

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.323,39

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ACACIO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02998

CONTA: 000000010902-3

Nr. da Autenticação 5664021F22B2054F

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180381344 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ACACIO DOS SANTOS **Data do acidente:** 19/02/2016 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/09/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO) E ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DO MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: DE ACORDO COM LAUDO PERICIAL DO IML DE SERGIPE Nº5666/2018, DATA:03/07/2018, QUESITO 6º - SIM.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|-------------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau médio - 50 % | 35% | R\$ 4.725,00 |
| Total | | | 35 % | R\$ 4.725,00 |

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Martha Maria Rausch de Queiroga".

ACACIO DOS SANTOS
Responsável pela comunicação

Roberval Rodrigues Bernadino
Responsável pelo preenchimento

Roberval Rodrigues Bernadino
Agente de Polícia
Matrícula: 549.411 SSP/SE

CARTÓRIO 1º OFÍCIO
SÃO CRISTÓVÃO / SE

Mais Rua do Pálio, 42 - Centro Histórico
Teléfono: (71) 3291-1200
E-mail: cartorio1.saochristovao@justica.jus.br

TITULAR: RIVANDA CARMELO

CERTIFICO e dou fé que apresente cópia fotostática é a reprodução fiel
da original que me foi exibida. Selo digital TJSE n.º: 201829510012561.
Acesso: www.tjeo.jus.br/x/73UMR4. Em Test^o _____ da verdade. São
Cristóvão/SE. Data: 06/08/2018. (a). RUBENS DA SILVA NETO
SUBSTITUTO

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DIGITAL SEM FROZOLAS E OU SAGRURAS

CARTÓRIO 1º OFÍCIO
SÃO CRISTÓVÃO / SE
Rivanda Carmelo
Titular
Raímeva da Silva Nova
Substituto
Pedro Paes da P. Neto

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180381344 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ACACIO DOS SANTOS **Data do acidente:** 19/02/2016 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/11/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA E FÍBULA À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO COM PAGAMENTO. VITIMA JÁ INDENIZADA PELA AMD EM GRAU MODERADO PARA O MEMBRO INFERIOR DIREITO.
APÓS FEITA REVISÃO DA AMD, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |

**Laudo Perici
Digitalizado**

**INSTITUTO MÉDICO LEGAL
LAUDO PERICIAL
Lesões Corporais**

ACACIO DOS SANTOS

**SHISLEY
CORRETORA**

36.07 18
Mars 21

CARTÓRIO 3º OFÍCIO
SÃO CRISTÓVÃO / SE

CERTIFICO e dou fé que apresente cópia fotostática é a reprodução fiel da original que me foi exibida. Selo digital TJSE nº: 201829510012569. Acesso: www.tjse.jus.br/UDM4JY. Em Teste".
Cristóvão/SE Data: 09/08/2018. (a) RUBENS DÁ SILVA NETO
SUBSTITUTO

CERTIFICO e dou fé que apresente cópia fotostática é a reprodução fiel da original que me foi exibida. Selo digital TJSEn."201829510012562 Acesse: www.tjse.jus.br/x/7NFJ6U.
Em Test" da verdade. São Cristóvão/SE. Data:
08/08/2018. (a) Rubens da Silva Neto - Substituto.

Carimbo: *Rubens da Silva Neto*
Rubens da Silva Neto
Substituto
Pedro Pimentel P. Neto
Substituto

ESTADO DO SERGIPE - DA CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO CRISTÓVÃO

Digitado



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIAS
INSTITUTO MÉDICO LEGAL "DR. AUGUSTO LEITE"

LAUDO DO EXAME DE LESÕES CORPORAIS

terça-feira, 3 de julho de 2018

Nº Laudo
5666/2018

Dados Da Vítima

| | | | | | | | |
|--------------------------------|-------------------|-------------------------|------------|-----------------------|----|----------|--------------------|
| Nome da Vítima | ACACIO DOS SANTOS | Nascimento | 09/03/1977 | Idade | 41 | Natureza | ITAPORANGA D'AJUDA |
| Estado Civil | Sexo | Cor | | Profissão | | UF | |
| CASADO | MASCULINO | PARDA | | MOTORISTA | | SE | |
| Instituição | Nome da Mãe | | | Nome do Pai | | | |
| 2º Grau Completo | JOSEFA DOS SANTOS | | | JOAO ALVES DOS SANTOS | | | |
| Endereço | | Bairro | | Município | | | |
| R. ALFREDO PEREIRA MATOS, 16 | | CENTRO | | SÃO CRISTÓVÃO/SE | | | |
| Nome da Autoridade | | Função | | Unidade | | | |
| DANIELA R. LIMA BARRETO | | DANIELA R. LIMA BARRETO | DEDT | | | | |
| 1º Perito Relator | CremeselCross | 2º Perito Relator | | CremeselCross | | | |
| DR. RODOLFO MUNIZ BARRETO NETO | 1515 | | | LAUDO Nº | | | |
| Local da Perícia | | Tipo | | 5666/2018 | | | |
| Sala do IML | | | | Causa | | | |

Historico/Descrição

Historico

Relata ter sido vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 19/02/2016, nesta Capital.

Descrição

Pericando deambulando com auxílio de muletas. Em perna direita presença de fixador externo. Conforme relatório médico, o qual louvamos, houve grave fratura de tibia direita e complicações com osteomielite. Deambulação intensamente comprometida, apresenta encurtamento do membro.

Comentário Médico/Conclusão/Questões Respostas

Comentário Médico - Forense

Existe compatibilidade entre os achados e a ação de instrumento contundente. Não houve perigo de vida e se fez necessário afastá-lo de suas ocupações habituais por período superior a 30 dias.

O dano funcional no membro inferior direito é de caráter permanente.

Conclusão

- 1 - Lesões conforme registro.
- 2 - Produzidas por ação contundente.
- 3 - Exame realizado às 09h45 do dia 02/07/18.

ESTE LAUDO FICA NO ARQUIVO

26 07 18
Mário 21



Brinde
Dr. Rodolfo Muniz B. Neto
Perito Médico Legista 1ª Classe
Instituto Médico Legal - IML

**Laudo Pericial
Digitalizado**

Quesitos/respostas:

1º) Houve ofensa à Integridade ou à saúde do paciente?

Sim.

2º) Qual o instrumento ou meio que produziu a ofensa?

Contundente.

3º) A ofensa foi produzida com emprego de veneno, fogo, explosivo, asfixia, tortura ou por meio insidioso ou cruel, ou que possa resultar perigo comum?

Prejudicado.

4º) Da ofensa resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta (30) dias?

Sim.

5º) Da ofensa resultou perigo de vida?

Não.

6º) Da ofensa resultou incapacidade incurável perda ou inutilização de membro, sentido ou função ou deformidade permanente?

Sim; dano funcional permanente em perna direita com deficit da função de deambular. Em face do exposto concluímos que, do acidente, resultou um dano permanente e parcial incompleto de repercussão intensa, comprometendo a função motora da perna direita, cujo percentual de indenização é de 50% (cinquenta por cento).

Este documento foi expedido via eletrônica (expresso), nos termos da legislação vigente. Confere com o original em arquivo digital, disponível no banco de dados do Instituto Médico Legal. Deverá conter o carimbo da unidade policial responsável pela impressão.

R. Muniz
DR. RODOLFO MUNIZ BARRETO NETO

1515

LAUDO Nº 5666/2018

Dr. Rodolfo Muniz B. Neto

Médico Legista 1ª Classe

CREFMSPR - 1515

*06.07.18
Guaraht*

**CARTÓRIO 1º OFÍCIO
SÃO CRISTÓVÃO / SE**

Próx. ao Ipiranga, 100 - Centro - Rio de Janeiro
Teléfones: (21) 2231-1200
E-mail: titular.rivaria.carmelo@tj.rj.gov.br

TITULAR: RIVARIA CARMÉLO

CERTIFICO e dou fé que apresente cópia fotostática é a reprodução fiel da original que me foi exibida. Selo digital TJSE nº: 201929510012879, Acesso: www.tjse.jus.br/pt/73HQm. Em Teste _____ da verdade. São Cristóvão/SE Data: 06/08/2019. (s). RUBENS DA SILVA NETO
SUBSTITUTO

(Assinatura)
VALIDO SOMENTE COM SEU SELO DIGITAL SEM FÁCILMENTE SER VULGADO

**CARTÓRIO 1º OFÍCIO
Ribeirão das Neves / MG**
Ribeirão das Neves / MG
Ribeirão das Neves / MG
Pedro Fernandes P. Neto
Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais



FUNDAÇÃO HOSPITAL DE SÃO LOURENÇO

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Acácio dos Santos
 DATA DA ENTRADA: 19/02/2016
 DATA DA SAÍDA: 24/02/2016

INTERNAMENTO: PS () ENFERMARIA ()

UTI ()

Fundação
Hospital de São Lourenço
HISLEY CORRETORA

17 AGO 2016

DPVAT/SE

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente vítima de colisão moto x carro.
 Hemodinamicamente instável. O paciente
 sente-se exausto na hora, com dor
 no pulmão. Rx tórax forte
 em tórax e fíbula. Submetido a
 TTO cirúrgico e colageno da
 fixado ex parte ferida transversal pelo
 hospital Gabinete Social em
 imobilização de feridas para
 treinamento de fixação.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

TTO cirúrgico com fixado extrema em
 mid. fíbula e fíbula.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx de pele D 2 p.
 Laboratório clínico.

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Luciano Tomiyoshi
 Dr. Leônidas Ferreira Alves
 Dr. Antonio Celid.

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

ARACAJU, 23 de junho de 2016 80 anos.

C. José Benício P. Barreto

MEDICO DE SETOR DE ANECDOTA DE PROSTÁTICO

Obs: Declaro que as informações contidas neste documento, sem ter contato prévio com o paciente, isto é, a responsabilidade da informação recae sobre os médicos que o atenderam.

Assunto: Boletim de alta
 Data: 23/06/2016
 Hora: 10:00
 Assinatura: Dr. Celso Barreto

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO
SERVIÇO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA DO HU/SE
PRESCRIÇÕES DIÁRIAS

DATA

24/02/11

— ANOS

NAME:

Alejo P. B. / 11

DIAGNÓSTICO(S):

Artrite 8/pel 111

Evolução MÉDICA:

Nova 30 kg

ACOMPANHAMENTO ESPECIALIDADE:

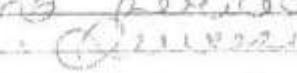
| DIAS | Medicamentos (Princípio ativo + Concentração) | Horários de Administração |
|--|---|---------------------------|
| 1º. Dia Livre | | |
| 2º. Cateter Hidrolizauo | | |
| 3º. SF 0,9% 1000 ml EV P/ 24hs | | |
| 6º. Dipirona 2 ml + 8 ml AD EV 6/6hs ou Paracetamol 40Gts VO 6/6hs SOS | | |
| 7º. Plasil 2 ml + 18 ml SF 0,9% EV 8/Bhs em SOS | | |
| 8º. Profenid 100 mg + 100 ml SF 0,9% EV 12/12hs SOS | | |
| 9º. Omeprazol 40mg EV 1 x dia às 6hs ou Antak 2mL+ 18 ml AD EV 12/12hs | | |
| 10º. Tramal 100 mg ou 50 mg + 100 ml SF 0,9% EV 8/8hs SOS | | |
| 11º. Clexane 40mg 1 x dia ou Heparina 5000UI SC 8/8H | | |
| 12º. Óleo Mineral, 30 ml, VO antes das refeições até primeira dejeção SOS | | |
| 13º. Luftal, 40 gotas, VO, 8/8H SOS | | |
| 14º. Glicose 25% 04 AMP EV SE GC < = 80 | | |
| 15º. Captopril 25 mg SL se PAS - PAD > = 180x100mmHg | | |
| 16º. Dextro 6/6hs, se for diabético | | |
| 17º. Insulina Regular SC, após o dextro. 201 - 250: 02UI 251 - 300: 04UI > ou = 401: 10UI | 301 - 350: 06UI 351 - 400: 08UI | |
| 18º. Membros Superiores Ou inferiores Elevados até o dia da Cirurgia. | | |
| 19º. Colchão de Ar e Mudanças Decúbito 3/3hs SOS. | | |
| 20º. SSVV 6/6HS | | |
| 21º. Curativos Diários 1 x dia | | |

Dr. Antônio Franco Cabral
CRM 580
Ortopedia Traumatologia

Médico



Unidade: Loteia Leito: 1 Atendimento:
Nome: Tereza dos Santos

| HORA | DATA | EVOLUÇÃO |
|----------|-------|---|
| 28/02/16 | 2 CM. | <p>Pneumão esq. agudo, com maior densidade. Círculo hiperdensidade superior, bordas tortas: </p> <p>Pneumão direito</p> <p>Prófusas.</p> <p>Melhorar progressivamente em ambos os pulmões, o/ reumática, deve desaparecer.</p> <p>Set: Monitória.</p> <p></p> |

Unidade:
Nome:

Leito:

Atendimento:

Leônio dos Santos

DIAGNÓSTICO

MEDICAMENTOS EM USO

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |

| HORA | DATA | EVOLUÇÃO |
|----------|-------|---|
| 01.03.16 | # CM. | <p>Paciente estável, com febre, coryza.</p> <p>Históis normais</p> <p>Col. f. estéril</p> <p>Col. Lec. </p> |

| | | |
|--|--|---|
| | | |
| | | <p>02.03.16 # GM.</p> <p>Paciente evoluindo bem, com febre na noite, desaparecendo. Ocorre coryza e gripes. Históis normais</p> <p>Exos laboratoriais → OK.</p> <p>Col. f. estéril.</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | <p>03.03.16 # CM.</p> <p>Melhora progressiva da febre. Sibilo, gripes.</p> <p>Históis normais</p> <p>Col. f. estéril. </p> |

| | | |
|--|--|---|
| | | |
| | | <p>04.03.16 # GM.</p> <p>Paciente mantendo quadro estéril, com febre, gripes.</p> <p>Melhora importante da febre.</p> <p>Col. f. estéril. </p> <p>Na manhã de hoje o paciente</p> |



HOSPITAL

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

Acácio dos Santos

Nome do paciente:

Idade:

Leito: 10A

Dias de internação:

HD:

Unidade:

ENFERMEIRO DE ORIENTAÇÃO PARA EVOLUÇÃO

EXAME FÍSICO

1. Nível de Consciência e Comportamento

8. Controles Vitais (Média do Período)

2. Comunicação / Respostas

9. Drenos, Sondas, Catéteres e Ostomias

3. Locomoção / Sono e Repouso

10. Membros / Sistema Vascular

4. Torax / Aperto Respiratório e Cardíaco

11. Pele / Evolução da Ferida

5. Ingesta

12. Sinais e Sintomas Referidos

6. Abdomen / Sistema Respiratório

13. Exames e Procedimentos Realizados

7. Eliminações

14. Orientações e Adicionais do Enfermeiro

13:00 9/12

Realizado curativo em MIO
 Scrofulara peruviana com forte
 odor frágil externa.
 Aplicado SF 6,9% morango
 e sulfadiazina de prata.
 gaze algodoador e atadura
 15cm (4).

Ariane Monteiro
 Enfermeira
 CREF/MS 102901

03:00 9/12

Realizado novo curativo
 em MIO com SF 6,9% mor-
 ago, sulfadiazina, gaze algodao-
 dor e atadura 15cm (2) e 10cm
 (2).
 Scrofulara em grande quantidade
 molenta, melhora de odor.

10:38 28/02

Realizado curativo em MIO sulfadiazina
 perfeita de tecido devitalizado,
 arretonar melhora do odor diminui
 perda urinária, realizado banho de
 escova.

Ariane Monteiro
 Enfermeira
 CREF/MS 102901
 Edna dos Santos
 Enfermeira
 CREF/MS 102903



HOSPITAL

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

Nome do paciente: Ariadna dos Santos
Idade: _____ Leito: 10A Dias de internação: _____
HD: _____ Unidade: _____

| ROTEIRO DE ORIENTAÇÃO PARA EVOLUÇÃO | EXAME FÍSICO |
|--|--|
| 1. Nível de Consciência e Comportamento | 8. Controles Vitais (Média do Período) |
| 2. Comunicação / Respostas | 9. Drenos, Sondas, Catéteres e Ostomias |
| 3. Locomoção / Sono e Repouso | 10. Membros / Sistema Vascular |
| 4. Tórax / Suporte Respiratório e Cardíaco | 11. Pelo / Evolução da Ferida |
| 5. Ingesta | 12. Sinais e Sintomas Referidos |
| 6. Abdome / Sistema Respiratório | 13. Exames e Procedimentos Realizados |
| 7. Eliminações | 14. Orientações e Adicionais do Enfermeiro |



EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

$$\left\{ \beta_{\alpha}^{\pm} \right\}_{\alpha=1}^{\infty} \subset \left\{ \beta_{\alpha}^{\pm} \right\}_{\alpha=1}^{\infty} \otimes \mathbb{R}$$

Nome do paciente: Adriana dos Santos
Idade: _____ Leito: 10 Dias de internação: _____
HD: _____ Unidade: _____

| ROTEIRO DE ORIENTAÇÃO PARA EVOLUÇÃO | EXAME FÍSICO |
|--|--|
| 1. Nível de Consciência e Comportamento | 8. Controles Vitais (Média do Período) |
| 2. Comunicação / Respostas | 9. Drenos, Sondas, Catéteres e Ostomias |
| 3. Locomoção / Sono e Repouso | 10. Membros / Sistema Vascular |
| 4. Tórax / Suporte Respiratório e Cardíaco | 11. Pele / Evolução da Ferida |
| 5. Ingesta | 12. Sinais e Sintomas Referidos |
| 6. Abdome / Sistema Respiratório | 13. Exames e Procedimentos Realizados |
| 7. Eliminações | 14. Orientações e Adicionais do Enfermeiro |

| HORA | DATA | EVOLUÇÃO |
|---------|----------|---|
| 21:30hs | 03/03/16 | Realizado exame em juntas ombólicas M.I.D., com lesões da lesma, muita secreção purulenta, órbita de epiteliação, bordas das unhas 'grosas' apesar de sulco sulco, redigido curativo compreensivo. Segue em observação nos cuidados da enfermeira |
| 11:10 | 02.03/16 | Pratizado curativo em M.I.D. (adornos vitais fixados, secreção purulenta, utilização de ¹⁵⁰⁰⁻⁷⁴ ¹⁵⁰⁰⁻⁵⁵ ¹⁵⁰⁰⁻⁵⁵ ¹⁵⁰⁰⁻⁵⁵ ¹⁵⁰⁰⁻⁵⁵) e sifflage |



HOSPITAL

REGISTRO DE PROCEDIMENTOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Nome do paciente: Acácio dos SantosAtendimento: _____ Leito: 10A Unidade: internData: 25/02/16

MANHÃ

| HORA | Observação de Enfermagem | CARIMBO / ASSINATURA |
|-------|---|---|
| 16:30 | Paciente admitido neste setor no momento presente do encarecimento AVP em USP oculto bem o lanche | <i>Rosa Valéria Costa dos Santos Auxiliar de Enfermagem COREN-SE 000-771018</i> |
| 12:00 | Paciente fez bem o diário hidratante conforme prescrevera médica clindamicina e dipirona segue sem intercorrência | |
| | | |

TARDE

| HORA | Observação de Enfermagem | CARIMBO / ASSINATURA |
|-------|---|--|
| 13:00 | Paciente fui no banho, conviveu com uso de roçadeira em companhia de familiares | |
| 14:00 | Realizou um banho de banheira administrado medicina com hidratante e creme hidratante | <i>Débora Santos Silva Auxiliar de Enfermagem COREN-SE 769.234</i> |
| 15:00 | Reabilitação física com treinamento funcional e hidroterapia | |
| 16:00 | Reabilitação física com hidroterapia | |
| 17:00 | Reabilitação física com hidroterapia 30° de flexão | |
| 18:00 | Reabilitação física com hidroterapia 30° de flexão | |
| 19:00 | Reabilitação física com hidroterapia 30° de flexão | |
| 20:00 | Reabilitação física com hidroterapia 30° de flexão | |
| 21:00 | Reabilitação física com hidroterapia 30° de flexão | |
| 22:00 | Reabilitação física com hidroterapia 30° de flexão | |
| 23:00 | Reabilitação física com hidroterapia 30° de flexão | |
| 24:00 | Reabilitação física com hidroterapia 30° de flexão | |
| 00:00 | Reabilitação física com hidroterapia 30° de flexão | |
| 01:00 | Reabilitação física com hidroterapia 30° de flexão | |
| 02:00 | Reabilitação física com hidroterapia 30° de flexão | |
| 03:00 | Reabilitação física com hidroterapia 30° de flexão | |
| 04:00 | Reabilitação física com hidroterapia 30° de flexão | |

NOITE

| HORA | Observação de Enfermagem | CARIMBO / ASSINATURA |
|------|---|----------------------|
| 29h | Paciente no leito em uso de seu tempo. Orientado, conversa verbalmente, garante ação reflexa mantendo | |
| 30h | reduzida ales verossimilhança | |
| 31h | movimentos espontâneos e confusos | |
| 00h | movimentos espontâneos e confusos | |
| 01h | Admimistado clindamicina em dose menor qd, apesar esuu | |
| 02h | Administrado ciprofexico em dose menor | |
| 03h | Administrado ciprofexico em dose menor | |
| 04h | Administrado ciprofexico em dose menor | |

SINAIS VITAIS

| | | | | | |
|-------------|-----------------|------------|-----------|-----------|----------------------|
| HORA: 12:00 | PA: 130x70 mmhg | T: 36,2 °C | P: 91 bpm | R: 14 rpm | ASS.: <i>Hely</i> |
| HORA: 13:00 | PA: 130x70 mmhg | T: 37,4 °C | P: 83 bpm | R: 13 rpm | ASS.: <i>Vitória</i> |
| HORA: 24 | PA: 130x80 mmhg | T: 37,2 °C | P: 92 bpm | R: 13 rpm | ASS.: <i>Vitória</i> |
| HORA: 06 | PA: 130x80 mmhg | T: 37,5 °C | P: 80 bpm | R: 14 rpm | ASS.: <i>Vitória</i> |
| HORA: | PA: x mmhg | T: °C | P: bpm | R: rpm | ASS.: <i>Vitória</i> |
| HORA: | PA: x mmhg | T: °C | P: bpm | R: rpm | ASS.: <i>Vitória</i> |



1º tempo Rinôngos, Ontopénia:
Centra no lado do joelho

Fundação
Hospitalar
de Saúde

V

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE
FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: Aécio J. S. S.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO: Trauma exposto na fibula e tibia. Índice
CIRURGIA REALIZADA: Tratamento cirúrgico da fratura exposta na fibula e tibia.

CIRURGIÃO: Dra. X. Tavares

AUXILIARES:

ANESTESIA: Rapida e curta ANESTESISTA: Dr. Arnaldo S. S.

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATORIO: Ótimo

() CIRURGIA LIMPA () CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA
() CIRURGIA CONTAMINADA () CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? () SIM () NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

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

DESCRICAÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

- ① Anestesiado o deitado para cirurgia.
- ② Verificou-se limpeza adequada da ferida.
- ③ Aberto na ferida com sua fisiologia articular.
- ④ Verificou-se luxação traumática.
- ⑤ Observou-se luxação extensora da ferida, com
descolamento da mucela principal no gênero,
femur, tibia, pernas e ossos da fibula. Foi
notado o fator malo e óssea na fibula.
- ⑥ Além desbravar a ferida descolando
o tecido da fibula com fórceps e pinças
elásticas, se lhe realizou uso de prendas e
interfissional e fixou extensor da ferida e
triplante. Suturou na ferida e não secau
imediatamente.

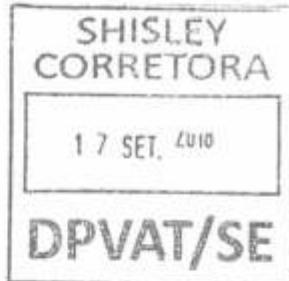
DATA: 11/02/16
fechada por completo. Agora só deve
terminar a fibula que é extensor da articulação

Assinatura do Cirurgião:

João Ferreira Alves
Ortopedia e Reumatologia
CRM-SE 2.486 SEFI 10.634
19.02.16



| | |
|---|--------------|
| REC. 1.358.859 | 2. VIA |
| Nº | DATA EMISSÃO |
| ACACIO DOS SANTOS | 30/06/2010 |
| JRIO AVEIS DOS SANTOS | |
| JEEFA DOS SANTOS | |
| ESTADUAIS | |
| T. D. ALTA-SE | |
| DATA DE VENCIMENTO | |
| 09/03/1977 | |
| CT. CASAMENTO 1099910155006200041149000317268 | |
| CART.3 IFIC.DIST.01-90 PRISUNO-SP | |
| 982-324-987-87 | |
| CONCEPÇÃO | |
| CONCEPÇÃO | |





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

SHISLEY
CORRETORA

17 SET. 2010

DPVAT/SE

Número do Sinistro ou ASL

030 1484 13

CPF da Vítima

942.824.985-87

Nome completo da vítima

Arcio dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | | |
|----------------------------|-----------------------|----------------------|---------------|
| Nome completo | | CPF titular da conta | Profissão |
| Arcio dos Santos | | 942.824.985-87 | Sem profissão |
| Endereço | Número | Complemento | |
| Ribeirão Preto - São Paulo | 36 | Bairro | |
| Bairro | Cidade | Estado | CEP |
| Centro | São Bernardo do Campo | São Paulo | 09300-000 |
| Email | Telefone (DDD) | | |
| | 09300237644 | | |

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

| | | | |
|--|--|---|---|
| RECUSO INFORMAR | <input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA | ATE R\$ 1.000,00 | R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | | | |
| BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341) | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) | | | |
| AGÊNCIA NRO. | CONTA NRO. | AGÊNCIA NRO. | CONTA NRO. |
| 2948 | DIV | 00010902 | DIV |
| (Informar dígito se existir) | | (Informar dígito se existir) | |
| CONTA CORRENTE (todos os bancos) | | | |
| BANCO Nome _____ NRO. _____ DIV. _____ | | | |
| AGÊNCIA NRO. _____ DIV. _____ CONTA NRO. _____ DIV. _____ | | | |
| (Informar dígito se existir) | | (Informar dígito se existir) | |

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

Arcio dos Santos, 17 de agosto de 2013

Local e Data

Arcio dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal