

	Protocolo Nº 20230517145104384 Sua solicitação foi enviada à Poço Verde da Comarca de POCO VERDE em 17/05/2023 14:51 por KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ, OAB 2592##SE.
---	--

DADOS DO PROTOCOLO

Tipo de Protocolo: PETICIONAMENTO GERAL - Outras Petições

Processo: 202179001053

Classe: Procedimento Comum

Dados do Processo Origem			
Número 202179001053	Classe Procedimento Cível	Comum	Competência Poço Verde
Guia Inicial 202112400887	Situação ANDAMENTO	Distribuido Em: 10/08/2021	

Partes		
Tipo	CPF	Nome
Requerente	55745911549	GILSON DE SOUZA ANDRADE
Requerido	09248608000104	SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

Anexos		
	Nome	Tipo
1	2831054_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01.pdf	Petição
2	2831054_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02.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 POÇO VERDE/SE

Processo: 202179001053

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 **GILSON DE SOUZA ANDRADE**, 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.

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 ao pagamento efetuado administrativamente na monta de R\$ 6.750,00 (seis mil e setecentos e cinquenta reais), 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,

POÇO VERDE, 12 de maio 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: 10/06/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILSON SOUZA ANDRADE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04338

CONTA: 000835060545-4

Nr. da Autenticação 65FD6CE0BBBB56D3

Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2021

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3210111127**

Vítima: GILSON SOUZA ANDRADE

Data do Acidente: 28/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GILSON SOUZA ANDRADE

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, 08 de Maio de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210111127

Vítima: GILSON SOUZA ANDRADE

Data do Acidente: 28/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), GILSON SOUZA ANDRADE

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210111127

Vítima: GILSON SOUZA ANDRADE

Data do Acidente: 28/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GILSON SOUZA ANDRADE

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\$ 6.750,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 100%) 50,00%

Valor a indenizar: 50,00% x 13.500,00 = R\$ 6.750,00

Recebedor: **GILSON SOUZA ANDRADE**

Valor: **R\$ 6.750,00**

Banco: **104**

Agência: **000004338**

Conta: **000835060545-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3210111127 **Cidade:** Poço Verde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILSON SOUZA ANDRADE **Data do acidente:** 28/10/2020 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO ABDOMINAL FECHADO COM LESÃO RENAL À ESQUERDA (GRAU IV).

Descrição do exame físico: Ao exame físico estrutura abdominal apresenta ausência de herniação, pulsações arteriais e peristalse identificáveis à palpação, dor à palpação de região abdominal, ausência de sonda. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, inexistência de alterações musculares, inexistência de alteração motora.

Resultados terapêuticos: PERICIADO VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 28/10/2020, FOI REALIZADO LAPAROTOMIA EXPLORADORA COM NEFRECTOMIA TOTAL A ESQUERDA, RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO DIA 10/11/2020, FICOU SENDO ACOMPANHADO EM NÍVEL AMBULATORIAL PELA ORTOPEDIA, SENDO REALIZADO NESTE PERÍODO SESSÕES DE FISIOTERAPIA MOTORA, RECEBEU ALTA DEFINITIVA EM 17/01/2021, (INFORMADO PELO PERICIADO, SEM COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL).

Sequelas permanentes: DÉFICIT MODERADO DAS ESTRUTURAS RETRO-PERITONEAIS.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/04/2021

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR: TENDO EM VISTA A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO, O REVISOR OPTOU POR ALTERAR A ESTIMATIVA E O ENQUADRAMENTO DAS SEQUELAS PARA 50% DAS ESTRUTURAS RETRO-PERITONEAIS.

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
Lesões de órgãos e estruturas retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
Total			50 %	R\$ 6.750,00

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: **32.10111127** 3 - CPF da vítima: **557.459.115.49** 4 - Nome completo da vítima: **GILSON SOUZA ANDRADE**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: **GILSON SOUZA ANDRADE** 6 - CPF: **557.459.115.49**

7 - Profissão: **LAVRADOR** 8 - Endereço: **RUA ELVIRA FRANCISCA DE SOUZA** 9 - Número: **388** 10 - Complemento:

11 - Bairro: **CONJUNTO SILVINO AUGUSTA** 12 - Cidade: **POÇO - VERDE** 13 - Estado: **SE** 14 - CEP: **49.490.000**

15 - E-mail: **gilsonsoouzaandrade7@gmail.com** 16 - Tel.(DDD): **(79) 9-9955-7567**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **4338** CONTA: **0008350605454**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão 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, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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 Maio de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 321011127

Vítima: GILSON SOUZA ANDRADE

Data do Acidente: 28/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), GILSON SOUZA ANDRADE

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

C.P.F 557.459.115.49

29.490.000



9955-7567 Dpvt

28/10/20

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE

SERVIÇO DA REGISTRAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO

INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO Nº 000.000.000

IDENTIFICADO: *Gilson Soliz Andrade*

IDENTIFICADORA: *Francisca Maria Souza*

IDENTIFICAÇÃO: *000.000.000*

IDENTIFICADO: *Gilson Soliz Andrade*

IDENTIFICADORA: *Francisca Maria Souza*

IDENTIFICAÇÃO: *000.000.000*

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE

SERVIÇO DA REGISTRAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO

INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO Nº 000.000.000

IDENTIFICADO: *GILSON SOLIZ ANDRADE*

IDENTIFICADORA: *JOSE MEIRA DE ANDRADE*

IDENTIFICAÇÃO: *000.000.000*

IDENTIFICADO: *GILSON SOLIZ ANDRADE*

IDENTIFICADORA: *JOSE MEIRA DE ANDRADE*

IDENTIFICAÇÃO: *000.000.000*

IDENTIFICADO: *GILSON SOLIZ ANDRADE*

IDENTIFICADORA: *JOSE MEIRA DE ANDRADE*

IDENTIFICAÇÃO: *000.000.000*

CAIXA
POUPANÇA



4392 6720 7043 6542

11/29

GILSON SOUZA ANDRADE

4338 000835060545-4

000000000000

VISA

Electron

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 557.459.115-49 Nome completo da vítima: GILSON SOUZA ANDRADE

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

Nome completo: GILSON SOUZA ANDRADE CPF: 557.459.115-49
Profissão: LAVRADOR R. ELVIRA FRANCISCA DE SOUZA Número: 388 Complemento: _____
Bairro: CONJUNTO SILVINO AUGUSTO Cidade: POÇO VERDE Estado: SE CEP: 49.490.000
E-mail: gilsonsoouzaandrade7@gmail.com Tel (DDD): 79-9955-7567

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

RENDA MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2176 23 CONTA: 00013264 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO VERDE - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00013463/2021-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 12/02/2021 09:55:24 Data/Hora Fim: 12/02/2021 09:56:24
Origem: Órgão: Pessoa Física - Particular Tipo Documento: Relatório de Atendimento Data: 12/02/2021
Delegado de Polícia: Fabio Alan Pinto Pimentel

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Municipal de Poço Verde

Data/Hora do Fato Início: 28/10/2020 18:19

Data/Hora do Fato Fim:

Local do Fato

Município: Poço Verde (SE)

Bairro: Centro

Logradouro: VIA PÚBLICA SENTINDO A RUA JOSÉ DOS SANTOS

CEP: 49.490-000

Tipo do Local: Zona Urbana

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GILSON SOUZA ANDRADE (COMUNICANTE, VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 15/02/1971

Idade: 49

Profissão: Agricultor

Estado Civil: Casado(a)

Naturalidade: Poço Verde - SE

Nome da Mãe: Francisca Maria Souza

Nome do Pai: Jose Vieira de Andrade

Documento(s)

CPF: 557.459.115-49

Endereço

Município: Poço Verde - SE

Logradouro: RUA ELVIRA FRANCISCA DE SOUZA

Nº: 180

Complemento: CASA

Bairro: Centro

CEP: 49.490-000

Telefone: (79) 99955-7567 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário: 384.335.084-15

Placa: QMB7160

Renavam: 01125917048

Número do Motor: KC22E0H041669

Número do Chassi: 9C2KC2200HR041603

Ano/Modelo Fabricação: 2017/2017

Cor: VERMELHA

UF Veículo: SE

Município Veículo: Poço Verde

Marca/Modelo: HONDA/CG 160 FAN ESDI

Veículo Adulterado? Não

Quantidade: 1,00 Unidade

Situação: Melo Empregado

Última Atualização Denatran: 25/11/2020



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO VERDE - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00013463/2021-A01

Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Gilson Souza Andrade	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

RELATA O COMUNICANTE QUE NO DIA 28/10/2020, POR VOLTA DAS 18:19 QUANDO SE DESLOCAVA ATRAVÉS DA RUA JOSÉ DOS SANTOS EM SENTIDO A TRAVESSA LARGO DA SANTÍSSIMA, FOI SURPREENDIDO COM RESTOS DE CASCALHOS QUE SE ENCONTRAVA EM MEIO A VIA PÚBLICA, SEGUNDO O DECLARANTE TENTOU DESVIAR COM SUA MOTOCICLETA HONDA/CG 160 FAN ESDI, PORÉM NÃO OBTVEU ÊXITO. ALÉM DISSO, SEGUNDO O DECLARANTE COM O IMPACTO DO ACIDENTE FRATUROU O ABDOME ESQUERDO E HEMATÚRIA INTENSA, ADEMAIS INFORMA QUE DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO MUNICÍPIO DE LAGARTO ONDE OCORREU O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COMO CONSTA O RELATÓRIO N°088063/3.

ASSINATURAS

Elenildo Rabelo de Menezes

Agente de Polícia
Matrícula 1690

Responsável pelo Atendimento

Gilson Souza Andrade

Comunicante, Vítima

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assinadas 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."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 557.459.115-49 Nome completo da vítima: GILSON SOUZA ANDRADE

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

Nome completo: GILSON SOUZA ANDRADE CPF: 557.459.115-49
Profissão: LAVRADOR R. ELVIRA FRANCISCA DE SOUZA Número: 388 Complemento: _____
Bairro: CONJUNTO SILVINO AUGUSTO Cidade: POÇO VERDE Estado: SE CEP: 49.490.000
E-mail: gilsonsoouzaandrade7@gmail.com Tel (DDD): 79-9955-7567

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

RENDA MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2176 23 CONTA: 00013264 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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: 10/06/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILSON SOUZA ANDRADE

BANCO: 104

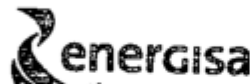
AGÊNCIA: 04338

CONTA: 000835060545-4

Nr. da Autenticação 65FD6CE0BBBB56D3

GILSON SOUZA ANDRADE
RUA ELVIRA FRANCISCA DE SOUZA, 388 / SILVIO AUGUSTO DE SOU
POCO VERDE / SE CEP: 49400000 (AG 180)

CPF/CNPJ/RAN: 557 458 115-45



Grupo CONVENCIONAL BANDA TENSÃO / Subgrupo B1
Classe RES MTC B1 / Subclasse BANDA FRENDA
Ligação MONOFÁSICO
Roteiro 17 - 200 - 70 - 2205 / Nº Medidor: NS033245733



CADASTRE SUA FATURA EM DÍGITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00010897445

VALOR DA FATURA R\$ 86,54	VENCIMENTO 02/02/2021
REFERÊNCIA Jan / 2021	CONSUMO 159kWh 6,68 kWh MÉDIA DIÁRIA LEITURA CONFIRMADA
SITUAÇÃO DE DÉBITOS	

CCI	Descrição	Quant	Tabela / Tributos	Valor Base Calc. Abq		ICMS		PIS/COFINS		PIS/COFINS	
				Total (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	PIS/COFINS (R\$)	PIS/COFINS (R\$)	PIS/COFINS (R\$)	PIS/COFINS (R\$)
0001	Consumo até 30kWh BR	0,243368	7,30	7,30	25	1,82	5,47	0,03	0,18		
0001	Consumo 31 a 100kWh BR	0,417190	29,20	29,20	25	7,30	21,90	0,14	0,57		
0001	Consumo 101 a 170kWh BR	0,255400	36,92	36,92	25	9,23	27,69	0,18	0,85		
0001	Adic B Vermelha	0,60	0,60	0,60	25	0,17	0,43	0,00	0,01		
0001	Adic B Amarela	1,82	1,82	1,82	25	0,45	1,37	0,01	0,04		
0019	Subsídio	38,38	38,38	38,38	25	9,59	28,79	0,19	0,88		
0006	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0006	Devolução Subsídio					0,00	0,00	0,00	0,00		

CCI Código de Classificação do item TOTAL 86,54 114,25 28,58 85,64 0,57 2,93
Tarifa s/ Tributos Até 30kWh 0,175700 Até 100kWh 0,301200 Até 200kWh 0,451800

RESERVADO AO FISCO: 035b.cb88.9752.7m2.e57a.0776.8e1a.4db4

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)	
Jan/20	104
Fev/20	91
Mar/20	94
Abr/20	111
Mai/20	86
Jun/20	68
Jul/20	69
Ago/20	71
Sep/20	102
Out/20	161
Nov/20	147
Dez/20	189
Média	108

*Faturamento pela média mínima

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/SE	20,56	23,76
Compra de Energia	27,69	32,00
Serviço de Transmissão	2,65	3,06
Encargos Setoriais	3,89	4,48
Impostos Diretos e Encargos	31,78	36,70
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	86,54	100,00
Encargos de Uso do Sistema de Distribuição (Rel. 11/2020) R\$ 25,86		

PRÓXIMA LEITURA: 25/02/2021

INDICADORES DE QUALIDADE		REDE NACIONAL - CERRIL RICO (V)		
MÉDIA	MENSAL	APURADO TRIMEST.	ANUAL	LIMITES DE TENSÃO (V)
Horas que o cliente ficou sem energia - DCE	11,30	0,00	22,61	45,22
Vezes que o cliente ficou sem energia - FIC	7,58	0,00	15,16	30,33
Duração da maior interrupção de energia no período - DMCC	8,19	0,00		
Duração da interrupção individual em dia crítico - DDCR	18,80			

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO CONSUMIDOR
Fato: O cliente declara que a leitura foi realizada pelo próprio cliente, ou por representante autorizado, em data e hora corretas, e que a leitura foi registrada no sistema de medição da Energisa.
Para preservar sua saúde, a Energisa está pronta para atender pelos canais virtuais: site, App Energisa ON e WhatsApp (79) 98101-0715. E-mail para envio de documentos: atendimento-ese@energisa.com.br
Sua unidade foi ratificada como Banda FRENDA, sendo um desconto de R\$ 27,71 por mês.
Ação: A responsabilidade pela iluminação pública é da prefeitura do município. Prestações com iluminação pública, contate a Prefeitura local de seu município.
Leitura confirmada.



Medclin
Centro Médico e Odontológico

► Clínica Médica
► Psiquiatria
► Ginecologia
► Dermatologia
► Nutricionista
► Psicologia
► Oftalmologia
► Otorrinolaringologia

► Ortopedia
► Ultrassonografia
► Rolo X
► Exames Laboratoriais
► Pediatria
► Odontologia
► Cardiologia
► Fonoaudiologia

RELATÓRIO MÉDICO

Relato para o Dr. Cavalc
deu por Carlson Souza
Andrade, pai acomeço do
por acidente automobilístico
com Trauma de joelho
esquerdo sendo submetido

Dr. José Deraldo Lima Javres Filho
Clínica Médica - Psiquiatria
CRMSE 3301 - CRQ/BA 21577

0902 2012 / 3549-1566 / 99884-6600

RUA GABRIEL BENEVIDES DO ROSÁRIO, 132 - POÇO VERDE/SE - CEP 49490-000

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Nome: _____

Convênio: _____

EXAME LABORATORIAIS BIOQUÍMICA

- ☐ Glicose
- ☐ TTGO
- ☐ Glicemia Pos-Prandial
- ☐ Uréia
- ☐ Creatinina
- ☐ Sódio
- ☐ Potássio
- ☐ Cálcio
- ☐ Cloro
- ☐ Fósforo
- ☐ Magnésio
- ☐ Ferro
- ☐ PT e Frações
- ☐ Albumina
- ☐ TGO
- ☐ TGP
- ☐ Bilirrubinas
- ☐ Fosfatase Alcalina
- ☐ Gama GT
- ☐ Colesterol Total
- ☐ Colesterol HDL
- ☐ Colesterol LDL
- ☐ Colesterol VLDL
- ☐ Triglicérides
- ☐ Lipidograma
- ☐ CPK
- ☐ CK-MB
- ☐ Troponina
- ☐ LDH
- ☐ Cobre
- ☐ Amilase
- ☐ Lipase
- ☐ Aldolase
- ☐ Ácido Úrico
- ☐ Fosf. Ácida Total
- ☐ Fosf. Ác. Prostática
- ☐ Hb Glicosilada
- ☐ Frutosamina
- ☐ Cap. Fixação Ferro
- ☐ Osmolaridade
- ☐ Lactato
- ☐ ADA
- ☐ ASLO
- ☐ PCR
- ☐ PCR Ultra-Sensível
- ☐ Fator Reumatóide
- ☐ C3
- ☐ C4
- ☐ IGG

- ☐ IGA
- ☐ IGM
- ☐ Alfa Glicop Ácida
- ☐ Transferrina
- ☐ Homocisteína

HEMATOLOGIA

- ☐ Hemograma
- ☐ Eritrograma
- ☐ Leucograma
- ☐ Cont. Plaquetas
- ☐ VHS
- ☐ Células LE
- ☐ Falcização
- ☐ Reticulócitos
- ☐ TP
- ☐ TTPa
- ☐ TS
- ☐ TC
- ☐ Fibrinogênio

IMUNO

HEMATOLOGIA

- ☐ Grupo Sanguíneo
- ☐ Coombs Direto
- ☐ Coombs Indireto

IMUNOLOGIA

- ☐ Mononucleose (Paul Bunnell)
- ☐ Widal
- ☐ VDRL
- ☐ Chagas
- ☐ Rubéola IGG
- ☐ Rubéola IGM
- ☐ Toxoplasmose IGG
- ☐ Toxoplasmose IGM
- ☐ Citomegalovirus IGG
- ☐ Citomegalovirus IGM
- ☐ HBS-Ag
- ☐ Anti-HBS
- ☐ Anti-HCV
- ☐ Anti HAV IGG
- ☐ Anti HAV IGM
- ☐ Ferritina
- ☐ PSA Total
- ☐ PSA Livre
- ☐ IGE Total
- ☐ Dengue
- ☐ Waller Rose
- ☐ HIV I e II
- ☐ Teste do pezinho

HORMÔNIOS

- ☐ T3 Total
- ☐ T4 Total
- ☐ T4 Livre
- ☐ TSH
- ☐ ATPO
- ☐ AAT
- ☐ T3 Livre
- ☐ LH
- ☐ FSH
- ☐ Estradiol
- ☐ Prolactina
- ☐ Progesterona
- ☐ Beta HCG

EXAMES DE URINA

- ☐ Sumário Úrina
- ☐ Contagem ADDIS
- ☐ Proteinúria 24 hrs
- ☐ Proteína Bence Jones
- ☐ Microalbuminúria

EXAME DE FEZES

- ☐ Parasitológico (EPF)
- ☐ EPF MIF
- ☐ Pesquisa de Larvas
- ☐ Coprológico Funcional
- ☐ Sangue Oculto Fezes
- ☐ Swab Anal (Oxiurus)
- ☐ Pesquisa de Leucócitos
- ☐ Pesquisa de Rotavirus

MICROBIOLOGIA

- ☐ Urocultura + TSA
- ☐ Coprocultura + TSA
- ☐ Cult. Sec. Vaginal
- ☐ Cult. Sec. Orofaringe
- ☐ Cultura de outro material:
- ☐ Pesquisa de BAAR
- ☐ Microflora Vaginal

TESTE DE PATERNIDADE

- ☐ p/ Duo (suposto pai e filho)
- ☐ p/ Trio (pai, mãe e filho)

EXAMES CLÍNICOS

- ☐ USG _____
- ☐ ECOCARDIOGRAMA
- ☐ ELETROCARDIOGRAMA

OBSERVAÇÕES: _____



Medclin
Centro Médico e Odontológico

- Clínica Médica
- Psiquiatria
- Ginecologia
- Dermatologia
- Nutricionista
- Psicologia
- Oftalmologia
- Otorrinolaringologia
- Ortopedia
- Ultrassonografia
- Rolo X
- Exames Laboratoriais
- Pediatria
- Odontologia
- Cardiologia
- Fonoaudiologia

atendimento cirurgico
(neurectomia) em
28.10.2020.



09.02.2021

Dr. José Deraldo Lima/Tavara Filho
Clínica Médica e Psiquiatria
CRMSE 3301 - CRMBA 21577

3549-1566 / 99884-6600

RUA GABRIEL BENEVIDES DO ROSÁRIO, 132 - POÇO VERDE/SE - CEP 49490-000

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Nome: _____ Convênio: _____

EXAME LABORATORIAIS BIOQUÍMICA

- ☐ Glicose
- ☐ TTGO
- ☐ Glicemia Pos-Prandial
- ☐ Uréia
- ☐ Creatinina
- ☐ Sódio
- ☐ Potássio
- ☐ Cálcio
- ☐ Cloro
- ☐ Fósforo
- ☐ Magnésio
- ☐ Ferro
- ☐ PT e Frações
- ☐ Albumina
- ☐ TGO
- ☐ TGP
- ☐ Bilirrubinas
- ☐ Fosfatase Alcalina
- ☐ Gama GT
- ☐ Colesterol Total
- ☐ Colesterol HDL
- ☐ Colesterol LDL
- ☐ Colesterol VLDL
- ☐ Triglicérides
- ☐ Lipidograma
- ☐ CPK
- ☐ CK-MB
- ☐ Troponina
- ☐ LDH
- ☐ Cobre
- ☐ Amilase
- ☐ Lipase
- ☐ Aldolase
- ☐ Ácido Úrico
- ☐ Fosf. Ácida Total
- ☐ Fosf. Ác. Prostática
- ☐ Hb Glicosilada
- ☐ Frutosamina
- ☐ Cap. Fixação Ferro
- ☐ Osmolaridade
- ☐ Lactato
- ☐ ADA
- ☐ ASLO
- ☐ PCR
- ☐ PCR Ultra-Sensível
- ☐ Fator Reumatóide
- ☐ C3
- ☐ C4
- ☐ IGG

- ☐ IGA
- ☐ IGM
- ☐ Alfa Glicop Ácida
- ☐ Transferrina
- ☐ Homocisteína

HEMATOLOGIA

- ☐ Hemograma
- ☐ Eritrograma
- ☐ Leucograma
- ☐ Cont. Plaquetas
- ☐ VHS
- ☐ Células LE
- ☐ Falcização
- ☐ Reticulócitos
- ☐ TP
- ☐ TTPa
- ☐ TS
- ☐ TC
- ☐ Fibrinogênio

IMUNO

HEMATOLOGIA

- ☐ Grupo Sanguíneo
- ☐ Coombs Direto
- ☐ Coombs Indireto

IMUNOLOGIA

- ☐ Mononucleose (Paul Bunnell)
- ☐ Widal
- ☐ VDRL
- ☐ Chagas
- ☐ Rubéola IGG
- ☐ Rubéola IGM
- ☐ Toxoplasmose IGG
- ☐ Toxoplasmose IGM
- ☐ Citomegalovirus IGG
- ☐ Citomegalovirus IGM
- ☐ HBS-Ag
- ☐ Anti-HBS
- ☐ Anti-HCV
- ☐ Anti HAV IGG
- ☐ Anti HAV IGM
- ☐ Ferritina
- ☐ PSA Total
- ☐ PSA Livre
- ☐ IGE Total
- ☐ Dengue
- ☐ Waller Rose
- ☐ HIV I e II
- ☐ Teste do pezinho

HORMÔNIOS

- ☐ T3 Total
- ☐ T4 Total
- ☐ T4 Livre
- ☐ TSH
- ☐ ATPO
- ☐ AAT
- ☐ T3 Livre
- ☐ LH
- ☐ FSH
- ☐ Estradiol
- ☐ Prolactina
- ☐ Progesterona
- ☐ Beta HCG

EXAMES DE URINA

- ☐ Sumário Úrina
- ☐ Contagem ADDIS
- ☐ Proteinúria 24 hrs
- ☐ Proteína Bence Jones
- ☐ Microalbuminúria

EXAME DE FEZES

- ☐ Parasitológico (EPF)
- ☐ EPF MIF
- ☐ Pesquisa de Larvas
- ☐ Coprológico Funcional
- ☐ Sangue Oculto Fezes
- ☐ Swab Anal (Oxiurus)
- ☐ Pesquisa de Leucócitos
- ☐ Pesquisa de Rotavirus

MICROBIOLOGIA

- ☐ Urocultura + TSA
- ☐ Coprocultura + TSA
- ☐ Cult. Sec. Vaginal
- ☐ Cult. Sec. Orofaringe
- ☐ Cultura de outro material:
- ☐ Pesquisa de BAAR
- ☐ Microflora Vaginal

TESTE DE PATERNIDADE

- ☐ p/ Duo (suposto pai e filho)
- ☐ p/ Trio (pai, mãe e filho)

EXAMES CLÍNICOS

- ☐ USG _____
- ☐ ECOCARDIOGRAMA
- ☐ ELETROCARDIOGRAMA

OBSERVAÇÕES: _____

ALERTA: Este Documento Único de Arrecadação – DUA somente pode ser quitado no Banco do Estado de Sergipe – BANESE, por isto não se faz necessário que o código de barra e sua respectiva linha digitável inicie com o código do banco (047).

[illegible]



Governo de Sergipe
Secretaria de Estado da Segurança Pública
Departamento Estadual de Trânsito DETRAN/SE
19/11/2020 09:55

Autorização para Serviços Junto às Estampadoras de placas de identificação veicular credenciadas

Código Autorização Detran: 1585465

Credenciamento: 0

DE ACORDO COM TERMO DE AUDIENCIA EXTRAJUDICIAL DO MINISTERIO PUBLICO ESTADUAL E CONFORME AUTORIZACAO DA PROCURADORIA JURIDICA DO ORGAO (COMUNICACAO INTERNA 70/2017), ESTA AUTORIZACAO DEVE SER APRESENTADA A QUALQUER UMA CREDENCIADAS AO DETRAN DE SERGIPE PARA REALIZACAO DE SERVICOS DE ESTAMPAGENS. ESCOLHA UMA DELAS NA LISTA DISPONIVEL EM TODOS OS SETORES DE ATENDIMENTO DO ORGAO OU ACESSE O SITE DO DETRAN (WWW.DETRAN.SE.GOV.BR) E NO MENU CLIQUE EM 'CREDENCIADOS'

AVISO IMPORTANTE PARA O CLIENTE

Em função da Portaria Detran 349 e suas alterações, todos os processos iniciados a partir de 19 de outubro 2020, deverão seguir o procedimento abaixo:

Após a finalização do processo de veículo com a emissão do documento, seja Certificado de Registro de Veículo - CRV ou Certificado de Licenciamento Anual - CRLV, escolha uma das Empresas Estampadoras de Placas de Identificação Veicular de sua preferência (<https://www.detrان.se.gov.br/?pg=credenciado/lojasdeplacas#gsc.tab=0>) para realização do ciclo de estampagem (pagamento, agendamento, emissão da nota fiscal e colocação da(s) placa(s)).

Observação: É da inteira responsabilidade do cliente a escolha da empresa que realizará o ciclo completo de estampagem.

Dados do Proprietário

Nome	PEDRO JESUINO DOS SANTOS FILHO	Órgão	SSP	UF	SE
RG	1168928 - SD				
CPF/CNPJ	38433508415				

Dados do Veículo

Placa	QMB7160	Chassi	9C2KC2200HR041603	Tipo	MOTOCICLO
Ano Fab.	2017	Marca	HCNDA/CG 160 FAN ESDI	Espécie	PASSAGEIRO
Categoria	PARTICULAR	Cor	VERMELHA		
Município	POCO VERDE				

Observações

Serviço: PLACA TRASEIRA(MERCOSUL)

Valor do Serviço: Consultar os sites das estampadoras credenciadas para saber os valores

Número de protocolo utilizado no serviço: 663133394

Documento de arrecadação utilizado no serviço de veículo do Detran: 278119172

Estampadora selecionada na digitação do serviço:

AVISO IMPORTANTE PARA O ESTAMPADOR

O estampador deverá registrar a estampagem da placa no sistema do fabricante de placa e a informação de que a placa foi afixada no veículo. Enquanto estas duas etapas não forem registradas, o VEÍCULO FICARÁ BLOQUEADO para novos serviços, até que sejam realizadas.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇO VERDE
SERVIÇOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA 24HS
Rua Gabriel Benevides do Rosário, s/n
Fone(79) 99944-99-58/CNPJ 11.380.215/0001-46
(FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA 24H)

Dr. Hugo

Médico: Dr. Jorge Recepcionista: Glennor

Unidade: Clínica Saúde da Família		Emergência - Hemorragia, parada respiratória e parada cardíaca.	
João Antônio de Abreu Urgência/Emergência		Urgência - torção, fatura expostas (dependendo da gravidade), dengue, sarampo, febre, catapora.	
Data: <u>28/10/2020</u>	Horário de Entrada: <u>18/19</u>	Telefone (79) 99955-7567	
Nome do Paciente: <u>Gilson Souza Andrade</u>			
Cartão do SUS:		RG:	UF:
Data de Nascimento: <u>15/02/1971</u>	Idade: <u>49 anos</u>	Sexo: ☒ Masculino	☐ Feminino
Endereço: <u>Rua José dos Santos, N° 54.</u>			
Cidade: <u>Poço Verde</u>		Profissão: <u>lavrador</u>	
Pai: <u>José Vieira de Andrade</u>			
Mãe: <u>Francisca Maria de Jesus</u>			
18:20h 1 - EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR			
<u>Paciente teve acidente de moto, referindo dor alheia, distensão abdominal, hematuria. AKS 112 Acidente PLAT. Abdo. inferior plano, inerte, dolorido.</u>			
Sinais Vitais P.A. <u>120/80</u> x <u>80</u> mmHg FC: <u>100</u> bpm FR: <u>20</u> irpm SpO2 <u>97</u> % T.A: <u>34.5</u> °C Peso: <u>Kg</u> HGT: <u>1.70m</u>			
Possui Alergia Medicamentosa? Sim () Não ☒ Não Sabe () Se Sim, Qual? _____			
2 - HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:			
3 - CONDUTA /PRESCRIÇÃO MÉDICA:			Horário
<u>1º Transamin - 100ml + dextro</u>			
<u>uso IV</u>			
<u>2º Soro fisiológico 0,9% - 1.000ml</u>			
<u>uso IV. 20 gotas/min</u>			
<u>3º Ringer lactato - 1.000ml</u>			
<u>uso IV. 20 gotas/min</u>			
<u>4º Glucose 5% - 4 ampulhas IV.</u>			
<u>5º Oxigênio 4l/min. uso sob cateter</u>			
<u>6º Analgésico opioide</u>			
ASSINATURA DO MÉDICO: <u>Dr. Jorge</u>			
Assinatura do Paciente ou Responsável: <u>Glennor</u>			

HGT = 232 mg/dl

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA DE REFERÊNCIA HOSPITALAR / ENCAMINHAMENTO

UNIDADE ORIGEM: Clínica Saúde da Família João Antônio de Abreu - Poço Verde/ SE

RESPONSÁVEL PELO CONTATO: Dr. Jorge Chellia

FUNÇÃO: Médico

RESPONSÁVEL CONTACTADO: Dr. Hugo

FUNÇÃO: Responsável pelo

DATA: 28/10/2020

HORÁRIO: 17:35h

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Wilson Jorge Almeida

DATA NASCIMENTO: 15/02/1971 SEXO: M F()

CARTÃO SUS:

ENDEREÇO: Poço Verde - SE

RESPONSÁVEL OU GENITORA:

ESPECIALIDADE

- ☐ Pediatria
- ☐ Cirurgia Pediátrica
- ☐ Cardiologia Pediátrica
- ☐ Gastroenterologista Pediátrico
- ☐ Neuro Pediátrico
- ☐ Neuro Cirurgião
- ☐ Pneumologia Pediátrico

- ☒ Clínico Geral
- ☒ Cirurgia Geral
- ☐ Ginecologia
- ☐ Geriatria
- ☐ Gastroenterologia
- ☐ Cardiologia
- ☐ Dermatologia

- ☐ Obstetrícia
- ☐ Obstetrícia Alto risco
- ☐ Mastologia
- ☐ Endocrinologia
- ☐ Nefrologia
- ☐ Pneumologia
- ☐ Neurologia

- ☐ NeuroCirurgia
- ☐ Oftalmologia
- ☐ Otorrinolaringia
- ☐ Psiquiatria
- ☐ Reumatologia
- ☐ Urologia
- ☐ SAD
- ☐ _____

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA, EXAMES REALIZADOS E JUSTIFICATIVA PARA O ENCAMINHAMENTO

Paciente com quadro de hipertensão arterial, referindo dor pleurítica no lado esquerdo, dis-
tensão pleurítica, piora noturna. PR e MUBA
ACPS PRNF. Medicações de uso contínuo.

MEDICAÇÃO EM USO: PA: 120 x 80 mmHg, FC = 100 bpm, FR = 25 lpm
SpO2 = 97% Hgt =

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: besta renal?

CONDIÇÃO DO TRANSLADO:
☒ AMBULÂNCIA COM ENFERMAGEM
☐ AMBULÂNCIA COM MÉDICO ☐ AMBULÂNCIA COM CONDUTOR

ACIONAMENTO AO SAMU:
HORA CHAMADA: _____
HORA DE CHEGADA: _____
OBSE: _____

SOLICITANTE: Dr. Jorge Chellia
Assinatura/Caribo: Dr. Hugo
Médico Cremesp 1247
Cremesp 10000

OBSERVAÇÕES:

01 - Linol. 0.9% - 1.00 vial
02 - Linol. 2.5% - 1.00 vial
03 - Linol. lactate - 1.00 vial
04 - Tranexâmico - 1.00 vial
05 - ...

Hospital Universitário de Lagarto

AV BRASILIA S/N, LAGARTO-SE, 90035-003, (79) 3632-2026, 6568343

Sumário de Alta

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome/Nome Social: Gilson Souza Andrade CNS: 12413015290000 Prontuário: 088063/3
 Idade: 49 anos 8 Data Nascimento: 1971-02-15 00:00:00.0 Sexo: Masculino Unidade/Leito: 400E
 Nome da Mãe: FRANCISCA MARIA SOUZA Local de Nascimento:
 Especialidade: CIRURGIA GERAL Convênio: Sus Modalidade Assistencial: Atenção Hospitalar
 Local de Atendimento: No próprio Procedência: Demanda Espontânea Caráter Internação: URGENCIA
 Data/Hora internação: 28/10/2020 23:51 Data/Hora Alta: 04/11/2020 14:05 Permanência: 7 dias
 Responsável Internação: Dr. David de Melo Arimatea Rosa
 Responsável Alta: SAMUEL BEZERRA MACHADO JUNIOR CNS: 980016287211135
 CNS:

2. DIAGNÓSTICOS

Motivos da internação

abdome agudo (r10.0), indicador de presença na admissão: sim, estado de resolução: resolvido

3. PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS

Outros procedimentos

29/10/2020 Fisioterapia Respiratória

29/10/2020 Fisioterapia Motora

4. EVOLUÇÃO

7º DPO DE LAPARATOMIA EXPLORATÓRIA COM NEFRECTOMIA ESQUERDA

TRAUMA RENAL POR ACIDENTE MOTOCICLISTICO.

PACIENTE 7 PO NEFRECTOMIA POR TRAUMA ABDOMINAL CONTUSO, CURSANDO COM MELHORA CLINICA IMPORTANTE DURANTE INTERNAMENTO. RECEBE ALTA EM BOAS CONDICÕES CLINICAS

AO EXAME:

BEG, LOTE, AAA, normocorado e hidratado.

ACV: BRNT em 2T, sem sopros.

AR: MV presentes em AHT, sem RA.

ABD: flácido, dolorido à palpação em região próxima à ferida operatória.

FO: bordas bem coaptadas, sem sinais flogísticos, sem saída de secreção sero-sanguinolenta.

Alta medica

Retorno ambulatorial

5. PLANO PÓS-ALTA

Motivo da Alta

Alta médica

Recomendações da Alta

Encaminhamento ao ambulatório do hospital

6. ESTADO DO PACIENTE NA ALTA

ALTA MELHORADO (12)

Dr. Samuel Machado
 Cirurgião Geral
 CRM/SE 4989
 CPF: 033930175-94

DR. SAMUEL BEZERRA MACHADO JUNIOR (1989)

CPY-03330125-00
CRM 156 400
CLINTON, G.
Dr. Seussville
CPY-03330125-00

5. PLANO POS-ALTA

© 2004 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 255: 103–110

[illegible]

3. EVOLUÇÃO

	Outros procedimentos	
29-010500	Fornecimento de Respostas	
29-010500	Fornecimento de Informações	

3. PROCEDIMENTOS TERAPÉUTICOS

5. DIAGNOSTICOS

1. IDENTIFICAÇÃO	
Nome/Nome Social: Gilson Souza Andrade	CNS: 12413012590000 ProntoAtendimento: 08908373
Idade: 49 anos 8	Data Nascimento: 1971-02-12 00 00 00 00 Sexo: Masculino
Nome da Mãe: FRANCISCA MARIA SOUZA	Local de Nascimento:
Especialidade: CIRURGIA GERAL	Córego: 3125
Local de Atendimento: No próprio	Procedência: Grande Esfera
Data Hora Interação: 28/10/2020 22:51	Caráter Interação: URGÊNCIA
Responsável Interação: Dr. David de Melo Almeida-Pinto	
Responsável Alta: SAMUEL BEZERRA MACIEL - CRM 33	
	CNS
	9800182973143
	Permanência: 7 dias
	Data Interação: 28/10/2020 14:02
	Modalidade Assistencial: Ambulatório
	Hospitalar

Hospital Universitário de Lagarto

AV BRASILIA S/N, LAGARTO-SE, 80035-903, (79) 3632-2026, 6568343

Sumário de Alta

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome/Nome Social: Gilson Souza Andrade CNS: 12413015290000 Prontuário: 088063/3
Idade: 49 anos 8 Data Nascimento: 1971-02-15 00:00:00.0 Sexo: Masculino Unidade/Leito: 400E
Nome da Mãe: FRANCISCA MARIA SOUZA Local de Nascimento:
Especialidade: CIRURGIA GERAL Convênio: Sus Modalidade Assistencial: Atenção Hospitalar
Local de Atendimento: No próprio Procedência: Demanda Espontânea Caráter Internação: URGENCIA
Data/Hora internação: 28/10/2020 23:51 Data/Hora Alta: 04/11/2020 14:05 Permanência: 7 dias
Responsável Internação: Dr. David de Melo Arimatea Rosa
Responsável Alta: SAMUEL BEZERRA MACHADO JUNIOR CNS: 980016287211135
CNS:

2. DIAGNÓSTICOS

Motivos da internação

abdome agudo (r10.0), indicador de presença na admissão: sim, estado de resolução: resolvido

3. PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS

Outros procedimentos

29/10/2020 Fisioterapia Respiratória
29/10/2020 Fisioterapia Motora

4. EVOLUÇÃO

7º DPO DE LAPARATOMIA EXPLORATÓRIA COM NEFRECTOMIA ESQUERDA
TRAUMA RENAL POR ACIDENTE MOTOCICLISTICO.

PACIENTE 7 PO NEFRECTOMIA POR TRAUMA ABDOMINAL CONTUSO, CURSANDO COM MELHORA CLINICA IMPORTANTE DURANTE INTERNAMENTO. RECEBE ALTA EM BOAS CONDICÕES CLINICAS
AO EXAME:
BEG, LOTE, AAA, normocorado e hidratado.
ACV: BRNT em 2T, sem sopros.
AR: MV presentes em AHT, sem RA.
ABD: flácido, dolorido à palpação em região próxima à ferida operatória.
FO: bordas bem coaptadas, sem sinais flogísticos, sem saída de secreção sero-sanguinolenta.

Alta medica
Retorno ambulatorial

5. PLANO PÓS-ALTA

Motivo da Alta

Alta médica

Recomendações da Alta

Encaminhamento ao ambulatório do hospital

6. ESTADO DO PACIENTE NA ALTA

ALTA MELHORADO (12)

Dr. Samuel Machado
Cirurgião Geral
CRM/SE 4989
CPF: 033930175-94

Nome GILSON SOUZA ANDRADE	Nome Social 	Prontuário 88063/3
Nome Mãe FRANCISCA MARIA SOUZA	Sexo Masculino	Estado Civil Solteiro
	Dt Nascimento 15/02/1971	
Nome Pai JOSE VIEIRA DE ANDRADE	Data cadastro 28/10/2020	Data recadastro Pront. Família
RG 1044875	CPF 	Cartão SUS 124130152900007
Nome Anterior 	Cidade de nascimento POÇO VERDE	UF SE
Grau Instrução 1º Grau Completo	Nacionalidade BRASILEIRO	
Profissão LAVRADOR DE CULTURA PERMANENTE	Código da profissão 16152	Cor Parda
		Fone ou Recado 79-996726365
Logradouro AVENIDA SAO JOSE	Posto de Referência : 	
Número 640	Complemento 	Bairro CENTRO
Cidade POÇO VERDE	UF SE	CEP 49490-000
Identificador ANSELMO APARECIDO SANTOS		
Área Cadastradora CENTRO CUSTO 1		

Observação

Declaro para todos os fins de direito e sob as penas da lei que as informações cadastrais contidas no boletim de identificação são verdadeiras.

Assinatura do Representante Legal

Olavio de Barros V. dos Santos Andrade

() Paciente () Pai () Mãe () Representante Legal

Hospital Univ Monsenhor Joao Batista

Boletim de Identificação de Paciente

Registro de Classificação de Risco

Protocolo de Manchester

Identificação do Paciente

Nome: GILSON SOUZA ANDRADE

Chegada: 28/10/2020 21.06.13

Sexo: MASCULINO

Idade: 49

Transporte: OUTROS

Data de Nascimento: 15/02/1971

Classificação de Risco

Queixa Principal:	PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO HÁ 3 HORAS, COM DOR ABDOMINAL EM FLANCO ESQUERDO E DISTENSÃO ABDOMINAL. NEGA ALERGIAS. REGULADO.										
Fluxograma:	QUEDA					Discriminador: DOR MODERADA					
Parâmetros:	Glicemia Capilar					Escala de Coma de Glasgow:		15			
	Pulso	100		Ritmo:				Sat O2 (%):		98	
	Temperatura Timpânica		37		Escala de Dor:		5		PA		
Prioridade Clínica:	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos		MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos		☒ URGENTE AMARELA Até 60 minutos		POUCO VERDE Até 120 minutos		NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos		
Fluxo Interno:	CIRURGIÃO										
Classificador:	KLEYTON RAMOS SANTOS					COREN / CRM:		376817 SE		<i>Kleyton Ramos Santos</i> COREN-3270399-ENF Hora de Início CR: 28/10/2020 21.14.55 Hora de Fim CR: 28/10/2020 21.18.28	

Reclassificação

Queixa Principal:											
Fluxograma:						Discriminado					
Parâmetros:	Glicemia Capilar					Escala de Coma de Glasgow:					
	Pulso			Ritmo:				Sat O2 (%):			
	Temperatura Timpânica				Escala de Dor:				PA		
Prioridade Clínica:	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos		MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos		URGENTE AMARELA Até 60 minutos		POUCO VERDE Até 120 minutos		NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos		
Fluxo Interno:											
Classificador:						COREN / CRM:				Hora de Início CR: _____ Hora de Fim CR: _____	

Hospital Universitário de Lagarto

AV BRASÍLIA S/N BAIRRO SANTA TEREZINHA 49040000 LAGARTO SERGIPE BRASIL
CEP 49400-000 - Lagarto - SE - Brasil CNES: 6568343

CONSULTAS AMBULATORIAIS

1

1

237004 - 28/10/2020 - Cirurgia Geral - Equipe: Dr^a. Katarine Carvalho Caetano - Dr^a. Katarine Carvalho Caetano

Paciente: GILSON SOUZA ANDRADE

Prontuário: 088063/3

Unidade Funcional:

PRONTO SOCORRO

PACIENTE REGULADO DE POÇO VERDE, TRAZIDO EM AMBULÂNCIA PRÓPRIA, COM RELATO DE QUEDA DE MOTO EM BAIXA VELOCIDADE, COM TRAUMA EM ABDOME ESQUERDO. NEGA DESMAIO/VÔMITO/ALERGIA. A ENFERMEIRA QUE ACOMPANHOU O TRANSPORTE RELATA QUE O PACIENTE CHEGOU JÁ URINANDO SANGUE.

AO EXAME: ACORDADO, ORIENTADO, EUPNÉICO, SAT=98% SEM O2, FC=100, PA = 110X76, ABDOME PLANO, FLÁCIDO, POUCO DOLOROSO EM BAIXO VENTRE (BEXIGA REPLETA?), SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL

OBS: HÁ RELATOS DE HIPOGLICEMIA

JÁ FOI FEITO: TRANSAMIM 1 AMPOLA, VIT K 1 AMPOLA, 4 AMPOLAS DE GLICOSE 25%; SRL 1000ML EVSF0,9%1000ML

COND: TC ABDOME TOTAL

Elaborado e assinado por Dr. Hugo Jose Santos Lima, CRM 3639 SE em 28/10/2020 21:53

Procedimentos Realizados:

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR PACIENTE, quantidade: 1

29/10/2020
01:13h

Relatado de bico rand
indicando LC de urgência

[Assinatura]

CRM-SE 3639
CIRURGIÃO GERAL
PROCTOLOGISTA
Dr. Hugo J. S. Lima

Dr. Hugo J. S. Lima
CIRURGIÃO GERAL
PROCTOLOGISTA
CRM-SE 3639

Hospital Universitário de Lagarto

AV BRASILIA S/N BAIRRO SANTA TEREZINHA 49040000 LAGARTO SERGIPE BRASIL
CEP 49400-000 - Lagarto - SE - Brasil CNES: 6568343

CONSULTAS AMBULATORIAIS

1 1

237004 - 28/10/2020 - Cirurgia Geral - Equipe: Drª. Katarine Carvalho Caetano - Drª. Katarine Carvalho Caetano

Paciente: GILSON SOUZA ANDRADE

Prontuário: 088063/3

Unidade Funcional:

PRONTO SOCORRO

PACIENTE REGULADO DE POÇO VERDE, TRAZIDO EM AMBULÂNCIA PRÓPRIA, COM RELATO DE QUEDA DE MOTO EM BAIXA VELOCIDADE, COM TRAUMA EM ABDOME ESQUERDO. NEGA DESMAIO/VÔMITO/ALERGIA. A ENFERMEIRA QUE ACOMPANHOU O TRANSPORTE RELATA QUE O PACIENTE CHEGOU JÁ URINANDO SANGUE.

AO EXAME: ACORDADO, ORIENTADO, EUPNÉICO, SAT=98% SEM O2, FC=100, PA = 110X76, ABDOME PLANO, FLÁCIDO, POUCO DOLOROSO EM BAIXO VENTRE (BEXIGA REPLETA?), SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL

OBS: HÁ RELATOS DE HIPOGLICEMIA

JÁ FOI FEITO: TRANSAMIM 1 AMPOLA, VIT K 1 AMPOLA, 4 AMPOLAS DE GLICOSE 25%; SRL 1000ML EVSF0,9%1000ML

COND: TC ABDOME TOTAL

Elaborado e assinado por Dr. Hugo Jose Santos Lima, CRM 3639 SE em 28/10/2020 21:53

Procedimentos Realizados:

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR PACIENTE, quantidade: 1

Nota(s) adicional(is):

TC DE ABDOME (AINDA SEM LAUDO) MOSTRA VOLUMOSO HEMATOMA RETROPERITONEAL SECUNDÁRIO A LESÃO GRAU IV DE RIM ESQUERDO, COM LACERAÇÃO DE POLO INFERIOR, HIPOCAPTAÇÃO DE CONTRASTE E NÃO EXCREÇÃO DE CONTRASTE PELA URINA.

LABS: CR 1,5

HB: 12,8 / PLT 250.000 / UR 23

HD: TRAUMA RENAL + TAQUICARDIA - ABDOME AGUDO HEMORRÁGICO COM CHOQUE

CD: INTERNO PARA CIRURGIA

CONVERSO COM ACOMPANHANTE SOBRE O PROCEDIMENTO

Elaborado e assinado por Dr. David De Melo Arimatea Rosa, CRM 3839 SE em 28/10/2020 23:26

Dr. David M. Arimatea Rosa
Cirurgião

Identificação do Paciente

Paciente: 141598 Prontuário: 0088063/3
Nome: GILSON SOUZA ANDRADE
Nome Mãe: FRANCISCA MARIA SOUZA
Endereço: AVENIDA SAO JOSE Cartão SUS: 124130152900007
Número: 640 Complemento: Telefone: 79 996726365
Bairro: CENTRO
Cidade: POÇO VERDE UF: SE Cep: 49.490-000
Data Nasc.: 15/02/1971 Idade: 49 Sexo: Masculi Cor: Parda Est. Civil: Solteiro
Profissão: LAVRADOR DE CULTURA PERMANENTE
Naturalidade: POÇO VERDE UF Nascimento: SE
Nacionalidade: BRASILEIRO

Identificação do Responsável

Nome:
Endereço:
Cidade: UF: CEP: Fone:

Dados de Internação

Data Intern: 28/10/2020
Procedência: Demanda Espontânea Local Atendimento: No próprio estabelecimento
Modalidade Assistencial: Atenção Hospitalar
CID Principal: R10.0 ABDOME AGUDO
CID Secundário:
Procedimento: 407040161 LAPAROTOMIA EXPLORADORA
Clínica: Dif. Classe: N Acompanhante: N
Andar: 1 Ala: 1 Quarto: Leito: Convênio: 1/1 SUS - INTERNAÇÃO
Unidade: UNIDADE AZUL Acomodação:
Especialidade: CIRURGIA GERAL
Carater de Internação: URGENCIA
Tabela: TABELA UNIFICADA Perm. SUS: 5 Dia(s)
Nro. Atendimento:

Equipe Médica

Equipe: DAVID DE MELO ARIMATEA ROSA
CRM: 3839 SE CPF: 2345576561
Chefe da Equipe CIRURGIA GERAL : AGHUHRL
CRM: 123456 SE 64059155063

Funcionário que efetuou a Internação

Nome: TANYRES ALVES TAVARES
C. Ponto: 200 3042656

Observação

***** SOLICITAR DOCUMENTOS PARA RECADASTRO *****

PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - CLINICA CIRURGICA

CID : ABDOME AGUDO

Folha 1/1

Data da Internação: 28/10/2020

Validade: de 29/10/2020 03:11 h. a 29/10/2020 16:30 h.

DIETA

Apazamento

1. Zero obs.: ATE 7H - BRANDA QUANDO BEM ACORDADO

MEDICAMENTOS

POSOLOGIA	DOSAGEM	APAZAMENTO
2. CEFAZOLINA 1 g	Administrar 1.000 mg, IV, de 8/8 horas,	18/10/2020 18h
3. DAPIRONA INJETÁVEL 500MG/ML 2 ML 500 mg/mL	Administrar 1.000 mg, IV, de 6/6 horas,	18/10/2020 18h
4. METOCLOPRAMIDA INJETAVEL - 2 ML 5 mg/mL	Administrar 10 mg, IV, de 8/8 horas, Se Necessário; obs.: SOS	18/10/2020 18h
5. MORFINA 1MG/ML INJETAVEL - 2ML (MPP) 1 mg/mL	Administrar 4 mg, IV, de 6/6 horas, obs.: SOS	18/10/2020 18h
6. ONDANSETRON 4 MG INJETAVEL 2 mg/mL	Administrar 8 mg, IV, de 8/8 horas, Se Necessário;	18/10/2020 18h
7. CLORETO DE SODIO 0.9% 500 ML PARA INFUSÃO	Administrar 500 mL, IV, de 6/6 horas,	18/10/2020 18h
BOLSA FLEX		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

8. Fisioterapia motora

9. Fisioterapia respiratória

Dr. DAVID DE MELO ARIMATEA ROSA CRM: 3839 SE

29/10/2020,03:17h.



Universitário
Lagarto

PRESCRIÇÃO

GILSON SOUZA ANDRADE

Data de Nascimento: 15/02/1971

Unidade: 400 E

Identificação

088063/3

PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - CLINICA CIRURGICA

CID : ABDOME AGUDO

Folha 1/1

Data da Internação: 28/10/2020

Validade: de 29/10/2020 16:00 h. a 30/10/2020 11.00 h.

DIETA

Aprazamento

1. Branda.

5-10

MEDICAMENTOS

POSOLOGIA	DOSAGEM	APRAZAMENTO
2. CEFAZOLINA 1 g	Administrar 1.000 mg, IV, de 8/8 horas,	9h / 12h / 15h / 18h / 21h / 24h
3. DIPIRONA INJETÁVEL 500MG/ML 2 ML 500 mg/mL	Administrar 1.000 mg, IV, de 6/6 horas,	9h / 12h / 15h / 18h / 21h / 24h
4. METOCLOPRAMIDA INJETAVEL - 2 ML 5 mg/mL	Administrar 10 mg, IV, de 8/8 horas, Se Necessário; obs.: SOS	SOS
5. MORFINA 1MG/ML INJETAVEL - 2ML (MPP) 1 mg/mL	Administrar 4 mg, IV, de 6/6 horas, obs.: SOS	SOS
6. ONDANSETRON 4 MG INJETAVEL 2 mg/mL	Administrar 8 mg, IV, de 8/8 horas, Se Necessário;	SOS
7. CLORETO DE SODIO 0,9% 500 ML PARA INFUSÃO BOLSA FLEX.	Administrar 500 mL, IV, de 6/6 horas,	9h / 12h / 15h / 18h / 21h / 24h

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

8. Fisioterapia motora

9. Fisioterapia respiratória

Aloisio Ferreira Pinto Neto
Médico

Dr. ALOISIO FERREIRA PINTO NETO CRM: 4407SE

29/10/2020, 10:33h.

Angelica Vieira dos Santos
COREN - SE 1217315 - TE

Identificação

GILSON SOUZA ANDRADE

Data de Nascimento: 15/02/1971

Unidade: 11 - CLINICA CIRURGICA

Universitário
Lagarto
PRESCRIÇÃO

083063/3

MOVIMENTAÇÕES DA PRESCRIÇÃO

Unidade: 1 1 - CLINICA CIRURGICA

Folha 1/1

Validade: de 29/10/2020 16:00 h. a 30/10/2020 11:00 h.

CUIDADOS

Incluir Sonda vesical de demora - trocar por 3 vias se bexigoma, contínuo.

I = T =

Aloisio F. Pinto Neto
Médico

Dr. ALOISIO FERRERA BINTO NETO CRM: 4407SE

29/10/2020, 10:36h.

Assinado Carlos da Silva
COREN: SE 11.396530-11
Mat. 3070105



Hospital Universitário
Lagarto

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Identificação

GILSON SOUZA ANDRADE

Unidade: 088063/3

PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - CLINICA CIRURGICA

CID : ABDOME AGUDO

Folha 1/1

Data da Internação: 28/10/2020

Validade: de 30/10/2020 11:00 h. a 31/10/2020 11:00 h.

DIETA

Aprazamento

SND

1. Branda

Aprazamento

CUIDADOS 10:00

2. Sonda vesical de demora - trocar por 3 vias se bexigoma, continuação

MANTER SOB INFLUÊNCIA

MEDICAMENTOS

POSOLOGIA	DOSAGEM	APRAZAMENTO
3. CEFAZOLINA 1g	Dose Geral Administrar 1.000 mg, IV, de 8/8 horas,	10:00 12:00 14:00 16:00 18:00 20:00
4. DIPIRONA INJETÁVEL 500MG/ML 2 ML 500 mg/mL	Administrar 1.000 mg, IV, de 6/6 horas,	12:00 14:00 16:00 18:00 20:00
5. METOCLOPRAMIDA INJETÁVEL - 2 ML 5 mg/mL	Administrar 10 mg, IV, de 8/8 horas, Se Necessário, obs.: SOS	SND
6. MORFINA 1MG/ML INJETÁVEL - 2ML (MPP) 1 mg/mL	Administrar 4 mg, IV, de 6/6 horas, obs.: SOS	SND
7. ONDANSETRON 4 MG INJETÁVEL 2 mg/mL	Administrar 8 mg, IV, de 8/8 horas, Se Necessário;	SND
8. CLORETO DE SODIO 0,9% 500 ML PARA INFUSÃO	Administrar 500 mL, IV, de 6/6 horas,	12:00 14:00 16:00 18:00 20:00
BOLSA FLEX.		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

9. Fisioterapia motora

10. Fisioterapia respiratória

Dr. ALOISIO FERREIRA PINTO NETO CRM: 4407SE

Dr. ALOISIO FERREIRA PINTO NETO CRM: 4407SE

Dr. ALOISIO FERREIRA PINTO NETO CRM: 4407SE

30/10/2020, 10:06h.

Identificação

Universitário
Legado
PRESCRIÇÃO

GILSON SOUZA ANDRADE

Data de Nascimento: 15/02/1971

Leito: 400E

Dr. ALOISIO FERREIRA PINTO NETO CRM: 4407SE

038063/3

PRESCRIÇÃO

Unidade: 1 - CLINICA CIRURGICA

CID : ABDOME AGUDO

Folha 1/1

Data da Internação: 28/10/2020

Validade: de 31/10/2020 11:00 h. a 01/11/2020 11:00 h.

DIETA

Aprazamento

1. Branda

CUIDADOS

Aprazamento

2. Sonca vesical de demora - manter sob irrigação, contínuo

I=

T=

MEDICAMENTOS

DOSAGEM

POSOLOGIA

APRAZAMENTO

3. DILPIRONA INJETÁVEL: 500MG/ML 2 ML 500 mg/mL Administrar 1.000 mg, IV, de 6/6 horas,
4. METOCLOPRAMIDA INJETÁVEL - 2 ML 5 mg/mL Administrar 10 mg, IV, de 8/8 horas, Se Necessário; obs.: SOS
5. MORFINA 1MG/ML INJETÁVEL - 2ML (MPP) 1 mg/mL Administrar 4 mg, IV, de 6/6 horas, obs.: SOS
6. ONDANSETRON 4 MG INJETÁVEL 2 mg/mL Administrar 8 mg, IV, de 8/8 horas, Se Necessário;
7. CLCRETO DE SODIO 0.9% 500 ML PARA INFUSÃO Administrar 500 mL, IV, de 6/6 horas, BOLSA FLEX.

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

8. Fisioterapia motora

9. Fisioterapia respiratória

Dr. Lucas de Faro Ribeiro Santos

Dr. LUCAS DE FARO RIBEIRO SANTOS CRM: 25645

31/10/2020, 08:46h.

Identificação

GILSON SOUZA ANDRADE

Data de Nascimento: 15/02/1971

Leito: 400E

Universitário
Lagarto

PRESCRIÇÃO

Dr. Lucas de Faro Ribeiro Santos
CRM: 25645

088063/3

Anamnese

Dados do Paciente

Referência: 29/10/2020

Leito: 0000

Especialidade/Agenda: CIRURGIA GERAL

Unidade: CENTRO CIRURGICO

Data Criação: 29/10/2020 03:08 Atendimento: 180474

Nome do Responsável: DAVID DE MELO
ARIMATEA ROSA

Data Confirmação: 29/10/2020 03:10

CRM: 3839 SE

PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA ABDOMINAL CONTUSO - EM QUEDA DE MOTO - CURSANDO COM CHOQUE,
DOR ABDOMINAL E HEMATÚRIA INTENSA.

TC DE ABDOME COM TRAUMA RENAL ESQ GRAU IV E PELVE DILATADA, COM COÁGULOS EM SEU
INTERIOR (ESTENOSE DE JUP)

CD: LAPAROTOMIA

Notas Adicionais:

Dr. David de Melo Arimatea
Cirurgião Geral
CRM-SE 3839 RQE 3153



Hospital Universitário
Lagarto

ANAMNESE

Identificação

Paciente: GILSON SOUZA ANDRADE

Data de Nascimento: 15/02/1971

Prontuário: 88063/3

Evolução

Dados do Paciente

Referência: 03/11/2020

Leito: 400E

Especialidade/Agenda: CIRURGIA GERAL

Unidade: CLINICA CIRURGICA

Data Criação: 04/11/2020 08:31 Atendimento 180474

Nome do Responsável: DAVID DE MELO ARIMATEA
ROSA

Data Confirmação: 04/11/2020 08:36

CRM: 3839 SE

Evolução:

Evolução: # CLÍNICA CIRÚRGICA # 04/11/2020

7º DPO DE LAPARATOMIA EXPLORATÓRIA COM NEFRECTOMIA ESQUERDA

TRAUMA RENAL POR ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO.

PACIENTE CONSEGUIU DORMIR À NOITE. EVACUOU NOVAMENTE E REFERE LIBERAÇÃO DE FLATOS. ACEITA DIETA ORAL. RETIRADA SVD ONTEM E DIURESE SEM INTERCORRÊNCIAS. NEGA FEBRE., ÊMESE, NÁUSEAS OU OUTROS SINTOMAS ASSOCIADOS.

AO EXAME:

BEG, LOTE, AAA, normocorado e hidratado.

ACV: BRNT em 2T, sem sopros.

AR: MV presentes em AHT, sem RA.

ABD: flácido, dolorido à palpação em região próxima à ferida operatória.

FO: bordas bem coaptadas, sem sinais flogísticos, sem saída de secreção sero-sanguinolenta.

CONDUTA:

1) ALTA APÓS RESULTADOS LABORATORIAIS.

2) SOLICITAÇÃO DE UREIA, CREATININA E HEMOGRAMA.

3) ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE NEFROLOGIA E DE RETORNO DA CIRURGIA GERAL.

Notas Adicionais:

Dr. David M. Arimatea
Cirurgia Geral
CRM-SE 5024/005 3155

Hospital Universitário
Lagarto**EVOLUÇÃO**

Identificação

Paciente: GILSON SOUZA ANDRADE

Data de Nascimento: 15/02/1971

Prontuário: 88063/3

Evolução - FISIOTERAPIA**Dados do Paciente**

Referência: 04/11/2020

Prontuário: 88063/3

Leito: 400E

Paciente: GILSON SOUZA ANDRADE

Nome Social:

Data de Nascimento: 15/02/1971

Nº do Cartão SUS: 124130152900007

Especialidade/Agenda: CIRURGIA GERAL

Unidade: CLINICA CIRURGICA

Data Criação: 04/11/2020 12:01

Atendimento: 180474

Nome do Responsável: SUZANNE GUIMARAES MACHADO

Data Confirmação: 04/11/2020 12:03

FISIOTERAPIA

Evolução:

Paciente internado no HUL após acidente motociclístico, onde evolui com abdome agudo. Internado para intervenção cirúrgica -> Laparotomia exploratória + nefrectomia E.

Encontrado no leito em DD, consciente e colaborativo. Em VE ao AA, sem sinais de desconforto respiratório, nega dispneia, expansibilidade torácica simétrica. AP: MV + em AHTX, discretamente reduzido em bases, sem RA. SSVV: FC 86bpm; SpO2 98%, eupneico. Quadro motor: mobilidade ativa e força muscular periférica global satisfatórias, com MRC: 58. Deambula sem assistência.

Quadro motor Prévio - Deambulação independente | Atual: Deambulação independente

Diagnóstico Cinético Funcional: - Respiratório: Limitação ventilatória por alteração de carga elástica de parede torácica secundária a cirurgia abdominal, com impacto em ausculta pulmonar e provável redução de volumes e capacidades pulmonares; Motor: Leve limitação musculoesquelética traduzida por dor e tempo prolongado em leito devido a PO de LE, com impacto em transferências e locomoção.

Objetivos: Prevenir complicações respiratórias; estimular mobilidade ativa e deambulação; preservar flexibilidade e força muscular.

Conduta: Monitorização Cardiorrespiratória; SBL + PVS expansivos (SMI e fracionado); Exercício de ponte simples; Ortostatismo + exercícios de MMII em cadeia cinética aberta (flexão/extensão/abdução de quadril); Treino de sentar/levantar da poltrona com apoio somente em 1 MS (2x10); Deambulação sem auxílio pela enfermagem. Retorno ao leito em DD.

Deixo-o aos cuidados da equipe, sem queixas.

REALIZADO ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO.

Notas Adicionais:

Suzanne Machado
Fisioterapeuta
CREFIT 7 263944-1



Hospital Universitário
Lagarto

Evolução - FISIOTERAPIA

Nome: GILSON SOUZA ANDRADE

Adaptador:

Pos.: 2

Nº amostra: 125125

Enf.: CIRURGICO

Nasc.:

15/02/1971 Sex: Mas

ID doente: 880633

Médico:

Nome: XN-L

C.L.

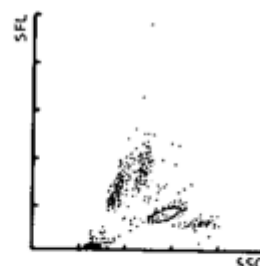
Referência:

Homem

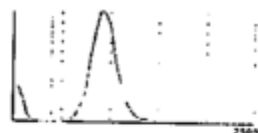
Mulher

Hemácias	2.53	[10 ⁶ /uL]	(4.3 - 6.0)	(3.9 - 5.3)
Hemoglobina	7.7	[g/dL]	(13.6 - 17.8)	(12.0 - 16.0)
Hematócrito	23.5	[%]	(41.0 - 54.0)	(36.0 - 48.0)
VCM	92.9	[fL]	(80.0 - 100.0)	
HCM	30.4	[pg]	(27.0 - 33.0)	
CHCM	32.8	[g/dL]	(32.0 - 36.0)	
RDW-SD	43.9	[fL]	(37.0 - 54.0)	
RDW-CV	13.0	[%]	(11.0 - 14.0)	
PLAQUETAS	271	[10 ³ /uL]	(140 - 400)	
VPM	8.7	[fL]	(9.0 - 13.0)	
Leucócitos	6.22	[10 ³ /uL]	(3.60 - 11.00)	
NEUTRO	4.82	[10 ³ /uL]	(1800 - 6600)	
LINFO	0.79	[10 ³ /uL]	(1100 - 4400)	
NO	0.37	[10 ³ /uL]	(150 - 1000)	
EOSINO	0.22	[10 ³ /uL]	(50 - 400)	
BASO	0.02	[10 ³ /uL]	(0 - 200)	
IG	0.02	[10 ³ /uL]		
RET				
NEUTRO	77.6+	[%]	(36.0 - 66.0)	
LINFO	12.7	[%]	(22.0 - 44.0)	
MONO	5.9	[%]	(3.0 - 10.0)	
EOSINO	3.5	[%]	(1.0 - 4.0)	
BASO	0.3	[%]	(0.0 - 1.0)	
IG	0.3	[%]		

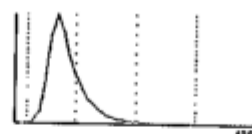
Dist. de Leucócitos



Dist. de Hemácias



Dist. de Plaquetas



WBC-BF	[10 ³ /uL]
RBC-BF	[10 ⁶ /uL]
TC-BF#	[10 ³ /uL]
MN	[10 ³ /uL]
MN	[10 ³ /uL]
PMN	[%]
PMN	[%]

WBC Mens. IP
LymphopeniaRBC Mens, IP
AnemiaPLT Mens. IP
Text

Dr. César Cardoso Santos
Biomédico
CRM - 7245

Todo teste laboratorial deve ser correlacionado com o quadro clínico do paciente, sem o qual a interpretação do resultado é apenas relativa.

CNPJ: 15.126.437/0031 - 69

Paciente: GILSON SOUZA ANDRADE
Data de Nascimento: 15/02/1971
Identidade: 1044875
Emissão do laudo: 02/11/2020
Dr(a) FLAVIO LUIZ DOSEA CABRAL

Origem: Internação
Prontuário: 0088063/3
Convênio: SUS
Cartão SUS: 124130152900007

Página 1

Solicitação: 125125

Material SANGUE

UREIA: 21 mg/dL

Método: Enzimático UV

Valores de Referência: Adulto/Homem: 15 a 45 mg/dl

Recebimento material: 02/11/20 12:15 Liberado em: 02/11/20 13:27

Exames conferidos e liberados digitalmente por:
PAULO HENRIQUE OLIVEIRA DE ARAUJO - CRBM : 1867

Solicitação: 125125

CREATININA: 1,60 mg/dL

Método: Cinético

Valores de Referência:

Homem: 0,70 a 1,20 mg/dL

Mulher: 0,53 a 1,00 mg/dL

Recebimento material: 02/11/20 12:15 Liberado em: 02/11/20 13:29

Exames conferidos e liberados digitalmente por:
PAULO HENRIQUE OLIVEIRA DE ARAUJO - CRBM : 1867

Solicitação: 125125

Material SANGUE

SÓDIO: 134 mmol/L

Método: Ion Seletivo

Valores de Referência: 136 a 144 mmol/L

OBS:

Recebimento material: 02/11/20 12:15 Liberado em: 02/11/20 13:29

Exames conteridos e liberados digitalmente por:
PAULO HENRIQUE OLIVEIRA DE ARAUJO - CRBM : 1867

Solicitação: 125125

Material SANGUE

POTÁSSIO: 3,90 mEq/L

Valores de referência:

3.6 a 5.5 mEq/L

Recebimento material: 02/11/20 12:15 Liberado em: 02/11/20 13:29

Paulo Henrique Oliveira de Araujo
Biomédico
CRBM - 1867

"Todo teste laboratorial deve ser correlacionado com o quadro clínico do paciente, sem o qual a interpretação do resultado é apenas relativa."

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CIRURGIA GERAL E
ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS**

O presente Termo de Consentimento tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos (benefícios, riscos, complicações) relacionados ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Hospital Universitário de Lagarto.

DIAGNÓSTICO:

Tumore abdominal contuso - Trauma

PROCEDIMENTO PROPOSTO:

Laparotomia + Pepectomia

COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS DO PROCEDIMENTO

1. Risco de hemorragia com necessidade de transfusão;
2. Infecção;
3. Insuficiência respiratória com necessidade de ventilação mecânica pós-operatória;
4. Óbito;
5. Outras complicações inerentes ao procedimento:

Blar

Dados do Paciente:

Nome do paciente: <i>Filipe Souza Andreoli</i>	Data nascimento:
Nome da mãe:	
CPF:	

Identificação do Responsável: (No caso de pacientes menores de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado)

Nome do responsável: <i>Plinio do Carmo Nascimento dos Santos Andreoli</i>
CPF: <i>889.249.205-53</i>

Eu, acima identificado, na condição de paciente do Hospital, ou de responsável legal, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, declaro para fins legais que:

1. Fui informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e/ou diagnósticos referentes ao meu estado de saúde, com indicação de realização do procedimento cirúrgico descrito acima.

— 130 —



Universitário
Lagarto

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS

Ministério da
Educação

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: GILSON SOUZA ANDRADE		DATA: 29/10/2020
REGISTRO: 88063/3		IDADE: 49
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		LEITO:
ABDOMEN AGUDO HEMORRÁGICO – TRAUMA RENAL GRAU IV		
CIRURGIA REALIZADA	LAPAROTOMIA EXPLORADORA + NEFRECTOMIA ESQUERDA	
CIRURGIÃO (A)	DAVID ARIMATÉA	
AUXILIAR	HUGO LIMA	
ANESTESISTA	ALEX	
ANESTESIA	GERAL	
INSTRUMENTADOR (A)		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	TRAUMA ABDOMINAL CONTUSO – TRAUMA RENAL GRAU IV	
TIPO DE CIRURGIA		
☐ CIRURGIA LIMPA		☒ CIRURGIA POTENCIALMENTE CONTAMINADA
☐ CIRURGIA CONTAMINADA		☐ CIRURGIA INFECTADA
INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO ☐ SIM ☐ NÃO		
TOPOLOGIA DA INFECÇÃO ☐ OUTRAS		
☐ VIAS AÉREAS SUPERIORES	☐ URINÁRIA	☐ CARDIOVASCULAR
☐ PULMONAR	☐ GASTROINTESTINAL	☐ SNC
☐ CUTÂNEA	☐ OSTEOMUSCULAR	
DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO		
PACIENTE EM DECUBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA GERAL ANTISSEPSE + ASEPSIA + CCE INCISÃO XIFO-PÚBICA + ABERTURA POR PLANOS ATÉ CAVIDADE ABDOMINAL ACHADO DE: GRANDE HEMATOMA RETROPERITONEAL À ESQUERDA ADERÊNCIAS DE COLON COM PAREDE ABDOMINAL REALIZADA LISE DAS ADERÊNCIAS + MANOBRAS DE MATTOX IDENTIFICADO RIM COM VOLUMOSA PELVE EXTRA-RENAL (POR ESTENOSE DE JUP), REPLETA DE COÁGULOS E ANTERIOSIZADA, COM SANGRAMENTO DE GRANDE MONTA ATIVO DO POLO INFERIOR REALIZADA LIGADURA E SECÇÃO DO URETER E VEIA GONADAL ESQ DISSECÇÃO DO HILO RENAL, IDENTIFICADAS E LIGADAS ARTÉRIA E VEIA RENAL DESCOLADO E RETIRADO O RIM DA CAVIDADE ABDOMINAL LAVAGEM DA CAVIDADE COM SF Morno + REVISÃO DA HEMOSTASIA + CONTAGEM DAS COMPRESSAS SÍNTESE DA PAREDE ABDOMINAL - REALIZADA SUTURA POR PLANOS COM FIOS ETHIBOND 2-0 NA APONEUROSE E NYLON 2-0 NA PELE CURATIVO ATO CIRÚRGICO SEM INTERCORRÊNCIA PACIENTE À SRPA PEÇAS À PATOLOGIA I – RIM ESQUERDO		

LAGARTO, 29/10/2020, 03H30M

Hospital Regional de Lagarto - Monsenhor João Batista de Carvalho Daltro
Avenida Brasília S/N – Lagarto/SE
Tel (79) 3632-1501



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
HOSPITAL MONSENHOR JOÃO BATISTA
DE CARVALHO DALTRO - HUL

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA

Identificação do Paciente		Cirurgia
Nome <u>Gulson Souza Andrade</u>		Prontuário <u>8806313</u>
Data de Nascimento <u>35/02/1971</u>	RG	Data <u>29/10/20</u>
Admissão no Centro Cirúrgico		Antes da Indução Anestésica - Check in
Identificação do paciente (uso de pulseira) ☒ Sim ☐ Não Prontuário completo ☒ Sim ☐ Não Sítio cirúrgico demarcado ☐ Sim ☒ Não ☐ Não se aplica Consentimento e avaliação anestésica ☐ Sim ☒ Não Consentimento cirúrgico ☐ Sim ☒ Não Consentimento transfusional ☐ Sim ☐ Não ☒ Não se aplica Banho ☐ Sim ☒ Não Tricotomia ☐ Sim Local <u> </u> ☒ Não ☐ Não se aplica Jejum ☐ Sim Horas <u> </u> ☐ Não Exames ☒ Laboratorial ☐ Imagem ☐ Biópsia ☐ Outro <u> </u> Retirado próteses e adornos ☒ Sim ☐ Não Tipo de precaução ☒ Padrão ☐ Contato ☐ Gotícula ☐ Reverso ☐ Aerossol		Confirmação sobre o paciente ☒ Identificação do paciente ☒ Local da cirurgia a ser realizada ☒ Procedimento a ser realizado ☐ Sítio cirúrgico demarcado ☒ Termo de Consentimento assinado Lateralidade: ☐ Direita ☐ Esquerda ☐ Bilateral ☒ Não se aplica Montagem da sala operatória, de acordo com o procedimento programado: ☒ Sim ☐ Não Revisão dos equipamentos de anestesia: ☐ Sim ☐ Não Materiais de vias aéreas disponíveis e funcionantes ☒ Laringoscópio e lâmina ☒ Máscara de O2 ☒ Fio guia ☒ Ambu ☒ Aspirador ☒ Vácuo ☐ Cânula endotraqueal ☒ Oxímetro de pulso no paciente e em funcionamento ☐ Bougie Há risco de perda sanguínea maior que 500ml ou mais de 7ml/kg em crianças? ☒ Sim ☐ Não Reserva sanguínea? ☒ Sim ☐ Não Acesso venoso adequado e pérvio? ☒ Sim ☐ Não Tipo de acesso venoso ☒ AVP ☐ AVC Alergia medicamentosa ☐ Sim ☒ Não. Se sim, qual(is) medicamento(s)? Em caso de alergia, retirar o medicamento da sala.

Antes de Iniciar a Cirurgia - Time out	Antes do Paciente sair da SO - Check out
Apresentação oral, nome e função de todos os profissionais Staff	Procedimento realizado: <u>nequetoemia E</u>
1º Cirurgião ☒ Sim ☐ Não	A contagem de compressas, gazes, agulhas e instrumentais está correta?
2º Cirurgião ☒ Sim ☐ Não	☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica
Anestesista ☒ Sim ☐ Não	Peças anatômicas/culturas foram identificadas adequadamente e requisição preenchida?
Circulante ☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não se aplica
Enfermeiro ☒ Sim ☐ Não	Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido?
Instrumentador ☒ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não se aplica
Cirurgiões, anestesistas e equipe de enfermagem confirmam:	Recomendações importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente?
☒ Identificação do paciente	
☒ Sítio cirúrgico,	
☒ Procedimento a ser realizado	
Placa de eletrocautério	
☒ Posicionada ☐ Não se aplica	
Uso de antibiótico profilático?	
☒ Sim ☐ Não	
Se sim, qual antibiótico administrado?	
<u>K. Azol 2 gr.</u>	
Exames de imagem estão disponíveis?	
☐ Sim ☐ Não	
Revisão do cirurgião. Passos críticos/Duração estimada/Possíveis perdas sanguíneas	Assinatura e carimbo do cirurgião <u>Dr. Hugo S. Lima</u> CIRURGIÃO GERAL PROCTOLOGISTA CRM SE 3633
☒ Sim ☐ Não	Assinatura e carimbo do anestesista <u>Dr. Alex H. K. Campos</u> CRM 5295 Sergipe
Revisão do anestesista	Assinatura e carimbo do instrumentador <u>Elenilde de Santana Moraes</u> COREN SE 219981-TE
☒ Sim ☐ Não	Assinatura e carimbo do circulante <u>Adriana Angelo Ferreira</u> COREN SE 117.011.000
Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário	Assinatura e carimbo do enfermeiro <u>Amanda Conceição dos Anjos</u> COREN SE 000.503.959-ENF
☒ Sim ☐ Não	<u>Adriana Angelo Ferreira</u>



Hospital Universitário
Lagarto

EBSERH

HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

FOLHA DE CONSUMO / GASTO DE MATE MEDE - MÉDICO - CIRÚRGICO

Descrição	Unid	Qtde	Descrição	Unid	Qtde.
Soluções / Antissépticas			Dispositivos		
Alcool 70 %	ml	1	Agulha de Desc. Bloqueio nº	Unid	
Clorexidine Degermante 100 ml	Frasco		Agulhadesc. 25 x 0,7	Unid	1
Clorexidine Aquosa 100 ml	Frasco		Agulha desc. 30 x 0,8	Unid	1
Clorexidine Alcolica 100 ml	Frasco	1	Agulha desc. 30 x 40	Unid	1
Escova Degermante	Unid	1	Jelco nº	Unid	
			Dupla via (externsor)	Unid	
			Scalp nr	Unid	
SOLUÇÕES			Equipo Macro Gotas	Unid	1
Soro Fisiológico 0,9% 100 ml	Fr. Amp		Equipo Micro gotas	Unid	
Soro Fisiológico 0,9% 250 ml	Fr. Amp		Equipo Bomba de Infusão	Unid	
Soro Fisiológico 0,9% 500 ml	Fr. Amp	1	Seringa 1 cc	Unid	
Sol. De Ringe Lactato 500 ml	Fr. Amp		Seringa de 3 cc	Unid	
Sol. Glicosada 5% 250 ml	Fr. Amp		Seringa de 5 cc	Unid	1
Sol. Glicosada 500 ml	Fr. Amp		Seringa de 10 cc	Unid	1
Sol. Glicosada 10% 500 ml	Fr. Amp		Seringa de 20 cc	Unid	1
Isocel	Fr. Amp		Torneirinha 3 vias	Unid	
Fios de Sutura			Lamina de Bisturi nr 25	Unid	1
Mono nylon nr 2	Unid	1	Lamina de Bisturi nr 21	Unid	1
Vicryl Poliglactina nº	Unid		Cateter Oxigênio Tipo Oculos	Unid	
Prolene / Polipropileno nº	Unid		Luvas de Procedimentos / Pares	Unid	1
Fio de Algodão C/A nº	Unid		Marcaras Descartáveis	Unid	1
Fio de Algodão S/A nº 0	Unid	1	Luvas Estéril nº 7.5	Unid	1
Catgut Cromado C/A nº	Unid		Luvas Estéril nº 1.0	Unid	1
Catgut Cromado S/A nº	Unid		Dreno Penrose nr 01	Unid	
Catgut Simples C/A nº	Unid		Dreno Torax nº	Unid	
Catgut Simples S/A nº	Unid		Dreno Sucção nº	Unid	
Ethibond / Poliglecaprone 2	Unid	1	Tubo Orotraqueal C/Balão nº	Unid	
Fita Cardíaca nº	Unid		Cânula de Traqueostomia nº	Unid	
Fio de Aço / Aciflex	Unid		Sonda Aspiração nr 24	Unid	1
Materiais			Sonda Naso Gástrica longa Nr 24:3	Unid	1 / 1
Eletroldos	Unid	1	Dreno de Kher	Unid	
Compressas Grande Pcte com 4	Unid	1	Coletor Diurese Sist Fechado	Unid	
Gazes simples 4,5 x 4,5	Pcte	1	Coletor Diurese Sist Aberto	Unid	
Atadura Crepon cm 20	Unid	1	Filtro de Barreira	Unid	1
Atadura Crepon cm	Unid		Extensor B.I seringa	Unid	
Atadura Gessada cm	Unid		Latex	Unid	1
Algodão Ortopedico	Unid		Sonda Vesical demora Foley	Unid	
Malha tubular MMII	Unid		Material Especial		
Malha tubular MMSS	Unid		Bolsa Colostomia (Karaya)	Unid	
Espardrapo Impermeável	Cm	1	Tela Cirúrgica	Unid	
Micropore	Cm	1	Grampeador Cirúrgico	Unid	
Gaze Algodoad	Unid		Geofuan	Unid	
Equipamentos			Cimento Ortopédico	Unid	
Monitor Multiparamétrico	Sim	Não	KIT de P.A.I	Unid	
Oxigênio	Sim		Jelonet cm	Unid	
Bisturi Elétrico	Sim		Intrakat nº	Unid	
Ar Comprimido	Sim				



H+ Hospital Universitário
Lagarto

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

FOLHA DE CONSUMO - MÉDICO - CIRÚRGICO

NOME:	Gelson Souza Andrade		Prontuário:	8806313		Data:	29/10/20			
Adm Sala Nº	03	Hora:	01:25	PA:	J46x106	FC:	J02	SPO2:	99.	
Ato Anestésico:	Hora:		01:30	Início Ato Cirúrgico:	01:55		Tipo Anestesia:		Genal + Sedação	
Fim Ato Cirúrgico	03:00		PA:	85+53		FC:	J03		SPO2:	100.
Garrote:	Hora Início:		Fim:		OBS:					
Á SRPA:					Especialidade:					

Descrição	Unid	Qtde	Descrição	Unid	Qtde.
Psicotrópicos			Antibióticos		
Dimorf 0,2MG/ml (1 ml)	Amp		Cefalotina 1 gr Keflin	Amp	
Dimorf 1mg/ml (2 ml)	Amp		Cefazolina 1 gr Kefazol	Amp	1
Dimorf 10mg/ml (1 ml)	Amp		Ceftriaxona 1 gr Rocefim	Amp	
Midazolam 5mg/ml (3 ml)	Amp		Metronidazol 500 mg (Flagyl)	Amp	
Midazolam 1mg/ml (5 ml)	Amp	1	Ciprofloxacino 400 mg	Amp	
Diazepam 10 mg	Amp		Amicacina 100 mg	Amp	
Clonidina 150 mcg/ml (1 ml)	Amp		Clorafenicol 1 gr	Amp	
Clor. Naloxona 0,4 mg/ml (1 ml)	Amp		Gentamicina 80 mg	Amp	
Nilperido (Citrato Fentanila + Droperidol)	Amp		Clindamicina 150mg/ml	Amp	
Citr de Fentanila 78,5mg (10 ml)	Amp	1	Medicações		
Citr de Fentanila 78,5mg (2 ml)	Amp		Adrenalina	Amp	
Propofol 10mg/ml 20 ml	Fr amp	1	Água Destilada 10 ml	Amp	
Propofol 10mg/ml Seringa 1%() 2% ()	Seringa		Decadron 4mg	Amp	1
Cetamina (Clor. De Dextrocetamina 50mg/ml)	Fr amp	1	Clexane 20 mg	Amp	
Dolosal (Clor. de Peditina 50mg/ml (2 ml)	Amp		Clexane de 40 mg	Amp	
Etomidato 2 mg/ml (10 ml)	Amp	1	AntaK 150 mg (Ranitidina)	Amp	
Clor. De Remifentalina 2 mg	Fr amp		Ondasentrona 4mg/ml 2 ml	Amp	1
Flumazenil 0,1mg/ml (5 ml)	Amp		Atropina (solução) 1 ml	Amp	27
Quelicin (Clor. De Suxametônio 100 mg)	Fr amp		Buscopam Composto	Amp	
Precedex (Clor. De Dexmedetomidina 100mg/ml)	Fr amp		Dipirona 1 gr	Amp	1
Clor. De Tramadol 100mg/2ml	Amp		Cedilanide 0,4 mg	Amp	
Bes de Cisatracúrio 2mg/ml (2 ml)	Amp		Efortil 0,01 gr	Amp	
Brom de Rancurônio 50mg/ml (10 ml)	Fr amp	1	Fernegan 50 mg Prometazina	Amp	
	Amp		Glicose 25 %	Amp	
			Hioscina / Buscp Simples	Amp	
Anestésicos			Glicose 50%	Amp	
Clor. De Bupivacaína 5mg/ml 20 ml S/V	Fr amp		Hidantal 250 mg	Amp	
Clor. De Bupivacaína + Glicose 5 mg/ml	Amp		Kanakiom / Vlt K	Amp	
Neocaína 0,50% (Bup + Epinefrina) 20 ml	Fr amp		Lasix 20 mg	Amp	
Novabupi (Isobárica) 4 ml	Amp		Bromoprida	Amp	
Novabupi (Clor. De Levobupivacaína 20 ml)	Amp		Neostigmina	Amp	27
Clor de Lindocaína 1% s/vaso 20 ml	Fr amp	1	Profenid IV	Amp	1
Clor. Lindocaína + Epinefrina 20 ml	Fr amp		Solucortef 100 mg	Amp	
Clor. Lindocaína + Epinefrina 1,0% 20ml	Fr amp		Solucortef 500 mg	Amp	
Clor. De Lindocaína 2% - 20ml	Fr amp		Omeprazol 50 mg	Amp	1
Sevofurano	Frasco		Transamin 0,5 mg	Amp	
Isofurano	Frasco		Sulfadiazina Prata gr	Grama	
			colagenase	Grama	
			Xilocaína Geleia	Tubo	

Assinatura do Profissional: *Edson Angelo Ferreira* *Mame*

COREN-SE 142.610

Sumário de Alta

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome/Nome Social: Gilson Souza Andrade CNS: 12413015290000 Prontuário: 088063/3
Idade: 49 anos 8 Data Nascimento: 1971-02-15 00:00:00.0 Sexo: Masculino Unidade/Leito: 400E
Nome da Mãe: FRANCISCA MARIA SOUZA Local de Nascimento:
Especialidade: CIRURGIA GERAL Convênio: Sus Modalidade Assistencial: Atenção Hospitalar
Local de Atendimento: No próprio Procedência: Demanda Espontânea Caráter Internação: URGENCIA
Data/Hora internação: 28/10/2020 23:51 Data/Hora Alta: 04/11/2020 14:05 Permanência: 7 dias
Responsável Internação: Dr. David de Melo Arimatea Rosa CNS: 980016287211135
Responsável Alta: SAMUEL BEZERRA MACHADO JUNIOR CNS:

2. DIAGNÓSTICOS

Motivos da internação
abdome agudo (r10.0), indicador de presença na admissão: sim, estado de resolução: resolvido

3. PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS

Outros procedimentos
29/10/2020 Fisioterapia Respiratória
29/10/2020 Fisioterapia Motora

4. EVOLUÇÃO

7º DPO DE LAPARATOMIA EXPLORATÓRIA COM NEFRECTOMIA ESQUERDA
TRAUMA RENAL POR ACIDENTE MOTOCICLISTICO.

PACIENTE 7 PO NEFRECTOMIA POR TRAUMA ABDOMINAL CONTUSO, CURSANDO COM MELHORA CLINICA IMPORTANTE DURANTE INTERNAMENTO. RECEBE ALTA EM BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS

AO EXAME:

BEG, LOTE, AAA, normocorado e hidratado.

ACV: BRNT em 2T, sem sopros.

AR: MV presentes em AHT, sem RA.

ABD: flácido, dolorido à palpação em região próxima à ferida operatória.

FO: bordas bem coaptadas, sem sinais flogísticos, sem saída de secreção sero-sanguinolenta.

Alta medica

Retorno ambulatorial

5. PLANO PÓS-ALTA

Motivo da Alta

Alta médica

Recomendações da Alta

Encaminhamento ao ambulatório do hospital

6. ESTADO DO PACIENTE NA ALTA

ALTA MELHORADO (12)

Dr. Samuel Machado
Cirurgião Geral
CRM/SE 4989
CPF: 033930175-94

4354-5566

~~02/07/20~~



**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: 3210111127

Nome do(a) Examinado(a): GILSON SOUZA ANDRADE

Endereço do(a) Examinado(a): RUA ELVIRA FRANCISCA DE SOUZA, 388, CASA, Poço Verde/SE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP-SE / 1044875

Data e local do acidente: 28/10/2020 - Poço Verde/SE

Data e local do exame: 27/04/2021 - Aracaju/SE

Coordenadas Geográficas: latitude: -10.91153 , longitude: -37.0702

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

TRAUMATISMO ABDOMINAL FECHADO COM LESÃO RENAL À ESQUERDA (GRAU IV).

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

PERICIA DO VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 28/10/2020, FOI REALIZADO LAPAROTOMIA EXPLORADORA COM NEFRECTOMIA TOTAL A ESQUERDA, RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO DIA 10/11/2020, FICOU SENDO ACOMPANHADO EM NÍVEL AMBULATORIAL PELA ORTOPEDIA, SENDO REALIZADO NESTE PERÍODO SESSÕES DE FISIOTERAPIA MOTORA, RECEBEU ALTA DEFINITIVA EM 17/01/2021, (INFORMADO PELO PERICIA DO, SEM COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL). O QUADRO EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

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

Ao exame físico estrutura abdominal apresenta ausência de herniação, pulsações arteriais e peristalse identificáveis à palpação, dor à palpação de região abdominal, ausência de sonda. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, inexistência de alterações musculares, inexistência de alteração motora.

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

Sim

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

Sim

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

DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO ABDOME

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 (*)

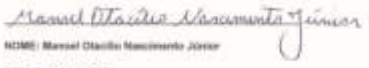
() "Vítima em tratamento"

() "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.

Estrutura Abdominal - Leve - 25%

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



Nome: Manoel Otávio Nascimento Júnior
CRM: 1027 SERGIPE



Seguro

DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



R 25/03 ETIQUETA

SEDEX

Correios

PESO (kg) 0,80 AR MP

Receptor

Assinatura

Documento

QB 16160593 5 BR

SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO

POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO / Recipient		TELEFONE / Phone Number	
Seguradora Líder do Trânsito de Seguros - DPVAT		(21) 3861-4600	
ENDEREÇO / Address			
R. da Assembleia, 100 - 24º andar, Centro			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
20011-904	Rio de Janeiro	RJ	Brazil

ATENÇÃO





O Seguro do Acidente de Trânsito

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento:

4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.

0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.

SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia



dpvat_oficial



DPVAToficial



DPVAToficial



seguradoralider-dpvat

BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

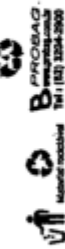
**SERVIÇO GRATUITO
AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA
SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

ATENDIMENTO



Correios

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
Gilson Souza Andrade		79/999557567	
ENDEREÇO / Address		UF/State	PAIS / Country
Rua Eiviro Francisco de Souza nº 388		SE	BRA
CEP / Zip	CIDADE / City		
79940-000	Poco Verde		



"RECYCLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"

DEVOLUÇÃO (Return)		(Cn15)	
☐ MUDOU-SE (Moved)	☐ FALTECIDO (Deceased)		
☐ RECUSADO (Refused)	☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)		
☐ DESCONHECIDO (Unknown)	☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number)		
☐ NÃO PROCURADO (Undelivered)	☐ OUTROS (Other)		
☐ AUSENTE (Absent)			
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)			
1ª	2ª	3ª	
/	/	/	/
Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided by doorman or condo manager)			
☐ Reintegrado ao serviço postal em (Reinstated to service post)			
Data / / Responsável			

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0092804/21

Vítima: GILSON SOUZA ANDRADE

Data do acidente: 28/10/2020

CPF: 557.459.115-49

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GILSON SOUZA ANDRADE

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GILSON SOUZA ANDRADE : 557.459.115-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 01/04/2021
Nome: GILSON SOUZA ANDRADE
CPF: 557.459.115-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/04/2021
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

GILSON SOUZA ANDRADE

Paulo Victor Soares Sant'Ana