
DATA: 30.11.15
HORARIO: 15h
TECNICO: _____

Dra. Gabriela Rezende Santos
Médica
CRM 5760

17.15

DATA DA SAIDA: / /
ALTA: ☐ DECISAO MEDICA ☐ A PEDIDO
 ☐ ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

HORA DA SAIDA:
[] DESISTE

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: ☐ ATÉ 48HS ☐ APÓS 48HS ☐ FAMÍLIA ☐ IML ☐ AN

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO ME

ASSINATURA E CARIMBO DO ME
- Cataprazza 29-01-18
- S.F. 29/01/18
- Cataprazza 29-01-18

Registro de Enfermagem no Trans-Operatório

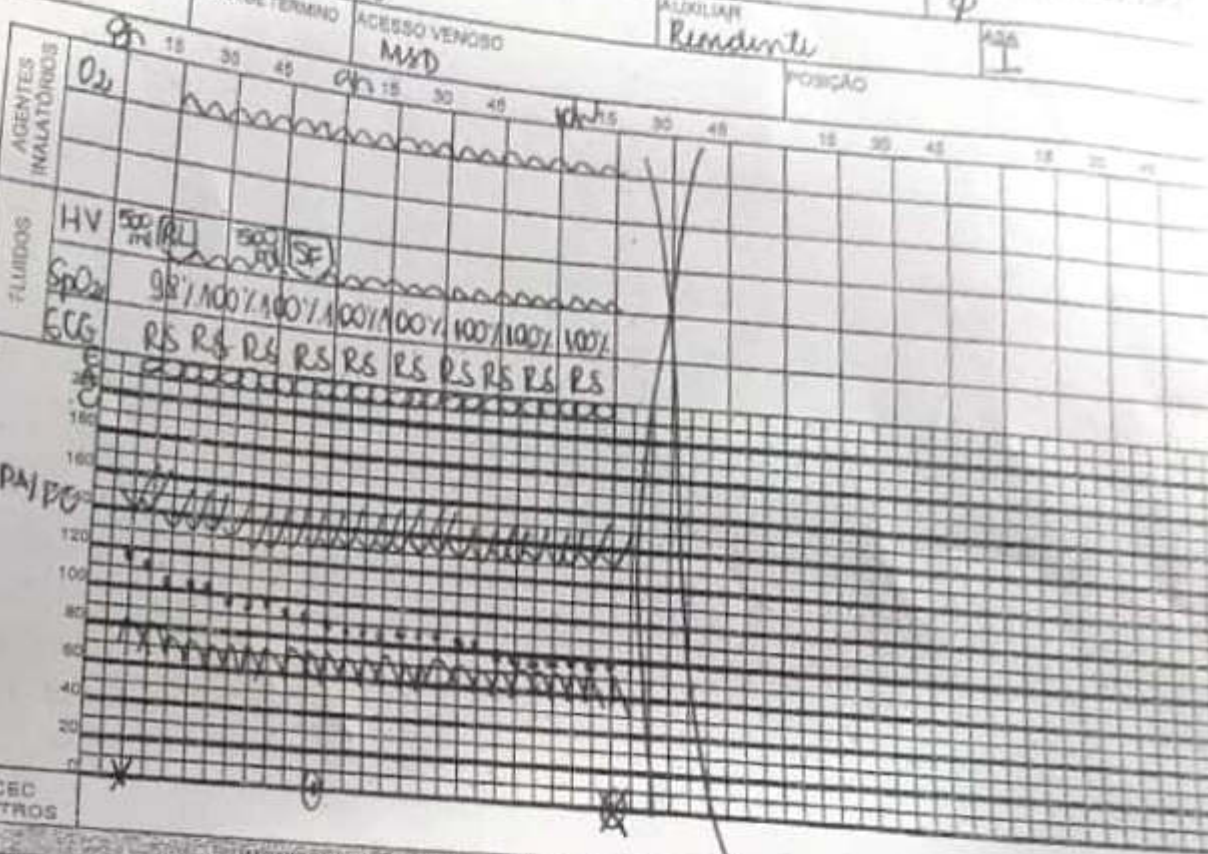
ANESTESIA DE CIRURMAGEM NO TRANS-OPERATÓRIO									
NOME		Adriano dos Santos				PRONTUÁRIO		18077	
RECEBIDO NA S.O. POR		B. Gomes Pereira				DATA		08/12/18	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA		ACORDADO		SONOLENTO		AGITADO		COMATOSO	
CIRCULANTE		ENTRADA S.O.		PROCEDÊNCIA		INÍCIO DA ANESTESIA		INÍCIO DA CIRURGIA	
SAÍDA DA S.O.		FIM DA ANESTESIA		FIM DA CIRURGIA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA		1º AUXILIAR		2º AUXILIAR		LATERALIDADE	
INSTRUMENTADOR								() DIREITA () ESQUERDA () NA	
CIRURGIA PROPOSTA									
CIRURGIA REALIZADA									
TÉCNICA ANESTÉSICA									
GERAL VENOSA		GERAL INALATÓRIA		GERAL COMBINADA		GERAL BALANCEADA		RAQUIANESTESIA	
PERIDURAL C/ CATETER		PERIDURAL S/ CATETER		SEDAÇÃO		BLOQUEIO DO PLEXO		LOCAL	
TUBO ENDOTRAQUEAL () ORAL () NASAL		Nº:		TUBO ARAMADO		Nº:		MÁSCARA LARÍNGEA	
ASEPSE									
PVP/ TÓRACO		PVP/ ALCOÓLICO		PVP/ DEGERMANTE		CLOREXID. ALCOÓLICO		CLOREXID. DEGERMANTE	
EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS UTILIZADOS									
BOMBA DE INFUSÃO		DEFIBRILADOR		MONITOR CEREbral (BIS)		INTENSIFICADOR DE IMAGEM		MANTA TÉRMICA	
FIBROSCÓPIO		MONITOR CARDÍACO		PA (NÃO INVASIVA)		PA (INVASIVA)		OXÍMETRO	
FOCO AUXILIAR		FONTE DE LUZ		VIDEOLAPAROSCÓPIO		BRONCOSCÓPIO		OUTROS	
COXINS DE CONFORTO UTILIZADOS									
CABEÇA		MSD		MSE		MIE		MID	
BISTURI ELÉTRICO									
BIPOLAR		MONOPOLAR		PLACA BISTURI		COMPRIMENTO		ENTREGUE	
								30	
LOCAL		ELETRODOS		INCISÃO CIRÚRGICA		PEQUENO		ENTREGUE	
GASOMETRIA: SIM () NÃO ()									
POSICÃO DO PACIENTE									
DORSAL		VENTRAL		LAT. ESQ.		LAT. DIR.		CANIVETE	
								TREDELEMBURG	

ELABORADO PELOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM DO 7º PERÍODO DA FACULDADE ESTÁCIO/FASE (2014/ 01 E 02) ORIENTADO
PELAS PROFESSORAS LUCIANA LÔBO E SÍLVIA SANDES

HUSE

BOLETIM DE ANESTESIA

PACIENTE: Adriano dos Santos, 31 anos
 UNIDADE: CC
 MEDICO: PERO: ? = 65 kg Alt?
 CIRURGIA PROGRAMADA: Tto cirurgico de fratura do tornozelo E
 ANESTESIOLOGISTA: Kuti In maura
 CIRURGIÃO: Davi, dugo Dinis Cabral
 TÉCNICA ANESTÉSICA: Raquimedistina
 ALDIKIAN: Rindente
 REGISTRO: 180778
 LEITO: 126
 DATA: 08/02/92



MONITORIZAÇÃO	MONITORIZADA		MONITORIZADA	
	PA NÃO INVASIVA	X	PVC	
	PA INVASIVA		TEMPERATURA	
	ELETROCARDIOGRAFIA	X	DIURESE	
	OXIMETRIA	X	VENTILAÇÃO	
	CAPNOGRAFIA		PAM	

- 1) Cirurgia de malúcia
- 2) ECG, PA, SpO2 + ruído de ventilação prévia
- 3) O2 sob CN 2 l/min
- 4) Midazolam 3 mg IV
- 5) Bloqueio subaracnóideo: Pcte montado. B. Antissepsia de região toracolumbar cl álcool 70%. Puncção subaracnóidea mediana, única, em L3-L4. A agulha de Quincke 26G. Saída de LCR claro e Dermotorno. Infusão de morfina 60 mcg + bupivacaína 0,5% 13 mg.
- 6) Pcte apresenta falta de equilíbrio
- 7) Cyodina 2g IV
- 8) Ketamifeno 10 mg IV
- 9) Bloq. subaracnóideo; Pcte montado. B. Antissepsia C. Puncção subaracnóidea mediana, única,
- 10) Cyodina 2g IV
- 11) Midazolam 3 mg IV
- 12) Fentanil 50 mcg IV



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: ADRIANO DOS SANTOS

DIAG. PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de tíbia e fêmur

CIRURGIA REALIZADA: MFI

CIRURGIÃO: DR. Denis Cabral

AUXILIARES: MRI Walber

ANESTESIA: máui + Sermis

ANESTESISTA: DRA. KETIM

DIAG. PÓS OPERATÓRIO: o mesmo

CIRURGIA LIMPA

() CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA

() CIRURGIA CONTAMINADA

() CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? () SIM (X) NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

() VIAS AÉREAS SUP. () PULMONAR () URINÁRIA () SNC () TGI

() CUTÂNEO () AP. CARDIO-VASCULAR () PLEURA () OUTROS

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA

2- ASSEPSIA E ANTISSEPÇÃO + COLOCAÇÃO CAMPOS ESTEREIS + GAMPOTE

3- INCISÃO LATERAL AO TORNOTOLO

4- DISSECAÇÃO POR PLANOS + VISUALIZAÇÃO DA FÊMUR

5- REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM PLACA OCP MOLADA

6- (F + 6P) SEMO 1 TRANSILUMINAR

7- INCISÃO MEDIAL AO TORNOTOLO + DISSECAÇÃO POR PLANOS

8- VISUALIZAÇÃO DA FÊMUR + REDUÇÃO E FIXAÇÃO

9- PLACAS CONJUGADAS

10- LIGAMEN TO R9

11- SUTURA POR PLANOS + CURATIVO COM DRESSING

12- RETIRADA DO GAMPOTE

DATA: 08/12/2018

13 - A SADA

Dr. Denis Cabral Duarte
CRM 4183 TEOT 12383
Ortopedia e Traumatologia
Assinatura do Cirurgião

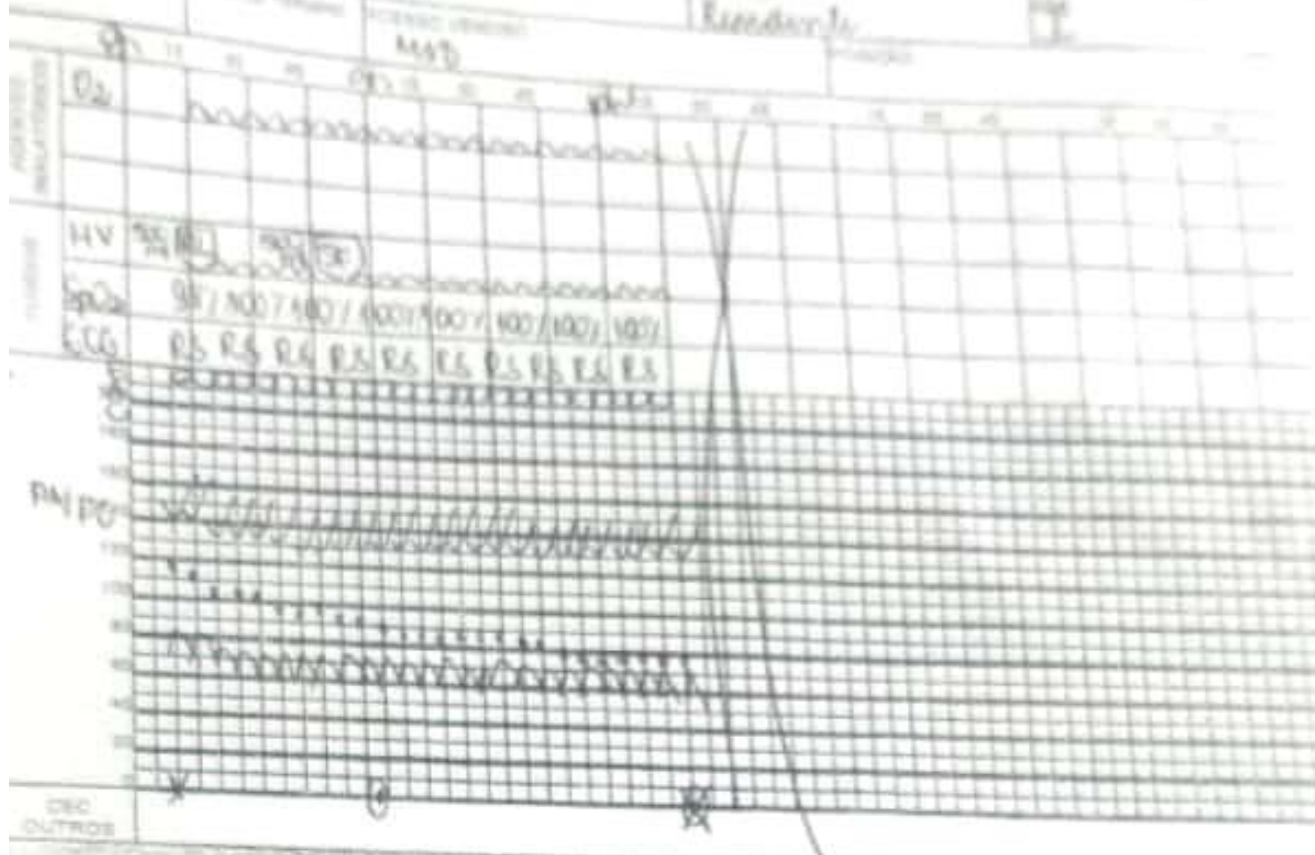
100 ganges de palma de Intergate E
niti. In mano.

Don, Diego, Dinos, Cabral

Frequency of use

Reader's

Results



MONTAGEM		MONTAGEM	
PA NÃO INVASIVA	X	PVC	
PA INVASIVA		TEMPERATURA	
ELETROCARDIOGRAFIA	X	DIURESE	
OXIMETRIA	X	VENTILAÇÃO	
CAPNOGRAFIA		PAM	

- | | | |
|--|--|---|
| 1) Chisagem de malha | | |
| 2) ECG, PNI, SpO ₂ + revisão de verificação pulsa | | med. Cyndina 2g IV |
| 3) O ₂ mob CN 2L/min | | V. Dose ad 09:30h |
| 4) Indometacina 3mg IV | | V. Dose ad 10h |
| 5) Exame subaracnóideo Pte. direito B. Anticép-
na de região toracolumbar d álcool 70°C. Pun-
ção subaracnóidea mediana, única, em L3-L4 | | V. Dose ad 10h |
| 6) agulha de Quincke 26G. Saída de LCR claro e
+ Normotensão. Infusão de morfina 60 mcg +
bupivacaína pesada 0,5% 13mg. | | Saída de LCR claro e normotensão
Infusão de bupivacaína 0,5% 10mg. |
| 7) Pte. apresenta falta de biquinho | | 6) Bupivacaína 2g IV |
| 8) Cyndina 2g IV | | 7) Indometacina 3mg IV |
| 9) Ketorolac 10 mg IV | | 8) Fentanil 50 mcg IV |
| 10) Exame subaracnóideo; Pte. direito B. Anticép-
na de região toracolumbar d álcool 70°C. Pun-
ção subaracnóidea mediana, única, | | 11) Fentanil 50 mcg IV |



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome do Paciente:	Adriana dos Santos	Idade:	Sexo:
Unidade de Produção:	SR PA	Leito:	Nº do Prontuário:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
09/12/10	10:30	Paciente admitida no SR PA em PO com náuseas, vômitos, dor abdominal sup umbilical, febre 38,5°C, queixa com dor com sono próprio e cirurgias na região cirúrgica e monitorar o caso P. 43 rpm. Segue mantendo o que lhe for cuidado de enfermeiro.
	12:00	Paciente segue no SR PA mantendo o que lhe for cuidado de enfermagem P. 43 rpm. Sem queixas.
	14:00	Paciente no leito, acordado, sem queixas no momento. Sinais vitais: 37,5°C, 72 bpm, 12 mmHg.
	16:00	Encaminhado a B2.
	18h	Administrado medicamento de febre que lhe queixa. Temperatura 37,6°C. Paciente no leito, acordado, sem queixas. Sinais vitais: 37,6°C, 72 bpm, 12 mmHg. Paciente em PO, sem náuseas, vômitos, dor abdominal. Paciente em PO, sem náuseas, vômitos, dor abdominal. Paciente em PO, sem náuseas, vômitos, dor abdominal.
	20:00	Administrado medicamento de febre.
	22:00	Administrado medicamento de febre.
	24h	No leito consciente orientado supine respondendo as orientações verbais, dados perpendiculares e aquecido.
	26h	Segue no leito de internamento. Sinais vitais: 37,5°C, 72 bpm, 12 mmHg.
	28h	Segue no leito de internamento. Sinais vitais: 37,5°C, 72 bpm, 12 mmHg.
	30h	Segue no leito de internamento. Sinais vitais: 37,5°C, 72 bpm, 12 mmHg.
	32h	Segue no leito de internamento. Sinais vitais: 37,5°C, 72 bpm, 12 mmHg.
	34h	Segue no leito de internamento. Sinais vitais: 37,5°C, 72 bpm, 12 mmHg.
	36h	Segue no leito de internamento. Sinais vitais: 37,5°C, 72 bpm, 12 mmHg.
	38h	Segue no leito de internamento. Sinais vitais: 37,5°C, 72 bpm, 12 mmHg.
	40h	Segue no leito de internamento. Sinais vitais: 37,5°C, 72 bpm, 12 mmHg.
	42h	Segue no leito de internamento. Sinais vitais: 37,5°C, 72 bpm, 12 mmHg.
	44h	Segue no leito de internamento. Sinais vitais: 37,5°C, 72 bpm, 12 mmHg.
	46h	Segue no leito de internamento. Sinais vitais: 37,5°C, 72 bpm, 12 mmHg.
	48h	Segue no leito de internamento. Sinais vitais: 37,5°C, 72 bpm, 12 mmHg.
	50h	Segue no leito de internamento. Sinais vitais: 37,5°C, 72 bpm, 12 mmHg.
	52h	Segue no leito de internamento. Sinais vitais: 37,5°C, 72 bpm, 12 mmHg.
	54h	Segue no leito de internamento. Sinais vitais: 37,5°C, 72 bpm, 12 mmHg.
	56h	Segue no leito de internamento. Sinais vitais: 37,5°C, 72 bpm, 12 mmHg.
	58h	Segue no leito de internamento. Sinais vitais: 37,5°C, 72 bpm, 12 mmHg.
	60h	Segue no leito de internamento. Sinais vitais: 37,5°C, 72 bpm, 12 mmHg.
	62h	Segue no leito de internamento. Sinais vitais: 37,5°C, 72 bpm, 12 mmHg.
	64h	Segue no leito de internamento. Sinais vitais: 37,5°C, 72 bpm, 12 mmHg.
	66h	Segue no leito de internamento. Sinais vitais: 37,5°C, 72 bpm, 12 mmHg.
	68h	Segue no leito de internamento. Sinais vitais: 37,5°C, 72 bpm, 12 mmHg.
	70h	Segue no leito de internamento. Sinais vitais: 37,5°C, 72 bpm, 12 mmHg.
	72h	Segue no leito de internamento. Sinais vitais: 37,5°C, 72 bpm, 12 mmHg.
	74h	Segue no leito de internamento. Sinais vitais: 37,5°C, 72 bpm, 12 mmHg.
	76h	Segue no leito de internamento. Sinais vitais: 37,5°C, 72 bpm, 12 mmHg.
	78h	Segue no leito de internamento. Sinais vitais: 37,5°C, 72 bpm, 12 mmHg.
	80h	Segue no leito de internamento. Sinais vitais: 37,5°C, 72 bpm, 12 mmHg.
	82h	Segue no leito de internamento. Sinais vitais: 37,5°C, 72 bpm, 12 mmHg.
	84h	Segue no leito de internamento. Sinais vitais: 37,5°C, 72 bpm, 12 mmHg.
	86h	Segue no leito de internamento. Sinais vitais: 37,5°C, 72 bpm, 12 mmHg.
	88h	Segue no leito de internamento. Sinais vitais: 37,5°C, 72 bpm, 12 mmHg.
	90h	Segue no leito de internamento. Sinais vitais: 37,5°C, 72 bpm, 12 mmHg.
	92h	Segue no leito de internamento. Sinais vitais: 37,5°C, 72 bpm, 12 mmHg.
	94h	Segue no leito de internamento. Sinais vitais: 37,5°C, 72 bpm, 12 mmHg.
	96h	Segue no leito de internamento. Sinais vitais: 37,5°C, 72 bpm, 12 mmHg.
	98h	Segue no leito de internamento. Sinais vitais: 37,5°C, 72 bpm, 12 mmHg.
	100h	Segue no leito de internamento. Sinais vitais: 37,5°C, 72 bpm, 12 mmHg.



Nome do Paciente:

Achse des Senk

Source: *Author's calculations*.

Letter:

Nº da Apresentação

292130

[illegible]



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Fundação
Hospitalar
de Saúde

Nome do Paciente:

Unidade de Produção:

Idade:

Sexo:

Leito:

Nº do Prontuário:

DATA

HORA

EVOLUÇÃO

21/08/2018	06h	13a administração medicamentosa de 10ml de insulina regular, insulina NPH e insulina glargina. Paciente em jejum, apresenta Tg 160mg/dL, glicemia 180mg/dL, saturação de O2 98% em ar ambiente. Paciente acordado, em boas condições de saúde. MFC em jejum, sem dor abdominal, sem náusea e vômito. Sem febre.
15	08h	Paciente acordado, em boas condições de saúde. MFC em jejum, sem dor abdominal, sem náusea e vômito. Sem febre.
	09h30	Exatidão e atenção. Sem febre.
	12h00	13a administração medicamentosa de 10ml de insulina regular, insulina NPH e insulina glargina. Paciente em jejum, apresenta Tg 160mg/dL, glicemia 180mg/dL, saturação de O2 98% em ar ambiente. Paciente acordado, em boas condições de saúde. MFC em jejum, sem dor abdominal, sem náusea e vômito. Sem febre.
	14h00	13a administração medicamentosa de 10ml de insulina regular, insulina NPH e insulina glargina. Paciente em jejum, apresenta Tg 160mg/dL, glicemia 180mg/dL, saturação de O2 98% em ar ambiente. Paciente acordado, em boas condições de saúde. MFC em jejum, sem dor abdominal, sem náusea e vômito. Sem febre.
	16h00	Paciente acordado, em boas condições de saúde. MFC em jejum, sem dor abdominal, sem náusea e vômito. Sem febre.
	18h00	13a administração medicamentosa de 10ml de insulina regular, insulina NPH e insulina glargina. Paciente em jejum, apresenta Tg 160mg/dL, glicemia 180mg/dL, saturação de O2 98% em ar ambiente. Paciente acordado, em boas condições de saúde. MFC em jejum, sem dor abdominal, sem náusea e vômito. Sem febre.
	19h00	13a administração medicamentosa de 10ml de insulina regular, insulina NPH e insulina glargina. Paciente em jejum, apresenta Tg 160mg/dL, glicemia 180mg/dL, saturação de O2 98% em ar ambiente. Paciente acordado, em boas condições de saúde. MFC em jejum, sem dor abdominal, sem náusea e vômito. Sem febre.
	20h00	13a administração medicamentosa de 10ml de insulina regular, insulina NPH e insulina glargina. Paciente em jejum, apresenta Tg 160mg/dL, glicemia 180mg/dL, saturação de O2 98% em ar ambiente. Paciente acordado, em boas condições de saúde. MFC em jejum, sem dor abdominal, sem náusea e vômito. Sem febre.
	21h00	13a administração medicamentosa de 10ml de insulina regular, insulina NPH e insulina glargina. Paciente em jejum, apresenta Tg 160mg/dL, glicemia 180mg/dL, saturação de O2 98% em ar ambiente. Paciente acordado, em boas condições de saúde. MFC em jejum, sem dor abdominal, sem náusea e vômito. Sem febre.
	22h00	13a administração medicamentosa de 10ml de insulina regular, insulina NPH e insulina glargina. Paciente em jejum, apresenta Tg 160mg/dL, glicemia 180mg/dL, saturação de O2 98% em ar ambiente. Paciente acordado, em boas condições de saúde. MFC em jejum, sem dor abdominal, sem náusea e vômito. Sem febre.
	23h00	13a administração medicamentosa de 10ml de insulina regular, insulina NPH e insulina glargina. Paciente em jejum, apresenta Tg 160mg/dL, glicemia 180mg/dL, saturação de O2 98% em ar ambiente. Paciente acordado, em boas condições de saúde. MFC em jejum, sem dor abdominal, sem náusea e vômito. Sem febre.
	24h	13a administração medicamentosa de 10ml de insulina regular, insulina NPH e insulina glargina. Paciente em jejum, apresenta Tg 160mg/dL, glicemia 180mg/dL, saturação de O2 98% em ar ambiente. Paciente acordado, em boas condições de saúde. MFC em jejum, sem dor abdominal, sem náusea e vômito. Sem febre.
09		Paciente acordado, em boas condições de saúde. MFC em jejum, sem dor abdominal, sem náusea e vômito. Sem febre.
10	06h	13a administração medicamentosa de 10ml de insulina regular, insulina NPH e insulina glargina. Paciente em jejum, apresenta Tg 160mg/dL, glicemia 180mg/dL, saturação de O2 98% em ar ambiente. Paciente acordado, em boas condições de saúde. MFC em jejum, sem dor abdominal, sem náusea e vômito. Sem febre.
	07h	Paciente acordado, em boas condições de saúde. MFC em jejum, sem dor abdominal, sem náusea e vômito. Sem febre.



Nome do Paciente: Adriano dos Santos
Idade: 18 Sexo: M U.P.: 1

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	TEMP	PULSO	RESPIR	PRESSÃO ARTERIAL
29/11	16:30h	Paciente admitida neste setor, procedente de rede trauma, veio em maca em companhia de guardas do município. Foi cuidadosa.				
18/11	18h	Recebeu o jantar, administração de medicação. - Tec. sup.				
19/11	19h	Paciente na leito, com uso de soro fisiológico, analgésico, antiemético e uso de jaleco hialinizado.				
20/11	20h	Administrado medicação de dor.				
21/11	21h	Recebeu o almoço.				
24/11	24h	Administrado medicação. - Tec. sup.				
05/12	05h	Administrado medicação conforme prescrição. Paciente passou o plantão de 08h.				
08/12	8:30	Paciente em maca, cabeceira elevada, realizado banho + curativo de ferida. Administrado medicação.				
10/12	10h	Paciente mantendo o mesmo quadro clínico.				
11/12	11h	Paciente transferido para Ala B.11.				
30/11	11:30	Paciente admitido neste setor procedente da U.P. com uso de soro fisiológico + tab. paracetamol. H.F. 12:00 administrada.				

Assinatura do Enfermeiro
TED DE ENFERMAGEM
BORELLI 2002

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE
EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

Paciente: ADRIANO DOS SANTOS

08 / 12 / 2018 – Paciente SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, CONFORME ATO
Cd: A SRPA

✓