

	<p>Protocolo Nº 20230502121003112</p> <p>Sua solicitação foi enviada à Areia Branca da Comarca de LARANJEIRAS em 02/05/2023 00:10 por KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ, OAB 2592##SE.</p>
---	--

DADOS DO PROTOCOLO**Tipo de Protocolo:** PETICIONAMENTO GERAL - Outras Petições**Processo:** 202173100507**Classe:** Procedimento Comum

Dados do Processo Origem			
Número 202173100507	Classe Procedimento Cível	Competência Comum	Areia Branca
Guia Inicial 202111800196	Situação ANDAMENTO	Distribuido Em: 26/04/2021	

Partes		
Tipo	CPF	Nome
Requerente	85130281500	ADRIANO DOS SANTOS
Requerido	09248608000104	SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

Anexos		
	Nome	Tipo
1	2817817_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01.pdf	Petição
2	2817817_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02.pdf	Outros documentos
3	2817817_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_03.pdf	Outros documentos

ATENÇÃO!

1. Documentos produzidos eletronicamente serão considerados originais, para os efeitos da lei, devendo os originais dos documentos digitalizados ser preservados pelo seu detentor até o trânsito em julgado da sentença ou, quando admitida, até o final do prazo para interposição de ação rescisória.
2. Os documentos cuja digitalização seja tecnicamente inviável devido ao grande volume ou por motivo de ilegibilidade deverão ser apresentados ao cartório ou secretaria no prazo de 10 (dez) dias contados do envio de petição eletrônica comunicando o fato, os quais serão devolvidos à parte após o trânsito em julgado.
3. Ressalvados os casos de sigilo e segredo de justiça, os documentos digitalizados juntados em processo eletrônico somente estarão disponíveis para acesso por meio da rede externa para suas respectivas partes processuais, através dos seus advogados, e para o Ministério Público.
4. Caso haja impedimento para o registro do processo eletrônico pelo Juízo, a solicitação será devolvida ao Portal do patrono solicitante (advogado, defensor público ou promotor de justiça), a fim de que possa ser submetido à regularização.
5. Atualize o seu e-mail para o Sistema Push. Este serviço promove o envio de correspondência eletrônica, dando-lhe informações sobre o andamento dos processos ajuizados por Vossa Senhoria. Se for caso de vinculação posterior a processos, o cadastro deverá ser realizado através do Portal TJSE.

[Imprimir](#)



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE AREIA BRANCA/SE

Processo: 202173100507

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ADRIANO DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 3.375,00 (TRÊS MIL E TREZENTOS E SETENTA E CINCO REAIS)**.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

AREIA BRANCA, 27 de abril de 2023.

**JOÃO BARBOSA
OAB/SE 780-A**

**KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ
OAB/SE 2592**

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

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

Rio de Janeiro, 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





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

Rio de Janeiro, 06 de 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 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



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

Rio de Janeiro, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



**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.

PERICIADO 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 PERICIADO, 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 atrofias 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. Nexo 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 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 ás regiões corporais acometidas.

Tornozelo Esquerdo - Total - 100%

Manoel Otávio Nascimento Júnior

Manoel Otávio Nascimento Júnior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1627

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 atrofias 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 atrofias 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.

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: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

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

3 - CPF da vítima: 851.302.815-00

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 445/2003

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Adriano Dos Santos	851.302.815-00		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Autônomo	Rua Professor Lucílio S. Braga	148	Casa
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Av. Pedrinhas	Areia Branca	PE	54580-000
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD):		
floris.marcelo1001@gmail.com	84194448-6122		

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



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. Ausente uma opção)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (343)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: (045)

CONTA: 40.317- 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

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

Autorizo a Seguradora Lider 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, as custas da Seguradora Lider 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 Sim teve filhos? Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim teve irmãos? Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim pais/avós vivos? Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 - Impróprio digitalizar a vítima ou beneficiário não autenticado

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data: 2019/03/27/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
PÓLICIA 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 Policia: 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: 18/11/1987
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: PIVOADO PEDRINHAS

Nº: 22
CEP: 49.580-000

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo	Veículo	Subgrupo	Motocicleta/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 Veiculo	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
PÓLICIA 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, SURGIU 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 TÓRNOZELO. 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 Atenção

Adriano dos Santos
(Vítima / Comunicante)

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

Cleones S. Silva
Delegado da Polícia

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

3 - CPF da vítima: 851.302.815-00

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 445/2003

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Adriano Dos Santos	851.302.815-00		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Autônomo	Rua Professor Lucílio S. Braga	148	Casa
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Av. Pedrinhas	Araia Branca	SE	44980-000
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD):		
floris.marcelo1001@gmail.com	69194418-6122		

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

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. Ausente uma opção)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (343)

Nome do BANCO: _____

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: (045)

CONTA: 40.317 - 9

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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, as custas da Seguradora Lider 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro/vilassor? 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 Lider 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 - Impróprio
digível da
vítima no
benefício
com alfabetizado

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data: 2019/03/27

Adriano Dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

Registro de Enfermagem no Trâns-Operatório

NOME	Adriano da Silva		PRONTUÁRIO	10011
RECEBIDO NA S.O. POR	Doutor Renato		DATA	07/12/15
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	ACORDADO	SONOLENTO	SALA	1
CIRCULANTE	Normal	PROCEDÊNCIA	AGITADO	COMATOSO
ENTRADA S.O.	07:20 h	INÍCIO DA ANESTESIA	07:25 h	INÍCIO DA CIRURGIA
SAÍDA DA S.O.	07:25 h	FIM DA ANESTESIA	07:25 h	FIM DA CIRURGIA
CIRURGIÃO	Doutor			
ANESTESISTA	Doutor Coimbra		1º AUXILIAR	
INSTRUMENTADOR			2º AUXILIAR	
CIRURGIA PROPOSTA			LATERALIDADE	() DIREITA () ESQUERDO
CIRURGIA REALIZADA	Técnica de Fenda d'Orville			

TÉCNICA ANESTÉSICA					
GERAL VENOSA	GERAL INALATÓRIA	GERAL COMBINADA	GERAL BALANCEADA	RAQUIANESTÉSIA	
PERIDURAL C/ CATETER	PERIDURAL S/ CATETER		SEDAÇÃO	BLOQUEIO DO PLEXO	LOC.
TUBO ENDOTRAQUEAL () ORAL () NASAL	Nº:		TUBO ARAMADO	Nº:	MÁSCARA LARINGE

PVP TÓPICO	PVP ALCOÓLICO	PVP DEGERMANTE	CLOREXID. ALCOÓLICA	* CLOREXID. DEGERMANTE	CLOREXID. AGÜOUS
---------------	------------------	-------------------	------------------------	---------------------------	---------------------

EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS UTILIZADOS					
BOMBA DE INFUSÃO	DESFIBRILADOR	MONITOR CEREBRAL (BIS)	INTENSIFICADOR DE IMAGEM	MANTA TÉRMICA	MICROSCOPI
FIBROSCÓPIO	MONITOR CARDIACO	PA (NÃO INVASIVA)	PA (INVASIVA)	OXÍMETRO	CAPNÓGRAFO
FOCO AUXILIAR	FONTE DE LUZ	VIDEOLAPAROSCÓPIO		BRONCOSCÓPIO	OUTROS

COXINS DE CONFORTO UTILIZADOS					BISTURI ELÉTRICO	
CABEÇA	MSD	MSE	MIE	MID	BIPOLAR	MONOPOLAR

		<table border="1"> <tr> <td colspan="5">PLACA BISTURI</td> </tr> <tr> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>LOCAL</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>*</td> <td colspan="4">ELETRODOS</td> </tr> <tr> <td>#</td> <td colspan="4">INCISÃO CIRÚRGICA</td> </tr> <tr> <td>AVP</td> <td>D</td> <td>O</td> <td>E</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AVC</td> <td>D</td> <td>O</td> <td>E</td> <td></td> </tr> </table>	PLACA BISTURI										LOCAL					*	ELETRODOS				#	INCISÃO CIRÚRGICA				AVP	D	O	E		AVC	D	O	E		COMPRESSAS GRANDES ENTREGUE DEVOLUÇÃO 30 30
PLACA BISTURI																																						
LOCAL																																						
*	ELETRODOS																																					
#	INCISÃO CIRÚRGICA																																					
AVP	D	O	E																																			
AVC	D	O	E																																			
GASOMETRIA: SIM () NÃO ()					PEQUENAS ENTREGUE DEVOLUÇÃO																																	

* * * POSIÇÃO DO PACIENTE *						
DORSAL	VENTRAL	LAT. ESQ.	LAT. DIR	CANIVETE	TRENDELEMBURG	LIT

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

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE
FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: ANO ANO DOIS SANTOS

DIAG. PRÉ-OPERATÓRIO: Fr. Buméia e 301-700 e

CIRURGIA REALIZADA: MFI

CIRURGIÃO: DR Dênis Cahel

AUXILIARES: MRI Walber

ANESTESIA: Práxi + Sevofl

ANESTESISTA: DR(A) KEITH

DIAG. PÓS OPERATÓRIO: O mesmo

CIRURGIA LIMPA CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA

CIRURGIA CONTAMINADA CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE A ADMISSÃO? SIM NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

VIAS AEREAIS SUP. PULMONAR URINÁRIA SNC TGI

CUTÂNEO AP. CARDIO-VASCULAR PLEURA OUTROS

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1- PACIENTE EM DECUSO DORSAL SOB ANESTESIA

2- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA + COLOCAÇÃO CAMPOS ESTEREIS + GANOTE

3- INCISÃO LATERAL AO TONHO TETO

4- DISSECAÇÃO POR PLANOS + VISUALIZAÇÃO DA FMTUMA.

5- RECOLHIMENTO E FIXAÇÃO COM PLACA OCP MOLADA

6- (PF + BP) SENO + TRANSFERIR

7- ENGSO MEDIAL AO TONHO TETO. + DISSECAÇÃO POR PLANOS

8- VISUALIZAÇÃO DA FMTUMA. + RECOLHIMENTO E FIXAÇÃO NO

9- (FIM FUSO CONVENCIONAL)

10- LIMPEN COR STO 9:

11- SUTURA POR PLANOS + CUMPRIMENTO CONDUTÍVOS

12- RETIRADA NO CANOTE

DATA: 08/12/2018

13- À SAÍDA

Dr. Dênis Gabriel Duarte
CRM/4163 - TEOT 12353
Ortopedia e Traumatologia
Assinatura do Cirurgião



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome do Paciente:

Adriana dos Santos

Idade:

66

Unidade de Produção:

URPA

Leito:

Nº do Prontuário:

DATA	HORA	EVALUAÇÃO
09/02/10	10:30	Paciente admitido no URPA sem PO com evolução clínica: suprimento mental perfeito, orientado com esp. com seu nome e circunstância corriqueira e monitorizado no P-43pm. Foi agiu mantendo o que era lhe dado e cuidado de si mesmo.
	12:00	Paciente negou no HUO orientação das suas cuidados de enfermagem P-93pm. Seu humor quicou.
	14:00	Paciente no leito, acordado, seu humor no momento. Rx: Farudinatia
	16:00	Encaminhado a B2.
	18h	Administrada medicação de higiene que não queria. Tensopan 37600 mg. em tabletas, colírio, óculos, etc.
		Administrada medicação de higiene que não queria. Tensopan 37600 mg. em tabletas, colírio, óculos, etc.
	20:00	Administrada medicação de higiene que não queria. Tensopan 37600 mg. em tabletas, colírio, óculos, etc.
	22:00	Administrada medicação de higiene que não queria. Tensopan 37600 mg. em tabletas, colírio, óculos, etc.
	4h	No Leito conversa orientada e expressiva respondendo os pedidos. Verbas, ideias perpétuadas e aquedas.
	10h	Na hora de ir para casa.
	12h	3 cequas de aps. Manteve NFE.
	14h	Relaxado. Manteve a sua forma.
	18h	Sigue as cuidados de higiene.



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome do Paciente:

Unidade de Produção: Achados das Santas

Idade:

Sexo:

Lote:

Nº da Prontuário:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	
04/12	07h	Acordando na cama, consciente, afebril, urinárias. Tom uso de teta e de mela falso - inverno, realizou casa de banho e poder tomar banho.	
10			
12h		Administrado Liposana e Kefalosan e de banho. Segue bem quieto deitado.	
18		Administrado medicamento de banho para queixas. Dose (Alpi 37636).	
20h		Ocorre no leito desacordo, calmo.	
06		Certo incômodo, sentindo calor, febre baixa, este em uso de febre reduzida.	
10			
18		Segue bem quieto seu quadro clínico. Administrado medicamento de banho.	
01/13		Ocorre desacordo obstrutiva.	
05	09h	Administrado medicamento febre reduzida.	
10	06h	Paciente segue - sentindo seu uso de febre reduzida.	
18		Administrado medicamento de banho.	
01/13	13:00	Paciente encontra-se no leito, calmo.	
05/13	19:00	o abdômen, constante, responsabilizado por dor nas costas, opinião obstetria em vista de cálculos. Tom administrado com conforme práticas médicas.	
10			
18	19h	Paciente recostado no leito, calmo, com dor constante, suposta gravidez, infecção, com uso de cálculos hidrolíticos.	
21			
18			
22		Realizada medição perimetria.	
01/13		Acontece nova intensificação, reduzido	



Nome do Paciente:

Límites de Producción

10 of 10

第 8 章

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSS
PRONTO SOCORRO ADULTO



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Nome do Paciente:

Adriano dos Sgts

Idade:

Sexo:

U.P.

Matrícula:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	TEMP	PULSO	BESF	PRESA ARTERIAL
29	16:30h	Paciente admitido neste setor proceden- te do verme transpor- tado em maca em companhia de fun- cionários. Foi cuida- do do médico diante				
17						
18						
18h		Apresenta o jantar				
		admitido e feito me- dicamento.				
19h		Paciente na enfermei- ria, suspeita de alco- holismo, anestesiado em uso de sedativo.				
20h		Administrado me- dicamento de hidroalco-				
21h		Aplicado a enxertia de				
21h		Administrado me- dicamento.				
06h		Administrado medicamento				
		enfrentar paroxismo, paci- ento desceu ao plantão.				
8-30		Paciente na maca, coluna lombá- balizante, realiza Sambô + curativo dolores traseiros e dor nas costas				
10		Paciente mantendo o mesmo qua- drante				
11		Paciente transferido para 8.1				
11h30		Paciente admitido neste setor procedente da U.P.C. com uso de anestesia + tab curado				
30						
11						

ADMINTURÍVELS SENTIMENTO
TEU DE ENFERMAGEM
EQUENISTICO

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

Paciente: ADRIANO DOS SANTOS

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

V



EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE – HUES
PRONTO SOCORRO ADULTO

Nome do Paciente:

their abode.

10

四

1000

Line 10: Maximum

DATA HORA HISTÓRICO
 22/11/18 10:00-10:30
 Informe para tratamiento Cirugía
 SG: paciente expedito con dolor intenso
 Ref. en 1966 con sepsis renal bilateral
 U. limpias ligeras - todo normal = PNB (S)
 Agencia TBC cirugía definitiva con consideraciones

DR. MARCIO M. SOUZA
Dermatologista / Tricologista
Cirurgião plástico
Endocrinologista

30 10-50 **Emprise sur le**
31 **Première colonie de l'île (en atm. e),** **antipodes** **volcaniques**,
32 **principale, à petit feu** **échouement** **au bord** **cailloux** **de roches** **en** **lave**
33 **couleurs** **de** **peigne** **du** **vent**

III B/12 Petia Pseudoscorpionidae
pele superiores, con veneno armado
verbalizado AVP, visto y de guarda.
curioso -

12h 4112 Pelle Enfermagem
PCF

13h 9/12 Pela Enfermeira
SVP, foto sendida ap. clínica

5/13/p *Poecile rufescens* (var. *flaviventris*)
interior coniferous forest, near an open
habitat, N.W. USA

~~GRNG-1513~~

SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
SERVIÇO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA
PREScrições Diárias

DATA: 10 / 12 / 2018.

* DIH

NOME: Ademir da Costa

DIAGNÓSTICO(S): _____

Evolução MÉDICA: _____

Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º. Dieta Livre	
2º. Gelco Salinizado	
3º. Kefazol 1g EV 8/8hs ou Keflin 1g EV 6/6hs	
4º. Gentamicina 240mg + SF 0,9% 200 ml EV 1x dia SUSP	
5º. Dipirona 2ml + 8 ml AD EV ou Paracetamol 40gts VO 6/6hs	
6º. Nauseodron 8mg EV 08/08hs SOS	
7º. Antak 50mg EV ou 150mg VO / Omeprazol 40mg EV ou VO às 6hs	
8º. Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% EV ou VO 8/8hs SOS	
9º. Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% EV 12/12hs SOS	
10º. Captopril 25mg VO 8/8hs se PAS > 180 mmHg e PAD > 110 mmHg SOS	
11º. Glicose 25% 04amp, EV se Glicemia < ou = 80mg/dl SOS	
12º. Clexane 40mg SC 1 x dia ou Heparina 5000UI SC 2 x dia	
13º. Dextro 6/6hs SUSP	
14º Insulina Regular SC, após o dextro. 201 – 250: 02UI 251 – 300: 04UI > ou = 401: 10UI	301 – 350: 06UI 351 – 400: 08UI
15º Curativos Diários 1 x dia	(x) SF 0,9% + Gazes
16º SSVV + Cuidados 6/6hs	
16º	
17º <i>Irma - Hospital</i>	
18º	
19º	

Dr. Sérgio Cavalcanti M
CRM 1822 SBOT 63

Médico

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

DATA DA ENTRADA:

DATA DA SAÍDA:

Dados obtidos mediante análise do prontuário, sem ter contato profissional com o paciente, basta é a responsabilidade do atendimento cabe aos médicos que o receberam.

INTERNAMENTO:

PS ()

ENFERMARIA (X)

UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente vítima de acidente de trânsito com lesão no joelho (L) que o levou ao hospital.

Exame físico o A.R = seu alterado e comprometido no aspecto muscular L6-S1. O resto da anatomia clínica é normal.

Consulta em Ortopedia e Reabilitação + exames de complementares + CT e ressonância.

Av. estabilidade - Fratura exposta de tarsometatarsiana.

Condutor = Trabalhador caminhão de fábrica. Trabalho

1º Tempo = lesão causada pelo trabalho local.

Lesão exposta com sua lesiologia.

Tarsometatarsiana gestada.

Intervenção para Tratamento cirúrgico definitivo + alta médica.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Tratamento cirúrgico da fratura do tarsometatarsiano.

Redução e fixação com placa.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Radiografia tarsometatarsiana E 123

Pr. E 123

MÉDICOS ASSISTENTES:

Gilmar Bezerra - CRM 5760

Marcos Rocha -

Sergio Carvalho - CRM 6248

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

ARACAJU, 06 de julho de 2020

Hélio Sampaio F. de C. Vinícius
MÉDICO CRM-SE-8745

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

SONDAS - DRENOS - CÂNLULAS									
SNG	Nº:	SNE	Nº:	FOGARTY	Nº:	*TRAQUEOSTOMO	Nº:	GUEDEL	Nº:
DRENOS	SUCCÃO	Nº				TÓRAX	Nº	PENROSE	Nº
	ABDOMINAL	Nº				PIZZER	Nº	KHER	Nº
	BLAKE	Nº				OUTROS			
PASSAGEM DA SONDA FOLLEY				SEM RESTRIÇÃO		COM RESTRIÇÃO		VIAS	Nº:
FOLLEY	Nº:	FOLLEY				SONDA NELATON (URETRAL)			Nº:
PASSADA POR		SILICONE	Nº			ANÁTOMO PATOLÓGICO		Nº PEÇAS	
FC (BPM)				SINAIS VITAIS					
SPO2 (%)		74							
EPICO2 (mmHg)		lado							
PA (mmHg)									
PAI (mmHg)									
FR (BPM)		137X 80							
TEMP (°C)									

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

REGISTRO

01:30 filo adubido no C.O procedente da
intubação coluna cervicalmente
distalmente pr subiente a ser pree-
02:00 nte. subje os cuidados de DUD DUD
02:30 filo adubido na agu ciegalla no
filo no procedimento
03:00 procedimento em uso recente
03:30 filo adubido no C.O procedente da
intubação coluna cervicalmente
04:00 subje os cuidados de DUD DUD
04:30 filo adubido no C.O procedente da
intubação coluna cervicalmente
05:00 filo adubido no C.O procedente da
intubação coluna cervicalmente

ASSINATURA

ENCAMINADO PARA:
ELABORADO PELA: ACADEMÍCOS:

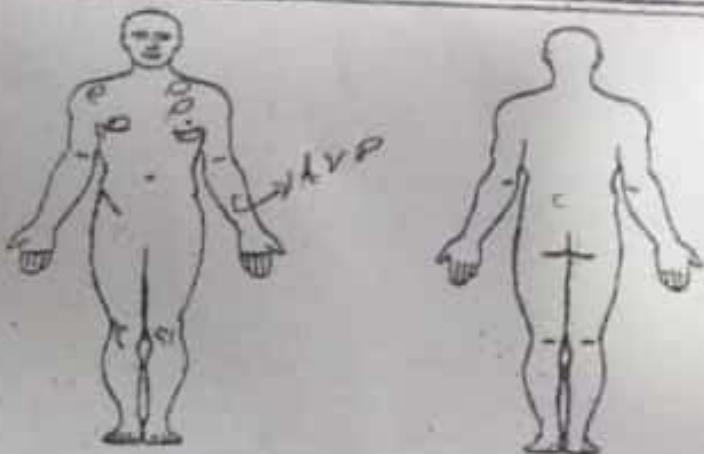
Registro de Enfermagem no Trans-Operatório

NOME	Adriano	DATA	10/07/17
RECEBIDO NA S.O. POR	Doutor	AGITADO	Sim
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	ACORDADO	SONOLENTO	
CIRCULANTE		PROCEDÊNCIA	
ENTRADA S.O.		INÍCIO DA ANESTESIA	10/07/17
SAÍDA DA S.O.		FIM DA ANESTESIA	10/07/17
CIRURGÃO		INÍCIO DA CIRURGIA	10/07/17
ANESTESISTA	DR. LUIZ CO.	FIM DA CIRURGIA	10/07/17
INSTRUMENTADOR		1º AUXILIAR	
CIRURGIA PROPOSTA		2º AUXILIAR	
CIRURGIA REALIZADA		LATERALIDADE	1 DIREITA / 0 ESQUERDA

TÉCNICA ANESTÉSICA					
GERAL VENOSA	GERAL INALATÓRIA	GERAL COMBINADA	GERAL BALANCEADA	RAQUIANESTÉSICA	
PERIDURAL C/ CATETER	PERIDURAL S/ CATETER		SEDAÇÃO	BLOQUEIO DO PLEXO	
TUBO ENDOTRAQUEAL	[] ORAL [] NASAL	NP	TUBO ARAMADO	NP	MÁSCARA CARPO

PVP TÓPICO	PVP ALCOÓLICO	PVP DEGERMANTE	CLOREXID. ALCOÓLICA	CLOREXID. DEGERMANTE	CLOREXID. ACQUOS
EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS UTILIZADOS					
BOMBA DE INFUSÃO	DESFIBRILADOR	MONITOR CEREBRAL (BIS)	INTENSIFICADOR DE IMAGEM	MANTA TÉRMICA	MICROSCÓPI
FIBROSCÓPIO	MONITOR CARDIACO	PA (NPO- INVASIVA)	PA (INVASIVA)	OXÍMETRO	CAPNÓGRAFO
FOCO AUXILIAR	FONTE DE LUZ	VIDEOLAPAROSCÓPIO		BRONCOSÓPIO	OUTROS

COXINS DE CONFORTO UTILIZADOS					BISTURI ELÉTRICO	
CABEÇA	MSD	MSE	MIE	MID	BIPOLAR	MONOPOLAR



PLACA BISTURI				
LOCAL				
*	ELETRODOS			
*	INCISÃO CIRÚRGICA			
AVP	6	E	COMPRESSAS GRANDES ENTREGUE DEVOLUÇÃO 3.0 3.0	
AVC	D	E	PEQUENAS ENTREGUE DEVOLUÇÃO	
GASOMETRIA: SIM () NÃO ()				

* * * POSIÇÃO DO PACIENTE *					
DORSAL	VENTRAL	LAT. ESQ.	LAT. DIR	CANIVETE	TRENDELEMBURG

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

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE
FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: AON. ANO

DOIS SANTOS

DIAG. PRÉ-OPERATÓRIO: Ex Bruxismo e TDA-HAD

CIRURGIA REALIZADA: TPI

CIRURGIA: DR Dênis Cabral

AUXILIARES: MRI Walber

ANESTESIA: Maior + Sevoflato

ANESTESISTA: DR(A) FELIPE

DIAG. PÓS OPERATÓRIO: O mesmo

CIRURGIA LIMPA

() CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA

() CIRURGIA CONTAMINADA

() CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? () SIM () NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

() VIAS AÉREAS SUP. () PULMONAR () URINÁRIA () SNC () TGI
() CUTÂNEO () AP. CARDIO-VASCULAR () PLEURA () OUTROS

DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA

2- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA + COLOCAÇÃO CAMPOS ESTEREIS + GANOTE

3- INCISÃO LATERAL NO TOLNO TETO

4- DISSECAÇÃO POR PLANOS + VISUALIZAÇÃO DA FMUNG.

5- RECUADO E FIXADO COM PLACA OCP MOLDE

6- (PF + 6P) SEMO 1 + MANSÍSTOMA

7- 2NGSAR MEDIAL NO TOLNO TETO. + DISSECAD. POR PLANOS

8- VISUALIZAÇÃO DA FMUNG. + RECUADO E FIXADO + DISSECAD. POR

9- AFMUFUSO (ORTICULAR)

10. LIMPEN COM SFG.

11- SUTURA POR PLANOS + CUMPRIMENTO CONDENSADOR

12 RETIMOS NO GANOTE

DATA: 08/12/2018

13 - À SAIDA

Dr. Denis Gabriel Duarte
CRM/4163 / TEOT 12363
Ortopedia e Traumatologia
Assinatura do Cirurgião

10h Paciente acorda, céfalo exacerbado com tosse
no despertar em uso de A.I.P. hidroclorotetra-
zodol em combinação com fomecina.
No momento seu queixas desapareceram
em desapareceram.

10h Admitido medicado da hospital

10h Colocada medicamentação de hospital

10h Paciente dormindo na cama com 300mg
de hidroclorotetrazodol e fomecina.

10h Fazendo exames de sangue e urina
não se observaram alterações significativas.

10h Exame de fundo de olho normal.
mas com leves alterações.
Realizado exame de fundo de olho.

10h Recuperação completa.

10h Sairá de alta hospitalar (terça) dia 31/3/

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome do Paciente:

Adriana dos Santos

Idade:

56 anos

Unidade de Produção:

5R PA

Leito:

Nº do Prontuário:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
09/12/18	10:30	Paciente admitido na 5R PA em PO com quadro médico, oncológico, supurativo vertebral, gorda e celíaca, agudizado com dor com origem torácica e cervical, negativo cirúrgico e monitorizado com P= +38mmHg, pressão arterial normal, não o que deve aos cuidados do paciente.
	12:00	Paciente segue no leito recumbido, sem alterações de consciência e nível de enfermagem. P=93mmHg, pressão arterial normal.
	14:00	Paciente no leito, recumbido, sem alterações no momento. Fisi.: biventricular.
	16:00	Encaminhado a B2.
	18h	Administrado medicamento de banho que não quente. Tlconf para 37,6°. Fis.: levemente acalmo, calmo, respiração regular, respirar. Fis. sono de RUP induzido. Nível de consciência: consciente e alerta. Alergias: negativas.
	20:00	Administrada enzima de lipoase.
	21h	Administrado medicamento de banho.
	22h	No leito paciente orientado e respondendo às solicitações verbais, ações perpendiculares à aquecimento.
	20	Paciente leito de somno. Fis.: respiração regular, nível de consciência: consciente e alerta.
	22h	Reajogo das Mantes. Nível de consciência: consciente e alerta.
	23h	Reajogo das Mantes. Nível de consciência: consciente e alerta.
	10h	Relaxante muscular de paciente.
	18h	Sigue as curas de paciente. Revisão das fotografias para o paciente.

on page 10 of the original manuscript. The first sentence of the second paragraph is identical to the one above it, except that the word "and" is omitted. The rest of the paragraph is identical to the one above it.

2. Pimenta em espuma no bife, isolada, assinada, orientada, resbalizadas em forma de cunha hidrolizada.
3. Pimenta acida a lanche.



Nome do Paciente:

Unidade de Produção:

Adriana dos Santos

Data:

Hora:

Nº da Prontuário:

Data:

Hora:

Data:

HORA	EVOLUÇÃO	TEMP	PULSO	RESP	PRE ART
	medicamentos de banho: ps. humor permeável amigdala. Solutex a ônus ajuda. Soluções de chumbo. Minas. Benzóico e liso relaxante, crescimento, tono euforizante uso de AVP. Benzóico + Iodo soluções de NFE sua aplicação no momento. aplicações no momento. Solução Ralox do hidrocarbonato amigdala tono de benzóico Ton de crescimento mé do. Soluções Ralox do. Benzóico tono de lato eloxina, ecomilto ouventolto e suporte valubol. Administração medicamentos conforme prescrições — fisiologias normais. Hiper tensão. — Otros pacientes encontram-se bem de saúde. K. paciente, cardíaco convalescente, mon teak, supondo os relatos de que não tem apetite, acirra ção em vez de AVP. Fluor de lata, administração de medicamen tos conforme prescrições medicina lais. Oft. Soluções de sulfato em uso AVP. Hidrolis sol. Admin. medicamentos de crescimento de medicamentos de crescimento de medicamentos de				

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Nome do Paciente:

Idade:

Sexo:

U.P.

Matrícula:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	TEMP	PULSO	RESPIR	FREQUENCIA ARTERIAL
29	16.30h	Paciente admitida, neste momento procedeu-se ao procedimento de limpeza e banho, em seguida foi acompanhado de enfermeiros e técnicos de enfermagem.				
17						
18						
18h01		Medidas e instalação administrada medicamentos. Técnica.				
19h		Paciente na sala de observação com indicação de auxílio de enfermeiro.				
20h		Administrado medicamento de hidroxicloroquina.				
21h		Operação a longevidade.				
22h		Administrado medicamento de hidroxicloroquina.				
00h		Administrado medicamento de hidroxicloroquina.				
00h00		Passou o plantão de enfermagem.				
8.30		Facultar uso maca, calçar bata, calçando, realizada banho + curativo substituído na face.				
10		Paciente mantendo o uso de maca.				
11		Paciente transferido para sala B.11.				
11.30		paciente admitido neste item procedente da UPC 6m uso de reumatologia + tab curado a HTE. 33:00 Admitido				

ADMISÃO/ATENDIMENTO
TEG DE ENFERMAGEM
COTAS/VALORES

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE
EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

AN/ANO NOS MÊS

18 / 12 / 2018 - Paciente SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, CONFORME ANEXO

Paciente:

18 / 12 / 2018 - Paciente SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, CONFORME ANEXO

EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR
HOSPITAL DE URGENCIA DE SANTOS - HUSS
PRONTO SOCORRO ADULTO

Nome do Paciente

Unidade de Produção

SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÉRGIO
SERVIÇO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA
PREScrições DIÁRIAS

DATA: 10 / 12 / 2018.

* DH

NOME: Adriane da Cunha

DIAGNÓSTICO(S):

EVOLUÇÃO MÉDICA:

	Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º.	Dieta Livre	
2º.	Geico Salinizado	
3º.	Kefazol 1 g EV 8/8hs ou Keflin 1 g EV 6/6hs	
4º.	Gentamicina 240mg + SF 0,9% 200 ml EV 1x dia SUSP	
5º.	Dipirona 2ml + 8 ml AD EV ou Paracetamol 40gts VO 6/6hs	
6º.	Nausedron 8mg. EV 08/08hs SOS	
7º.	Antak 50mg EV ou 150mg VO / Omeprazol 40mg EV ou VO às 6hs	
8º.	Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% EV ou VO 8/8hs SOS	
9º.	Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% EV 12/12hs SOS	
10º.	Captopril 25mg VO 8/8hs se PAS > 180 mmHg e PAO > 110 mmHg SOS	
11º.	Glicose 25% D4amp. EV se Glicemia < ou = 80mg/dl SOS	
12º.	Clexane 40mg SC 1 x dia ou Heparina 5000UI SC 2 x dia	
13º.	Dextro 6/6hs SUSP	
14º.	Insulina Regular SC, após o dextro. 201 - 250: 02UI 251 - 300: 04UI > ou = 401: 10UI	301 - 350: 06UI 351 - 400: 08UI x 3 SF 0,9% + Gázes
15º.	Curativos Diários 1 x dia	
16º.	SSVV + Cuidados 6/6hs	
16º	1000 ml fisiotônico	
17º		
18º		
19º		

Dr. Sérgio Cavalcante M.D. N.M.
CRM 1822 SBQF 6338

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALMEIDA FILHO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo...: 180778
Número do CNS....: 00000000000000
Nome.....: ADRIANO DOS SANTOS
Documento.....: 33291519 Tipo :
Data de Nascimento: 18/11/1987 Idade: 31 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: NAO CONSTA
Nome da Mae....: JANDIRA DOS SANTOS
Endereco.....: RUA G /LOTEAMENTO SANTA MADALENA 38 16221-0000
Bairro.....: SANTOS DUMONT Cep.: 47000-000
Telefone.....: 88038378
Municipio.....: 2800308 - - SE
Nacionalidade....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 1820450
Clinica.....: 800 - UIPC-UNID INT PAC CRITICO
Leito.....: 801.0052
Data da Internacao: 29/11/2018 - 28/11 — 10/12
Hora da Internacao: 06:23
Medico Solicitante: 412.273.015-53 - JOSE ANTONIO DE ANDRADE SOUZA PSC
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: TESANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

3

Proc. Realizado:
Dt.Hr Saída:
Especialidade:
Tipo de Saída:
CID Principal:
CID Secundario:
Principal:
Secundario:
Outro:

09/12/18
11:22

Lup

alta hospitalar
16/12/18
16/12/18

MS/DATASUS

No. DO BE: 1620450

CNS:

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

DATA: 28/11/2018 HORA: 15:34 USUÁRIO: 00000000000000000000000000000000

SETOR: 05-ORTOPEDIA

ORTOP

NOME

IDADE

ENDERECO

COMPLEMENTO

MUNICIPIO

NOME PAI/MAE

RESPONSAVEL

PROCEDENCIA

ATENDIMENTO

CASO POLICIAL

ACID. TRABALHO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

ADRIANO DOS SANTOS
31 ANOS NASC: 18/11/1987
RUA G /LOTEAMENTO SANTA MADALINA
160217369750009 BAIRRO: SANTOS DUMONT
ARACAJU
NAO CONSTA
IRMAO/ADEILSON
SANTOS DUMONT
TRAUMA
NAO
NAO

DOC.: 333
SEXO: MASC
PESO: 76
UF: SE
CEP: 49900-000
JANDIRA DOS SANTOS
TEL.: 7 3600

PLANO DE SAUDE: NAO
VEIO DE AMBULANCIA: NAO

TRAKKA: SIM

PA: []

X

mmHg

PULSO: []

TEMP.: []

PRESS.

EXAMES COMPLEMENTARES:

[] RAIO X [] SANGUE
[] LÍQUOR [] ECO

CRISTA

ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DATA PRIMEIROS SINTOMAS

a moto caiu sobre a pedra de mao quando bateu na
e feriu o osso protocolo; veja alergia, antalg, alergia
④ Perneira, sem cianose, ⑤ Pela espalhada, Sint. Nao.
ANOTACOES DA ENFERMAGEM:
L: 2018 RPM ⑥ Sangrando em regiao de tornozelo E, FC: 100 BP:
UBS, Tcc 3, ⑦ ECG: 15, Pupilo fotomotor Jon. ⑧ Lesao em
DIAGNOSTICO: ABS. Sem despe, RHP, Pelve fratura.

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDIDA

- Solicito Radiografia de Tornozelo E (1 ponto)
Solicito Radiografia de PLE (2 pontos)
Dipropana 1amp + 18 ml A, IV
④ AU. Ortopedia

Dra. Gabriela Freitas SOARES
CRM-5780

17/11/18

DATA DA SAIDA:

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO HORA DA SAIDA:
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO [] DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATÉ 48HS [] APÓS 48HS [] FAMILIA [] INC. [] ANAT.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA DO CARTERO DO MEDICO

Sat - 01 Anjos/locus sua. I. 19. - C. 19. - S. F. 90. - C. 19. - S. F. 90.

28.11.18

16:35

- C. 19. - S. F. 90. - C. 19. - S. F. 90.



ANSYS



ANSYS



ANSYS



SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
SERVIÇO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA



RELATÓRIO MÉDICO

O (a) paciente

Adriano dos Santos

foi atendido (a), nesta unidade dia 29/11/18

tendo sido submetido () a tratamento cirúrgico () conservador)

de Fratura Bimaléolo Formação
esquerda

CID S 82.5 + S 82.6

ARACAJU 40 / 12 / 18

CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO AREIA BRANCA/SERGIPE Praça Joviniano Freire de Oliveira, s/n - Centro - Areia Branca/SE	
Alemir Góes Letícia Vieira TABELIÃ DE NOTAS INTERNA	CERTIFICO e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original apresentado. Areia Branca <u>29/11/2019</u> Em testemunha: <u>29</u> da verdade. Tabelião Fazendista

Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de
Sergipe

Ofício Único do Distrito de
Areia Branca

29/11/2019 11:49

<https://www.tjse.jus.br/x/A76MD7>

Dr. Sérgio Cavalcanti
CRM 1822
2019295320004226

Sérgio Cavalcanti
CRM 1822
CRM - 1822 SBOT - 6348

CARTÓRIO DO OFÍCIO
ÚNICO DE AREIA BRANCA
Praça Joviniano Freire, S/N
Bairro Centro
Areia Branca - Sergipe
CEP - 49.580-000



RELATÓRIO MÉDICO

O (a) paciente Adriano dos Santos foi atendido (a), nesta unidade dia 29/11/18

tendo sido submetido () a tratamento cirúrgico () conservador)

de Fratura hérnial deslocada
esquerda

CID S 82.5 + S 82.6

ARACAJU 40 / 12 / 18

Dr. Sérgio Cavalcanti
CRM 1822

Sérgio Cavalcanti
CRM - 1822 SAOT - 6348

Melatoño Mídia

Melatoño parau dividido em
ques paanti Adiante da lanta,
der Nihum de acento motoficlu-
tio em mornhos 12018., responde
fratura ex parte do farolelo ligando
os colos mialdy permanente
no mornho infun ligando
Foi submetido a traumato-
logia. Apresenta dor perda
mouvemento lumbos. Encontra-se
de alta midia.

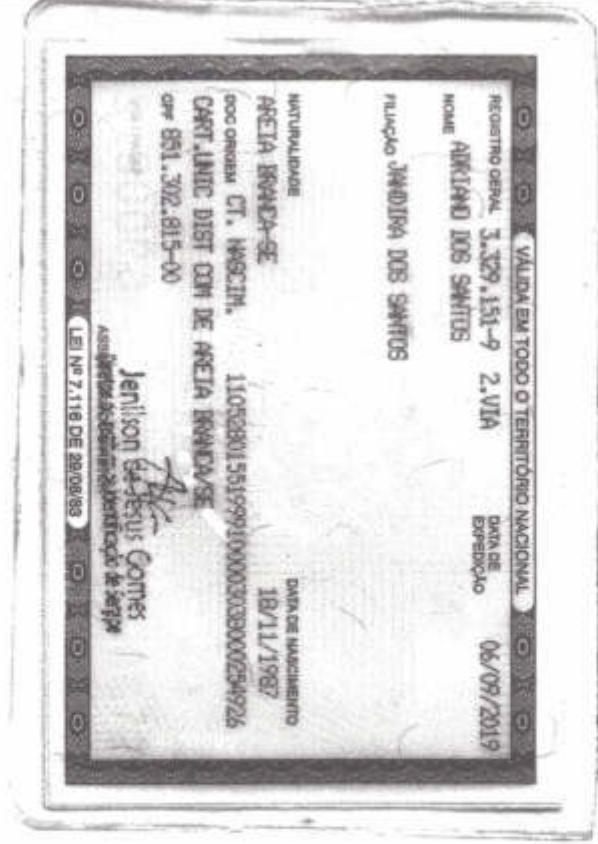
S92 + 93

Z98.8

Dr. Paulo Cândido de Lima Jr
Ortopedia e Traumatologia
Coluna Vertebral
CRM-SE 3726

DCM

09 DEZ. 2020



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
851.302.815-00 Adriano Dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2003

5 - Nome completo: Adriano Dos Santos	6 - CPF: 851.302.815-00		
7 - Profissão: Autônomo	8 - Endereço: Rua Professor Lucílio S. Braga	9 - Número: 148	10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Av. Pedrinhas	12 - Cidade: Aracaju	13 - Estado: SE	14 - CEP: 49580-000
15 - E-mail: floris.marcelo1001@gmail.com		16 - Tel. (DDD): 99194448-6122	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (343)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0001

CONTA: 34217258

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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, as custas da Seguradora Lider 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/vilassor? 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 Lider 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 - Impróprio
Móvel da
vítima ou
beneficiário
não identificado

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data: 2019/03/27/2019

Adriano Dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CARTA DE REANÁLISE

E

SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

Eu, ADRIANO DOS SANTOS venho através desta, solicitar o pedido de reanálise do meu processo, o qual sofri lesões que me deixaram com sequelas permanentes para quais as mesmas lesões sejam melhor avaliadas, já que houve agravamentos das mesma, como consta no relatório em anexo, sendo assim, não concordo com a avaliação e o valor pago indenizado feito pela seguradora e estou a disposição para ser avaliado por uma perícia médica.

Contatos: 079 99606-3112/079 99989-1177

Aracaju/se, 14/12/2020

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0209180/20

Vítima: ADRIANO DOS SANTOS

CPF: 851.302.815-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/11/2018

Titular do CPF: ADRIANO DOS SANTOS

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANO DOS SANTOS : 851.302.815-00

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: 27/07/2020
Nome: ADRIANO DOS SANTOS
CPF: 851.302.815-00

ADRIANO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/07/2020
Nome: WILLIANS SANTOS DE FREITAS
CPF: 044.100.755-43

WILLIANS SANTOS DE FREITAS