



Rio de Janeiro, 05 de Agosto de 2015

Carta nº 7555564

a/c: DENISON PAIXAO RABELO DE SANTANA

Sinistro: 3150110944
Vitima: DENISON PAIXAO RABELO DE SANTANA
Data Acidente: 11/08/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2017

Carta nº: 11336704

A/C: DENISON PAIXAO RABELO DE SANTANA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170386052 ASL-0272160/17

Vitima: DENISON PAIXAO RABELO DE SANTANA

Data Acidente: 11/08/2014

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Investprev Seguradora S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2017

Carta nº: 11336886

A/C: DENISON PAIXAO RABELO DE SANTANA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170386052 ASL-0272160/17

Vitima: DENISON PAIXAO RABELO DE SANTANA

Data Acidente: 11/08/2014

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **14/07/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **11/08/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo
- DUT faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **Investprev Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2017

Carta nº: 11549621

A/C: DENISON PAIXAO RABELO DE SANTANA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170386052 ASL-0272160/17

Vitima: DENISON PAIXAO RABELO DE SANTANA

Data Acidente: 11/08/2014

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **22/08/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **11/08/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **Investprev Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCH

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, DENISON PAIXAO RABELO DE SANTANAPORTADOR(A) DO RG N° 26290840 EXPEDIDO POR SSP/SE EM 24/11/06CPF 062311745-22 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO _____E RENDA MENSAL DE R\$ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DOSEGURO DPVAT DA VÍTIMA. DENISON PAIXAO R. DE SANTANA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação, pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotáticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

06/FEV/2015

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

_____, _____ de _____ de _____
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

Denison Paixão R de Santana

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, DENISON PAIXÃO RIBELO DE SANTANA

PORTADOR(A) DO RG Nº 2.429.084-0

EXPEDIDO POR

SSP

EM 06/10/2016 E

CPF 002311745-22 /CNPJ 000000000000000000. PROFISSÃO pequeno

E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSO (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA DENISON PAIXÃO RIBELO DE SANTANA. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA ou S/A
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br, bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTES: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5983 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0002582-8

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Aracaju / 09 de Agosto de 2017
 LOCAL E DATA

Denison Paixão Ribeiro de Santana

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Bradesco

Dia & Noite

BDN - BRADESCO DIA E NOITE

EXTRATO CONTA FACIL

TERM. 054682

DENISON PAIXAO RABELO DE SANTANA
AGENCIA 5983 CONTA 0002582-8

15:20 HRS
04/ABR/2017

Investprev Seguradora S/A

22 AGO. 2017

CNPJ: 42.366.302/0006-32

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO F



Documentos de identificação

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, DENISON PAIXÃO RABELO DE SANTANA

PORTADOR(A) DO RG N° 2.429.084-0 EXPEDIDO POR SSP EM 06/10/2016 E
CPF 062311745-022 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO RECUSO
E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSO (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA DENISON PAIXÃO RABELO DE SANTANA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL, Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento de comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4338 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 9961-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritas, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

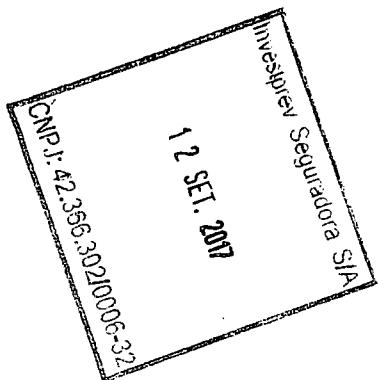
Aracaju/SE, 04 de setembro de 2017 Denison Paixão Rabelo de Santana
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO - AG ARACAJU NORTE
DATA: 04/09/2017 HORA: 10:41:35
TERMINAL: 38361002 CONTROLE: 383610020147
CONTA CREDITADA:
NOME: 4338.013.00009961-0
DENISON PAIXAO RABELO DE SANTANA



Conta
destino:

4338 / 013 . 00009961-0

Agência
destino:

POCO VERDE

Nome
destinatário:

DENISON PAIXAO RABELO DE SANTANA





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL



POLÍCIA CIVIL

SUA VOZ PODE
CALAR O CRIME

SUA IDENTIDADE PRESERVADA, SUA SEGURANÇA GARANTIDA



ESTADO DA
SEGURANÇA PÚBLICA



DISQUE DENÚNCIA
181

DELEGACIA DE POLÍCIA DE POÇO VERDE

RUA 15 DE NOVEMBRO, CENTRO FONE: (03549-1550)

Boletim de Ocorrência 2014/06579.0-000415 - Alterado

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE POÇO VERDE

Endereço: RUA 15 DE NOVEMBRO, CENTRO FONE: (03549-1550)

FATO

Natureza: FATO ATÍPICO

Data e Hora do Fato: 11/08/2014 - 18:00 até 11/08/2014 - 18:00

Endereço: RODOVIA QUE LIGA POÇO VERDE A Número: Complemento: CEP: 49490-000

Bairro: Nação Cidade: POCO VERDE - SE Circunscrição: DELEGACIA DE POLÍCIA DE POÇO VERDE

Tipo de local: VIA PÚBLICA Melo Empregado: NENHUM

NOTICIANTE

Nome: GICELIA RIBEIRO DE SANTANA

Nome do pai: JOSÉ CARLOS DE JESUS SANTANA Nome da mãe: VALDELICE SILVA RIBEIRO

Pessoa: Física CPF/CGC: 000.000.000-00 RG: 9968970 UF: SE Órgão expedidor:

Naturalidade: POCO VERDE Data de nascimento: 10/05/1973 Sexo: Feminino Cor da cutis:

Profissão: PROFESSORA Estado civil: Não informado Grau de instrução:

Endereço: CONJUNTO JOÃO EMÍDIO DOS SANTOS Número: 97 Complemento:

CEP: 49.490-000 Bairro: NAÇÃO Cidade: POCO VERDE UF: SE

Proximidades: Telefone:

Investprev Seguradora S/A

14 JUL. 2017

CNPJ: 42.366.302/0006-32

HISTÓRICO

Relata o noticiante que no dia, hora e local supracitados, seu filho JAMYSON DE SANTANA TRINDADE, portador do RG 14470725 02, nascido no dia 23/05/1996, com 18 anos de idade, foi vítima de acidente no seguinte veículo: HONDA/CG 125 FAN ES, placa OEP9327/POÇO VERDE/SE, ano/mod. 2012/2013, cor PRETA, ano/mod. 2012/2013, chassi 9C2JC4120DR507891, renavam 00494152982, em nome de MARIA JOSÉ FERREIRA NUNES; QUE o acidente ocorreu quando JAMYSON conduzia a citada motocicleta, em direção ao Conjunto João Emídio dos Santos, momento que vinha em direção contrária uma outra motocicleta, a qual invadiu a contramão, tendo inevitavelmente causado o acidente; QUE foi acionado a SAMU, a qual socorreu a vítima e encaminhou a Aracaju; QUE em decorrência do ocorrido, JAMYSON sofreu quebra do fêmur, fratura na perna esquerda e fratura em dois dedos da mão esquerda, mais algumas escoriações pelo corpo. Informa que JAMYSON não possui a CNH. NADA MAIS.

Acrescentado por Jose Eribaldo Ferreira dos Santos - 13/10/2015 às 15:23

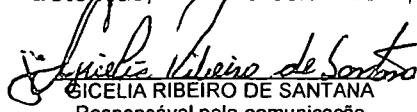
RELATA O NOTICIANTE: DENISON PAIXÃO RABELO DE SANTANA, RG. 2429084-0 SSP/SE, NATURAL DE POÇO VERDE/SE, FILHO DE JOSÉ CORREIA DE SANTANA E MARIA DO CARMO RABELO DE SANTANA, RESIDENTE NA RUA JOÃO XXIII, N° 28, CENTRO, POÇO VERDE/SE, QUE FOI A OUTRA VÍTIMA NO ACIDENTE ACIMA NARRADO; QUE, CONDUZIA UMA MOTO, MARCA HONDA/POP 100, COR VERMELHA, PLACA OEO6997, CHASSI: 9C2HB0210CR035724, RENAVAM, REGISTRADA EM NOME DA MESMA VÍTIMA JÁ MENCIONADA, VINDO PELA RODOVIA PEDRO ALMEIDA VALADARES, ~SENTO ESTA CIDADE, E NAS IMEDIACOES DO AUTO POSTO TAVARES, COLIDIU FRONTALMENTE COM A OUTRA MOTO, DESCrita NO HISTÓRICO ACIMA, A QUAL EFETUOU UMA ULTRAPASSAGEM PELA CONTRA MÃO DE DIREÇÃO, VINDO A ATINGIR EM CHEIO A MOTO CONDUZIDA POR DENISON; QUE DA COLISÃO RESTARAM DANOS MATERIAIS E LESÕES EM DENISON, INCLUSIVE TEVE FRATURADO O FÉMUR, QUADRIL E DIVERSOS FERIMENTOS; QUE APÓS O SINISTRO A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR UMA UNIDADE DA SAMU, QUE CONDUZIU A MESMA PARA O HUSE, NA CAPITAL SERGIOPANA; QUE ATÉ A PRESENTE DATA SE ENCONTRA EM RECUPERAÇÃO, RESTANTO DEFICIÊNCIAS FÍSICAS DECORRENTES DO ACIDENTE EM TELA. NADA MAIS.

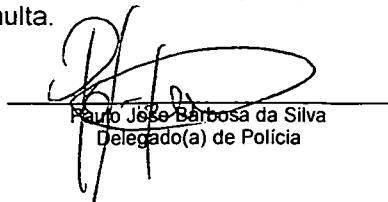
2014/06579.0-000415 - 13/10/2015 - 15:23 - DELEGACIA DE POLÍCIA DE POÇO VERDE

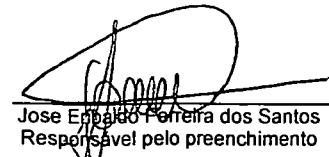
Data e hora da comunicação: 28/10/2014 às 09:17
Responsável pela Alteração: Jose Eribaldo Ferreira dos Santos

Última Alteração: 13/10/2015 às 15:23.

OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro: Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.


CICELIA RIBEIRO DE SANTANA
Responsável pela comunicação


Paulo José Barbosa da Silva
Delegado(a) de Polícia


Jose Eribaldo Ferreira dos Santos
Responsável pelo preenchimento

RECENDO 1158 1488 1 24/10/2015 11:45 - 0000000000000000



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL

SUA VOZ PODE
CALAR O CRIME

DISQUE DENÚNCIA

181

DELEGACIA DE POLÍCIA DE POÇO VERDE

RUA 15 DE NOVEMBRO, CENTRO FONE: (0 3549-1550

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2014/06579.0-000454

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE POÇO VERDE

Endereço: RUA 15 DE NOVEMBRO, CENTRO FONE: (0 3549-1550

FATO

- Data e Horário
Fato: 11/08/2014 - 19:00 até 11/08/2014 - 19:00

Endereço: PRÓXIMO AO AUTO-POSTO TAVARES Número: Complemento: RODOVIA QUE LIGA ESTA CIDADE A TOBIAS BARRETO
CEP: 59430-000

Bairro: Fazendinha Cidade: POCO VERDE - SE Circunscrição: DELEGACIA DE POLÍCIA DE POÇO VERDE

Tipo de local: VIA PÚBLICA Meio Empregado: NENHUM

VÍTIMA/NOTIFICANTE

Nome: Denison Paixão Rabelo de Santana

Nome da mãe: MARIA DO CARMO RABELO DE SANTANA

Pessoa: Física CPF/CGC: 062.311.745-22 RG: 24290840 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: POCO VERDE Data do nascimento: 17/04/1992 Sexo: Masculino Cor da cutis:

Profissão: EST Endereço: Não informado Grav de instrução:

Endereço: RUA JOÃO XXIII Número: 28 Complemento: CASA

CEP: 49000 Bairro: CENTRO Cidade: POCO VERDE UF: SE

Proximidades: Telefone: 79 98509206

investprev Seguradora S/A.

06 FEV, 2015

HISTÓRICO

RELATA O NOTICIANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL ACIMA MENCIONADOS, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, O QUE RESULTOU EM DIVERSAS LESÕES PESSOAS. O CORPO QUE CONDUZIA O VEÍCULO FOI TIPO MOTOCICLETA, HONDA POP 100, ANO/MOD. 2012, COR VERMELHA, PLACA FG 241 MEF-8997, CHASSI 902HB0210CP035724, CÓDIGO RENAVAM N° 492646767, REGISTRADA EM NOME DO NOTICIANTE, PELA MÃO DE DIREÇÃO NORMAL, E O MESMO ACABOU COLIDINDO COM OUTRA MOTOCICLETA, QUE VINHA EM SENTIDO CONTRÁRIO E TENTOU ULTRAPASSAR UM AUTOMÓVEL, QUE NÃO SABE DIZER A MARCA E NEM O MODELO DA OUTRA MOTOCICLETA, POIS FICOU DESACORDADO APÓS O SINISTRO EM TELA, O QUE IMPOSSIBILITOU EM CONHECER O OUTRO CONDUTOR E OS DADOS DA MOTO QUE O ATINGIU. QUE PERMANECEU INTERNADO POR APROXIMADAMENTE TRÊS MESES, TENDO REALIZADO QUATRO CIRURGIAS, CONFORME ATESTA LADOU MÉDICO APRESENTADO. NADA MAIS.

Data e hora da comunicação: 27/11/2014 a, 09:57

Última Alteração: 27/11/2014 a, 09:57

Denison Paixão Rabelo de Santana
DENISON PAIXÃO RABELO DE SANTANA
Responsável pela comunicação

Jose Edvaldo Estevedos Santos
Responsável pelo preenchimento

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Certidão de Inexistência de IML

0004-

Eu, Denison Paixão Rebole de Santana, portador da carteira de identidade nº 2.429.084-0 e inscrito no CPF/MF sob o nº 062.311.745-22, residente e domiciliado na Rua 1040 XXIII, 28, Cidade Poco Verde, Estado Seg. PE, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Denison Paixão Rebole de Santana

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Amersu/6 09/08/2017

Local e data

Investprev Seguradora S/A
22 AGO. 2017
CNPJ: 42.366.302/0006-32

ATO DECLARATION

Regulates as 10:50

IMS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO RE: 1038411
CNS:

DATA: 11/08/2014 HORA: 22:01 USUARIO: KJSDDORES
SETOR: 06-SUTURA Comprovação de ato declaratório



*0005

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

-0005-

NOME : DENISON PAIXAO RABELO DE SANTANA
 IDADE : 22 ANOS NASC: 17/04/1992
 ENDERECO : RUA G
 COMPLEMENTO : BAIRRO: CENTRO
 MUNICIPIO : POCO VERDE
 NOME PAI/MAE : JOSE CORREIA DE SANTANA
 RESPONSAVEL : PAI SUS 707403043259376
 PROCEDENCIA : POCO VERDE
 APENDIMENTO : ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
 CASO POLICIAL : NAO
 ACID. TRABALHO : NAO
 PLANO DE SAUDE : NAO
 VEIO DE AMBULANCIA : NAO
 UF: SE CEP : /MARIA DO CARMO RABELO DE SANTANA
 TEL : 79-
 TRAUMA : NAO

PA: [] mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []
EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIOS X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLÍNICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ____ / ____

INSTÂNCIAS DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTIC

PREScriçãO

14

70

06 FEV. 2015

Investprev Seguradora S/A.

DATA DA SAIDA: 1/4/2000 HORA DA SAIDA: :
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO Cox e C/2
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE): AV. 0,250 PCTA
ORIGEM: [] ATE 48HS [] APCS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PA

ASSINATURA DO PACIENTE/BESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

— Sodré 1990

— SRA 1990 (E) - 2005 (S)

RA 1990 LIMA - AL

— SRA 1990 2005 convert - 2005

LIMA 1990 TÓVIA - AL

Orlando Ferreira Alves
Ortopedia e Traumatologia
CRM - SP: 1789 SBOT: 6427



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, DEMISON PAIXAO RABELO DE SANTANA

RG nº 24290840, data de expedição 20/11/06, Órgão SSP/SE

CPF nº 062.311.713-22 venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA G. 51 / CONJ. JOSE & M/AD</u>
Número	<u>51</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>POCO VERDE</u>
Estado	<u>SERGIPE</u>
CEP	<u>49490-000</u>
Telefone de Contato	<u>(75)</u>
E-mail	<u>Marcação de perícia</u> <u>3262-2301 / 9117-7765</u> <u>8153-8532 / 9163-5949</u> <u>Falar com Samuel Freitas</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Investprev Seguradora S/A.

06 FEVEREIRO 2015

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante: Demison Paixão R. de Santana

MARIA DO CARMO RABELO DE SANTANA
RUA G, 51 / CONJ. JOSE EMBRIO - CENTRO
POCO VERDE / SE CEP: 19480000 (AG 180)

Class/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro 17 - 200 - 50 - 2810 Referência-Set/2014
NP medidor E5003678099 Emissor 29/08/2014

ENERGISA SERGipe-DISTRIB.ENERGIA SA
Rua Manoel Apolinário Sales, 61 - Inácio Barbosa
Aracaju/SE - CEP 49040-150
CNPJ 13.017.462/0001-63 Ins. Est 270.767-436
Nota Fiscal / Cota de Energia Elétrica N° 000 630.000
Código para Dívida Automática: 69000010017

Atendimento ao Cliente ENERGISA 08000 79 0196 Acesse: www.energisa.com.br

7784.7C9 DSF 55556.18ef 8ed5 af3a bd08

Conta referente a

CDC (Código do Consumidor): 3/821651-7

Set/2014

Caráter do consumo

O início do sistema de bandeiras tarifárias foi adiado para o ano de 2015. A bandeira vermelha não implicará cobrança adicional. As bandeiras amarela ou vermelha, quando acionadas, implicarão tarifas de maior valor, devido ao maior custo de geração. No mês de SETEMBRO vigorará a BANDEIRA VERMELHA, a qual implicará R\$0,030h (0,03) de acréscimo ao valor da tarifa líquido de tributos. Mais informações em www.aneel.gov.br

Apresentação

29/09/2014

Data prevista da
próxima leitura

28/10/2014

CPF/ CNPJ/ RANI

3100343530

Cálculo de consumo

Anterior	Data	Leitura	Atual	Data	Leitura	Constante	Consumo	Dias
29/08/14	1850	29/08/14	2017			1	87	32

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 24/08/2014 PAGAS.
OBRIGADO!

Descrição	Consumo em kWh	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	87	0,9479	83,10
IMPOSTOS E ENCARGOS			
PIB		0,14	
COFINS		0,06	
JUROS DE MORA (09/2014)		0,07	
MULTA 08/2014		0,53	
ICMS (Base de Cálculo R\$ 31,86 Aliquota 25,00%)		7,98	

**Histórico de Consumo
(kWh)**

Ago/14	54
Jul/14	53
Jun/14	73
Mar/14	61
Abr/14	75
Mar/14	61
Fev/14	82
Jan/14	83
Dez/13	64
Nov/13	88
Out/13	63
Sep/13	75

VENCIMENTO

06/10/2014

TOTAL A PAGAR

R\$ 32,46

Média dos últimos meses:

68 kWh

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	23,20	1,70	NOMINAL
DIC TRIMESTRAL	23,20		127
DIC ANUAL	48,40		
FIC MENSAL	16,00	1,00	CONTRATADA
FIC TRIMESTRAL	16,00		LIMITE INFERIOR
FIC ANUAL	31,00		116
DIRE	8,28	1,70	LIMITE SUPERIOR
DICRI	18,60		123

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. da Energia/SE	10,43	32,13
Compra de Energia	11,03	33,98
Serviço de Transmissão	0,43	1,22
Encargos Sistêmicos	1,21	3,73
Impostos Diretos e Encargos	9,36	28,94
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	32,46	100,00

Valor do encargo do uso do Sistema de Distribuição
(Ref 7/2014) R\$ 10,46

Investprev Seguradora S/A

06 FEVEREIRO 2015

ATENÇÃO



ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE

PREScrição MÉDICA

Nº 240445

Nome do Paciente

Nº Prontuário/ FAE

Nº Atendimento

Diagnóstico

Sexo M

Idade 22 anos

Peso

Unidade Produtiva INT. CIR.

Leito B-03

Fratura biaxial da fíbula

Data	Hora	Medicamento (princípio ativo + concentração) - Dieta	F.F. ¹	Pósologia	Horário de Administração
25/08/14		① Diete líquido			
25/08/14	08:00	② S.F. 0,9% - 500ml (IV) 1a/3a L 500			500
		③ Cefazolin - 01gr (I) 8/8h 15 25 06			
		④ Diprospan - 0,5mg + AD (I) 6/6h 18 24 06			
		⑤ Cetoprofeno - 100mg + 100ml (I) 18 06 S.F. 0,9% - (IV) 1a/3a L			
		⑥ Plazase 40mg - 0,4ml (solo) 1xdia 15			
		⑦ Liratiro diário	OK		
		⑧ Fisioterapia motora ativa			
		⑨ Ecsg + sruv	18 24 06		
22/08/14		Paciente ba Feito exame. Saiu hospitalizado			
				Investigado Seguradora S/A.	
				06 FEV. 2015	

Assinatura e Círculo do Médico

José A. Marinho Filho

Ortopedia / Traumatologia

CRM-SE 101.000

D. Marden Pires Cavalcanti
Médico Ortopedista
CRM-SE 4264

¹ Forma Farmacêutica (comprimido, drágea, cápsula, xarope, elixir, soluções, pomada, creme, ampola, frasco-ampola, supositório, dentre outros).

Termo de Abertura

Contém este livro E-02 (dois
100 (duzentas) folhas, numeradas
e subricadas com a rubrica "100"
de que faço uso. Serveia para nele
serem inscritas as sentenças de
infidelidade, emanação e ausência
efetivadas nesta comarca
de Poco Verde - Sergipe.

Investprev Seguradora S/A.
06 FEV, 2015

Poco Verde /Se., 10 de novembro de 200

Maria de Lourdes de França Oliveira
Oficial do Registro Civil.



ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nº 288937

Nome do Paciente Denise Paes Sexo M Idade 22 anos Peso 60
Nº Prontuário/ FAE 1234567890 Unidade Produtiva INT - CIR . Leito 13 - 03
Nº Atendimento 230977
Diagnóstico Fratura de fêmur (E)

Data	Hora	Medicamento (princípio ativo + concentração) - Dieta	F.F. ¹	Posologia	Horário de Administração
12/10/08		① Dietra 1cme		SNP	
		② SAI - 1000mg ②/24h	500	500	
		SAI 5% - 500 ml		500	
		③ CEFAZOLINA 1g + AD ②/24h	3/4	3/4	06
		④ CLOZANO 400mg ②/24h		1/8	
		⑤ Diflunisal 1g + AD ②/24h	1/2	1/8	204 06
		⑥ CETOFLUCON 100mg ②/24h	1/8	1/8	06
		600mg/100ml			
		⑦ PLASIL + AD ②/24h 500			
		⑧ CICLO + ESI			
		⑨ CONC. UROPAQUE 600ml ⑥			
		Dra. Hellycarlos Albuquerque Santos Ortopedia Traumatologia CNS: 270, 275, 275, 670, 618 CRM-AL 5225			

Assinatura e carimbo do Médico

Investprev Seguradora S/A.

06 FEV 2015

¹ Forma Farmacêutica (comprimido, drágea, cápsula, xarope, elixir, soluções, pomada, creme, ampola, frasco-ampola, supositório, dentre outras).



ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

No. 288919

Nome do Paciente Denise Sexo M Idade 22 Peso 60
Nº Prontuário/ FAE 230 977 Unidade Produtiva INT-CIR. Leito B-03
Nº Atendimento
Diagnóstico Inflamação do fuso

Assinatura e carimbo do Médico

Investorey Seguradora SIA.

06 FEV 2015

1 Forma Farmacêutica (comprimido, drágea, cápsula, xarope, elixir, soluções, pomada, creme, ampola, frasco-ampola, supositório, dentre outros).

PRESCRIÇÃO MÉDICA E OBSERVAÇÃO

Nome:

Delivison Reis da Cunha Silveira

Sexo:

M

R.G:

U.P:

Idade:
22 anosLeito:
13-03

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	
			10:00	14:00
17/08	<p>① Diclo 1000 mg ② 12/08</p> <p>② Sux - 100mg ③ 12/08</p> <p>③ Clizan, 400 mg ④ 14/08</p> <p>④ Cefazolica 1g ⑤ 12/08</p> <p>⑤ Ciprofex 1g ⑥ 10/08</p> <p>⑥ Cloridr. 1000 mg ⑦ 10/08</p> <p>⑦ Nand - 10 ⑧ 12/08 500</p> <p>⑨ Cetec 1500</p>	<p>200 1500 500 700</p> <p>10 15 18 20 10</p> <p>12 20 06 10</p> <p>18 06</p>	Ciente	
			<p>Dr. Henrique Albuquerque Santos Ortopedia Traumatologia</p> <p>CRM-AL 5225 CNS 775 CRM 07</p> <p>CRM-AL 5225 CNS 775 CRM 07</p>	
			<p>Dr. Henrique Albuquerque Santos Ortopedia Traumatologia</p> <p>CRM-AL 5225 CNS 775 CRM 07</p>	



ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nº 249417

Nome do Paciente Juliano Henrique Ferreira Juliano Henrique Ferreira Juliano Henrique Ferreira
Nº Prontuário/ FAE 230977 Sexo M Idade 22 Peso 60
Nº Atendimento Unidade Produtiva 10 Unidade Produtiva 10 Unidade Produtiva 10
Diagnóstico Fratura fêmur (E) atrofia muscular Fratura fêmur (E) atrofia muscular Fratura fêmur (E) atrofia muscular

Assinatura e carimbo do Médico

115 FEB 2015

¹ Forma Farmacêutica (comprimido, drágea, cápsula, xarope, elixir, soluções, pomada, creme, ampola, frasco-ampola, supositório, dentre outros)



ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

N^o 288946

Nome do Paciente Denilson Paulão Rebello Fontoura
Nº Prontuário/ FAE 230977 Sexo M Idade 22 anos Peso 60
Nº Atendimento Unidade Produtiva INT - CIR. Leito 13 - 03
Diagnóstico Fistula de fístula

Assinatura e carimbo do Médico

06 FEB. 2015

Forma Farmacêutica (comprimido, drágea, cápsula, xarope, elixir, soluções, pomada, creme, ampola, frasco-ampola, supositório, dentre



ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nº 288902

Nome do Paciente Jenison Paixão Rabelo de Santana
Nº Prontuário/ FAE 11 Sexo M Idade 22 anos Peso 65
Nº Atendimento 230 977 Unidade Produtiva INT. CIR. Leito B-03
Diagnóstico Fratura de Fêmur

Assinatura e carimbo do Médico

Investiprev Seguradora S/A.

06 FEV. 2015

¹ Forma Farmacêutica (comprimido, drágea, cápsula, xarope, elixir, soluções, pomada, creme, ampola, frasco-ampola, supositório, dentre outros).

Nome:

Deuson Britos Isolo Scabu

Matrícula:

Idade:

22 anos

Enf./Leito:

B-03

Data:

14/08/2014

PRESCRIÇÃO MÉDICA E DIETA

18-08-2014

- ① Refeição completa
- ② SIC - 1500 cal 1200
- 36099-1000 cal
- ③ Refeição 1/2 + 1/2 6/8
- ④ Refeição 1/2 + 1/2 6/10
- ⑤ Refeição 1000 12/12
- 58094-1000
- ⑥ Cereais 400g 1/2 1/2
- ⑦ Lanche 400g 1/2 1/2
- ⑧ Cerveja 1/2

1º Turno

07:00 às 13:00h

Assinatura

2º Turno

13:00 às 19:00h

Assinatura

3º Turno

19:00 às 07:00h

Assinatura

Dra. Silvânia Ataíde de Oliveira Santos
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CEP: 5973610018
Fone: 5225

Investigação Seguradora SIA
06 FEVEREIRO 2015

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIA

NO. DO BE: 230977
CNS:DATA: 14/08/2014 HORA: 15:25 USUARIO: SVLALMEIDA
SETOR: 01-CLASSIFCACAO DE RISCO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE
 NOME : DENISON PAIXAO RABELO DE SANTANA DOC...: RG24290840
 IDADE: 22 ANOS NASC: 17/04/1992 SEXO..: MASCULINO
 ENDERECO: CONJ. EMILIO SANTOS NUMERO: 51
 COMPLEMENTO: BAIRRO:
 MUNICIPIO: POCO VERDE UF: SE CEP...:
 NOME PAI/MAE: JOSE CORREIA DE SANTANA /MARIA DO CARMO RABELO DE SANT
 RESPONSAVEL: O PROPRIO TEL...: 9873-6412
 PROCEDENCIA: ARACAJU
 ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
 CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO 9:35

PA: [] X mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO:
 EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIOS X [] SANGUE [] URINA [] TC
 [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / /
 ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
 INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):HORA DA SAIDA: :
 DESISTENCIA

06 FEB. 2015

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
 OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

Denison Paixao Rabelo de Santana
 ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



Sistema Único do Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIA

2 - CNES

3 5 5 9 6 2 9

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIA

4 - CNES

3 5 5 9 6 2 9

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

DENISON PÓIXOD Ribeiro de SANTOS

6 - N° DO PRONTUÁRIO

23097

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

17/04/1992

9 - SEXO

Masc. 1 Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MÔRIO DO CARMO Ribeiro de SANTOS

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD 21 998171364 / 16

12 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)

CONJUNTO EMILIA SANTOS, 51

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

SE

PAULISTA

15 - UF

SE

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAL

SINTOMAS CLÍNICOS

Dr HELIO GOMES

18 - CONDIÇÃO

ACÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS () CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - () VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CBO

42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - INVESTIGADOR DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

47 - DOCUMENTO

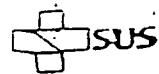
48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

06 FEVEREIRO DE 2015



Sistema Único do Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1. NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIA

3. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIA

Identificação do Paciente

5. NOME DO PACIENTE

DENISON PAIXAO ROBES DE SANTOS

2 - CNES

3 5 5 9 6 2 9

4 - CNES

3 5 5 9 6 2 9

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO
17/04/1992

9 - SEXO

Masc. 1 Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Mario do Corvo Robes de Santos

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD 31 9987336912

12 - ENDERECO (RUA, N.º, BAIRRO)

Conjunto Emilia Santos, 51

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Poco Veloe

SC

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N.º DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

06 FEVEREIRO DE 2015

Investprev Seguradora SIA

EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE – HUSE

PRONTO SOCORRO ADULTO

Nome do Paciente

1150-1111-1111-1111

Unidade de Produção:

Leito:

Nº do Prontuário:

PACIENTE Devison Paixão Rabelo de Souza

SETOR: INT. CIR.

ENFERMARIA/LEITO: B-03

DATA DE ADMISSÃO 14/08/14 HORA DA ADMISSÃO: 15:52

DATA/HORA	EVOLUÇÃO		
14/08/14	Paciente regui os leitos (conscious), orientado. Afebril, mormocorado, cooperativo, respiração regular, intensidade com o ambiente, aguarda para realizar cirurgia de fixação do fêmur. <i>Maria de Lourdes L. da Silva Enfermeira M.º 1000</i>		
15/08/14 15:50	Paciente no leito, consciente, orientado, espontâneo, febril, mormocorado, cooperativo, respiração regular, intensidade com o ambiente, aguarda para realizar cirurgia de fixação do fêmur. <i>Maria de Lourdes L. da Silva Enfermeira M.º 1000</i>		
17/08/14	Paciente no 2º dia da cirurgia no corpo de fixação do fêmur, estável e consciente. Transcorre o 3º dia de cirurgia, no momento do desv. Sobe os níveis da febre. <i>Maria de Lourdes L. da Silva Enfermeira M.º 1000</i>		
18/08/14 15:45	Paciente no leito, lucido e orientado. Sopro epigástrico. PA - 120x80. T. ax - 36,8°C. Início da 12 bolse de C. H. N.º - 0128140725030	<p>HEMOSE HEMOTERAPIA DE SERGIPE Centro Adm. Augusto Franco, Capucho</p> <p>VALIDADE: 04/09/2014</p> <p>0128140725030</p> <p>CONCENTRADO DE HEMACIAS</p> <p>Volume: 368 ml Armazenar entre 2 e 6°C Sol. Anticoag.: [x]SAG-1</p> <p>06 FEV. 2015</p> <p>NAO ADICIONAR MEDICAMENTOS</p> <p>Exames NAO reagentes para: Anti HBc HBsAg, Anti HCV, Anti HIV1 e 2, VDRL, HTLV I/II, CHAGAS. Pesq. de Anticorpo Irregular - Neg. Hemoglobina S - Negativo.</p> <p>DATA: 25/07/2014 Hora: 10:33:12</p> <p>Investprev Seguradora SIA</p> <p>0+</p> <p>(POS)</p>	
17:45	Finalização infusas. T. ax - 37,8°C PA - 140x80		

DATA/HORA

09.08.14
20:00

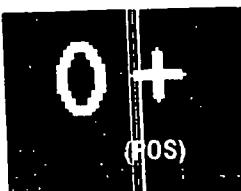
EVOLUÇÃO

HEMOSE HEMOTERAPIA DE SERGIPE
Centro Adm. Augusto Franco, Capucho

0128140812097

VALIDADE:
22/09/2014

CONCENTRADO DE HEMACIAS

22
Volume: 316 ml
Armazenar entre 2 e 6°C
Sol. Anticoag.: [x]SAG-MNAO ADICIONAR
MEDICAMENTOSExame: NAO reagentes para: Anti HBC
HBsAg, HCV, Anti HIV1 e 2,
VDRL, HTLV, S. T. CHAGAS.
Pesq. de Antic. do Irregular - Neg.
Hemoglobina S - Negativo.COLETA
Data: 12/08/2014
Hora: 15:21:44

HEMOVIDA-4.8

José Lucílio G. da Lima
Enfermeiro
COREM ALSE-15715209

Instalado a 2^o bula
na da concentrador
de hemocelos do
nº 01281408120
87, paciente
estadado, tipo
sanguíneo, coloração -
Cítrico, ectema em
MSG, F.D. em
bom aspecto,
em BET, safre
aos endotilos
do esfínter de
esmolagem.
14-140X70mm,
tax 36,7%.

Em tempo, foi instalado a 2^o bula num ho-
rário pelo jato do esp. Wagner fer introm-
pido para o paciente se alimentar, e não
nos relatando muito fome.

José Lucílio G. da Lima
Enfermeiro
COREM ALSE-15715209

19/08/14

Ortopedia

3º DPO astrogemito de fome

paciente relatau hemotomia alto ontom. Em questão

(3) relato hemogramma de contado

Investprev Seguradora S/A.

Daniel das Esteves
Ortopedia e Traumatologia
CRF-SE 4708

06 FEV. 2015

19/08/14 Paciente no leito no 3º DPO de esternoplastia
15:18h temos encontro com enfermeiros, com
HGT em NSE para reanálise com SF 0,9%, houve
perfusão rápida no momento em BET, aces-
tado, coloração clara, encontro, suprimento, pés
descansos, ofício, os tegos, F.D. em bom os
peito, com o mesmo edemaciado, segue os
avisos da equipe de enfermador.

José Lucílio G. da Lima
Enfermeiro
COREM ALSE-15715209

19/09/14
02:30Paciente um suspiro no leito, orientado
enuspílio, um liso de AUDUM MSG um suspiro
e 1500,7, segundas convalescência termina.

PACIENTE: Denison Fávaro Rebolho de Santana
SETOR: Hst. Cirurgia ENFERMARIA/LEITO: B-03

DATA DE ADMISSÃO 14/08/14 HORA DA ADMISSÃO: 15:52

DATA/HORA

20/08/14

01:10h

FSPH HEMOSE		NOME COMPLETO DO RECEPTOR <u>Denison Fávaro Rebolho de Santana</u>	
ETIQUETA LIBERAÇÃO HEMOCOMPONENTE		INSTITUIÇÃO SOLICITANTE <u>Dr. R. Propriá</u>	
ABO RhD / RECEPTOR <u>Opos</u>		Nº DE REGISTRO <u>219</u>	NÚMERO DA BOLSA <u>0128140729084</u>
ABO RhD / BOLSA <u>Opos</u>		PAI <u>cever</u>	PROVA CRUZADA <u>compat</u>
DATA DE ENVIO DO HEMOCOMPONENTE PARA TRANSFUSÃO		RESPONSÁVEL PELA COMPATIBILIDADE <u>Gratia</u>	
RESPONSÁVEL PELA LIBERAÇÃO DO HEMOCOMPONENTE		INÍCIO TRANSFUSÃO <u>h</u>	TERMINO TRANSFUSÃO <u>h</u>

Intubado 1º dí-
ser de concentração
de hemácias 11°
0128140729084,
paciente com dor
espirátil, e
febre, engorgo
com melena
elucis, Tax-37,
seus acls cui-
dados da enfer-
magem.

José Luciano G. de Lima
Enfermeiro
COREN-AL/SE- 18175209

20/08/14
02:30h

HEMOSE HEMOTERAPIA DE SERGIPE
Centro Adm. Augusto Franco, Capucho

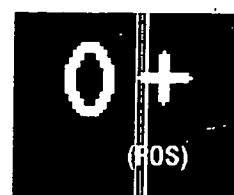


VALIDADE:
25/09/2014

CONCENTRADO DE HEMACIAS



22
Volume: 478 mL
Armazenar entre 2 e 6 C
Sol. Anticoag.: SAG-M



NAO ADICIONAR

MEDICAMENTOS

Exames NAO reagentes para: Anti HBc
HBsAg, Anti HCV, Anti HIV 1 e 2,
VDRL, HTLV I/II, CHAGAS.
Pesq. de Anticorpo Irregular - Neg.
Hemoglobina S - Negativo.

COLETA Data: 15/08/2014
Hora: 16:46:44

HEMOSE-18

PA: 130/70 mmHg; Temp: 37,0°C. Transfusão de 2ª bolsa de concentrado de hemácias tipo "O" Rh Positivo n.º 0128140729084 com 478 mL por AVF no MSE. Sobe em observação.

Investprev Seguradora SA.

Centro Adm. Augusto Franco
Enfermeiro: 18175209
COREN-AL/SE

06 FEVEREIRO 2015

DATA/HORA

20/08/14

EVOLUÇÃO

40 DPO fratura diafisaria fêmur

Paciente foy 2 bolas de concentrado de hemocóagulo. Aproximado edema e HFLUTMSE

(Cap 1) Solicito H. completo de coiticei
caput femur

21/08/14 Solicito fricoterapia motora

Dra. Juliana Dias Esteves
Ortopedista e Traumatologista
CRM-SE 10545

20-08-2014

Paciente, 22 anos de idade, em pós-operatório de cirurgia do fêmur (E), com membro operado edemaciado, ruborizado, ferido em naite anterior de 30 bolas de concentrado de hemocóagulo, processo ocorreu sem intercorrências, no momento em fisioterapia, prescrita pelo médico Dr. Valéria, AVP em 1450, perito, nem queixas algícas, febre, cyanose, normotensão, segue cuidados do equipe multiprofissional.

M. M. S.
ENFERMEIRA
CORPO SIE 254.801

20. 08. 14

FISIOTERAPIA

PESO SUBMISSO A CIRURGIA PI FIXACAO CI PLACA E PARAFUSO DE FRATURA DE FEMUR A "E", APRESENTANDO DOR E DANO MOBILIZACAO E EDEMA DIFUSO. PARASSISA E FALC LATERAL DA Perna E ANSA PÉ. REALIZO ORGANIZACAO DAS MUS. E EX. AD. CI. AUXILIO DE AJUSTAR PI PÉ "E".

G. S.
117417F.

21/08/2014

Paciente segue acordado, orientado colaborativo e respondendo em ar ambiente no leito. Aproximando escrúva, deficit de força, muscular e sensibilidade preservada. Realizo mobilizações patelar E, exercícios para ganho de ADM de modo ativo assistido PI art. de quadril e joelho E; exercício isometárico em M/F; exercício tibio-táxico E. Oriento mobilizações ativas em M/D.

Adelita Regina Oliveira da Rosa
Fisioterapeuta
CREFITO 116070-F

Investprev Seguradora SIA.

06 FFV 2015

21/08/14
16:00hs

Paciente eupnico, cooperativo, em ar ambiente em pós-operatório da fratura de fêmur a Enquadrado. Apresenta pincel fibrotíticos em MIE (edema/ calor). Doloroso a Crinoterapia e eletrocávum de MIE. Realizo mobilizações patelar e tornozelo Esg, exercícios passivos de flexo extensão (tornozelo, joelho e quadril) em ADM livre sem dor. Posiciono em decúbito lateral por 40'. Retorno para decúbito dorsal com pé em posição neutra (MIE). Segue aos cuidados da Equipe.

Talita Santos Camello
Fisioterapeuta
CREFITO 89579-F



PACIENTE Denison Paixão Rabelo Santana

SETOR: _____ ENFERMARIA/LEITO: _____

DATA DE ADMISSÃO ____/____/____ HORA DA ADMISSÃO: _____

DATA/HORA	EVOLUÇÃO
21/08/14 11:30h	Realizo cricotre pro por 30' em MIE.
22/08/14	<p>Por cierre se fezto clavos e oso cicatrizes deu perda operativa deles e deles pulmão e peito. Fazendo paralisia dos titulares anteriores, fáculares, e oq dificuldades flexionar o olho soprado.</p> <p><i>SB</i> Tatita Santos Camello Fisioterapeuta CREFI 89579-1</p> <p><i>SB</i> José A. Machado Filho Ortopedia / Traumatologia CRM-SE 364 - 1601 4309</p>

PACIENTE Denison Paixão Rabelo de Santana

SETOR: _____ ENFERMARIA/LEITO: _____

DATA DE ADMISSÃO ____ / ____ / ____ HORA DA ADMISSÃO: _____ : _____

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	GLICEMIA
21/08/2014	06:00	Fora paciente, fute 36°C, 120x80					
		paciente + PA: 140x80					
21/08/2014	7:00	Recebi paciente no leito consciente, orientado, ver- balizando, em uso de glicoterapia. Tomou ban- ho de vaporização					
21/08/2014	9:00	Realizado ceirato e retirada de pontos da cabeça					
21/08/2014	12:00	Admitido médico caso de dor no fêmur sem in- torno, queimor, queimaduras de enfermagem				120x80	
21/08/2014	13:00	Paciente paciente no leito com consciência, verbalizando orientado sem queimaduras					
21/08/2014	13:18	Reinício terapia antialgica					
21/08/2014	18:00	Paciente medicado e em prescrição médica - antialgica					
21/08/2014	19:00	Recebi paciente no leito com consciência, verbalizando queimaduras de dor intensa na face, doloridas no momento.					Investprev Seguradora SIA
22/08/2014	01:00	Administrada medicação					06 FEB. 2015
22/08/2014	24:00	A pedido SSUV, adm. médica - 36°C				120x80	
23/08/2014	06:00	Administrada medicação					
23/08/2014	09:00	Recebido paciente, verbalizado circular pre-cirurgia com dor moderado					
23/08/2014	12:00	Paciente de alta aguardando transporte					
		ant. n. 071.000-0000-0000					

CLIENTE Denison Taftão Rabelo

ETOR: _____ ENFERMARIA/LEITO: _____

ATA DE ADMISSÃO _____ / _____ HORA DA ADMISSÃO: _____

TA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	GLICEMIA
	15:00	Administrada medicação. <u>Gabriela</u>					
	18:00	Paciente medicado conforme prescrição. <u>Gabriela</u>					
13	19:10	Paciente paciente no leito, ainda deitado, mui to doente, a critério da terapeuta, em uso de monoterapia, e, nesse caso em MSE, no momen to queixa-se de náu reas + cefaleia moder ada. Sigue aos cci da equipe					
14	20:00	Administrada medicação conforme prescrição					
14	21:00	Administrada medicação conforme prescrição					
14	22:00	Administrada medicação conforme prescrição. <u>Gabriela</u>					
14	22:00	Administrada medicação conforme prescrição. <u>Gabriela</u>					
15	00:00	Administrada medicação conforme prescrição. <u>Gabriela</u>					
15	02:00	Administrada medicação conforme prescrição. <u>Gabriela</u>					
15	03:00	Administrada medicação conforme prescrição. <u>Gabriela</u>					
15	04:00	Administrada medicação conforme prescrição. <u>Gabriela</u>					
15	05:00	Administrada medicação conforme prescrição. <u>Gabriela</u>					
15	06:00	Administrada medicação conforme prescrição. <u>Gabriela</u>					
15	07:00	Recebi paciente no leito consciente, orientado e realizando em uso de terapia segue aos cuidados da equipe. <u>Simone</u>					
15	08:00	Recebi paciente no leito consciente, orientado e realizando em uso de terapia segue aos cuidados da equipe. <u>Simone</u>					
15	09:00	Recebi paciente no leito consciente, orientado e realizando em uso de terapia segue aos cuidados da equipe. <u>Simone</u>					
15	10:00	Recebi paciente no leito consciente, orientado e realizando em uso de terapia segue aos cuidados da equipe. <u>Simone</u>					
15	11:00	Recebi paciente no leito consciente, orientado e realizando em uso de terapia segue aos cuidados da equipe. <u>Simone</u>					
15	12:00	Recebi paciente no leito consciente, orientado e realizando em uso de terapia segue aos cuidados da equipe. <u>Simone</u>					

Investorev Seguradora SIA.

06.FEV.2015

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	GLICEMIA
18/08/14	13:00	Recebi paciente no seu ca no, consciente, temperatura 36,8°C. sua glicose tom AVP e NSD, apesar da elevada temperatura. necessita de humor — aux: falso				120x60 MMHg	
	14:00	Paciente medicado e adaptado prescrição médica — aux: falso					
	15:00	Administrado medicamento necessita de humor — aux: falso				120x80 MMHg	
	17:30	Renovação sonda copa — aux: falso 37,3°C.				140x90 MMHg	
	18:00	Administrado medicamento — aux: falso					
	19:50	Aferido SSUV e mesma segue no leito.	36,7°C			140x70	
	21:30	Termino da 1ª bula de con- centrado de hemácias.					
19/08	24:00	Aferido SSUV e ultm. medica- ção prescrita de hemácias.	36°C			130x80	
20/08	01:07	Renovação sonda copa e esquema prescrito.					
	02:00	Adm. medicação de horário.					
	06:00	Administrada me- dicinação — <i>Gabriela</i>				140x81	
19 08 2014	7:00	Recebi paciente no, falso consciente, orientado e charlizando com uso de sonoterapia. Segue os cuidados da equipe — <i>Simone</i>					
	12:00	Aferido SSUV, falso, lido curativo, administrado medicação de horário segue os cuidados da equipe — <i>Simone</i>				130x80	06 FEVEREIRO 2015
	18:00	Administrada medicinação matinal orientado uso de leito, banho, oficina P-A, segue os cuidados da equipe — <i>Simone</i>				110x80	

PACIENTE Denisson Paixão Adolfo de Santana

SETOR: _____ ENFERMARIA/LEITO: _____

DATA DE ADMISSÃO _____ / _____ / _____ HORA DA ADMISSÃO: _____

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	GLICEMIA
14/08/14	15:52	Relevo paciente do Huse São Vicente, sedado, sedo-oligado sem queixas com AVP em MSD, para realizar procedimento cirúrgico ortopédico de fêmur agudo com auxílio ortopédico	35.6°C			120x80	NU/AC
	18:00	Paciente medicado e despertado medita — aux: Dina					
14/08	20:00	Pete no leito, calmo, consciente, faz uso de sonífero p/ia por AVP em MSD, não relata queixas, nem se irrita aguardando procedimento cirúrgico					
	02:00	Medicado conforme prescrição: — — — Rosangela					
	00:00	Em tempo operado SSUJ. — 36.9°C 120x80					
	06:00	Administrando medicina p/ conforto, novos cuidados — Elize					
14/08	7:00	Paciente pacote no leito consciente, orientado em uso de sonífero segue os cuidados da equipe					
20/08		acordo procedimento cirúrgico — Sempre					
	15:00	Administrando medicina de horário — Sympa					
	18:00	operado SSUJ segue os 36°C novos cuidados da equipe — Sempre				100x80	

Rosangela dos Santos Neves
AUXILIAR DE ENFERMAGEM
CREF/ME 628331-0

Investprev Seguradora SIA.

06 FEV. 2015

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	GLICEMIA
15/08	20:30	Adm. medicações de horário, paet. no leito acordado agar dando cirurgia.					
20/08	06:00	Leito medicado e verificado SS/IV - gabriela				11x80	
16/08	06:00	Agora SS/IV e adm. medi- cações de horário, e mesmo segui no leito aguardando cir- urgia.				130x80	
15/08	15:00	paciente admitido no c.r. p/ tratamento cirúrgico. posterior de ferura.					
15/08	15:40	Início da anestesia					
15/08	17:30	Termino da ciru- rgia					
17:50		Paciente foi admitido na SR PA - Roberto					
18/08	05:00	Paciente foi encaminha- do para internamento (cirúrgico) - Rê Domingos					
18/08	08:48	Prat. queixando-se de dor no membro, feito medicado de horário conforme prescrição.					
18/08	04:00	Administrando medica- ções de horário prescrita - Gabriele					
18/08	02:00h	Administrando medicações de ho- rário. Paciente calmo, repou- sando no leito.					
17-08	06:00	Administrando medicações de horário prescrita - Gabriele -					
18:00		Repedi paciente no leito no momento sem queixas.					
10:00		Administrada me- dicção. - Gabriele					

Investigador SIA.

06 FEB 2015

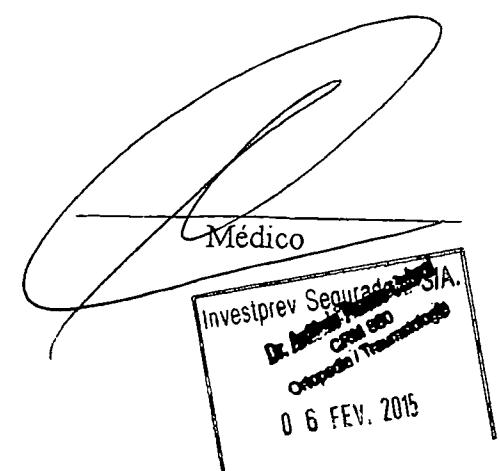
RELATÓRIO

DATA: 11/11/2014

NOME: Flávia Renata Bixio Boller

O (A) paciente supracitado(a) foi internado(a) nesta unidade, **HUSE**, dia 14/10/14
tendo sido submetido(a) à tratamento cirúrgico de luxação do
esquerdido
luxo do joelho e rotura do ligamento
do joelho + luxação do cotovelo
CID S71, devendo ficar afastado(a) de suas atividades por tempo
determinado.

Data da alta 11/11/2014



RELATÓRIO

DATA: 03/02/2014

NOME: LEONILSON RODRIGO SOUZA

O (A) paciente supracitado(a) foi internado(a) nesta unidade, HUSE, dia 14/02/14
tendo sido submetido(a) à tratamento cirúrgico de Fractura do
calcaneo

CID S71, devendo ficar afastado(a) de suas atividades por tempo
determinado.

Data da alta 7/2/2014

Assinatura do(a) Cirurgião
Ortopédico / Traumatólogo
CRM 223

Médico

Investprev Seguradora SIA.
06 FEV. 2015



HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIÁ
SÃO VICENTE DE PAULA

SOLICITAÇÃO
DE EXAMES

Nome:

Denis Souza Parkas Nakao

(autógrafo)

Data de Nasc.: 19/08/92

Setor/Leito: INT. CIR.

Data: 20/08/14

Sexo: M F

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Albumina | <input checked="" type="checkbox"/> Hemograma |
| <input type="checkbox"/> Amilase | <input type="checkbox"/> Hemossedimentação |
| <input type="checkbox"/> Anti-HIV | <input type="checkbox"/> LDH (desidrogenase láctica) |
| <input type="checkbox"/> Anti-HCV | <input type="checkbox"/> Látex (Fator Reumatóide) |
| <input type="checkbox"/> Ácido Úrico | <input type="checkbox"/> Leucograma |
| <input type="checkbox"/> ASLO | <input type="checkbox"/> Plaquetas |
| <input type="checkbox"/> Beta HCG | <input type="checkbox"/> PCR (Pes. de Prot. C Rea.) |
| <input type="checkbox"/> Bilirrubinas | <input type="checkbox"/> Proteínas (totais e frações) |
| <input type="checkbox"/> Ca+ (Cálcio) | <input type="checkbox"/> K+(Potássio) |
| <input type="checkbox"/> Colesterol Total/frações | <input type="checkbox"/> Na+ (Sódio) |
| <input type="checkbox"/> Coombs direto | <input type="checkbox"/> Mg++ (Magnésio) |
| <input type="checkbox"/> Coombs indireto | <input type="checkbox"/> Sumário de Urina |
| <input type="checkbox"/> CPK | <input type="checkbox"/> Troponina |
| <input type="checkbox"/> CPK-mb | <input type="checkbox"/> TC (Tem. de Coagulação) |
| <input type="checkbox"/> Creatinina | <input type="checkbox"/> TP (Tem. de Protrombina) |
| <input type="checkbox"/> Eritrograma | <input type="checkbox"/> TTPA |
| <input type="checkbox"/> Fator Rh | <input type="checkbox"/> TS (Tem. de Sangr.) |
| <input type="checkbox"/> Fosfatase alcalina | <input type="checkbox"/> TGO |
| <input type="checkbox"/> Fosforo | <input type="checkbox"/> TGP |
| <input type="checkbox"/> Gama GT | <input type="checkbox"/> Triglicerídeos |
| <input type="checkbox"/> Glicemia pós-prandial | <input type="checkbox"/> Uréria |
| <input type="checkbox"/> Glicemia sérica | <input type="checkbox"/> VDRL |
| <input type="checkbox"/> Grupo ABO | |

Solicitante /Carimbo e assinatura

DR. JOSÉ DIAS FERREIRA
DIRETOR DE TRAUMATOLOGIA
06/08/2015

Investprev Seguradora SIA.
06 FEV. 2015

HOSP. REG. DE PROPRIA

Endereço: RUA ELMIRO COSTA S.N.

/ Telefone: 3322-1902

FOLHA: 1

Paciente: DENISSON PAIXAO RABELO DE SANTANA

Ala: CIRURGICO BE.: 23095

Data: 20/08/2014 - 12:13

No.: 37355 Idade: 22 Ano(s)

Médico: DR(a) JULIANA DIAS ESTEVES

Conv.: HRP

DEPARTAMENTO DE HEMATOLOGIA**EXAME - HEMOGRAMA COMPLETO**

Método...: AUTOMATICO

Material.: SANGUE

Resultado.: ERITROGRAMA

V. Encontrado V. Normal
 Eritrocitos.....: 3,2 (4,3 a 6,0 milh/mm³)
 Hemoglobina.....: 10,3 (13,6 a 17,8 g/dL)
 Hematocrito.....: 27,7 (31,0 a 54,0 %)
 Vol. Globular Média: 93 (80,0 a 100,0 fl)
 Hemogl.Glob. Média.: 32 (27,0 a 33,0 pg)
 Conc.de Hem.Gl.Média: 35 (32,0 a 36,0 g/dL)
 RBC.....: 11,5 (11,0 a 14,5 %)

LEUCOGRAMA

Leucócitos /mm³...: 7.200 (3.600 a 11.000)
 N.Relativos N.Absolutos
 Basofilo.....: 0,0 (0-2) 0 (0-200)
 Eosinofilo.....: 5,0 (1-4) 360 (50-400)
 Metamielocitos...: 0,0 (0-1) 0 (0-100)
 Bastões.....: 0,0 (2-5) 0 (100-500)
 Segmentados....: 72,0 (36-66) 5.184 (1800-6600)
 Linfocitos.....: 20,0 (22-44) 1.440 (1100-4400)
 Monocitos.....: 3,0 (3-10) 216 (150-1000)

Investprev Seguradora SIA.

06 FEV. 2015


 CATIA REGINA BARRETO PRADO
 CRM: 2682

HOSP. REG. DE PROPRIA

Enderecos: RUA ELMIRO COSTA S.N.

/ Telefone: 3322-1902

FOLHA

Paciente: DENISSON FAIXAO REBELO DE SANTANA

Alas CIRURGICO BE.: 230997

Data: 17/08/2014 - 13:05

No.: 37210 Idade: 22 Ano(s)

Medico: DR(a) HELLYCARLOS ALBUQUERQUE SANTOS

Conv.: HRP

DEPARTAMENTO DE HEMATOLOGIA**EXAME - HEMOGRAMA COMPLETO**

Metodo....: AUTOMATICO

Material.: soro

Resultado.: ERITROGRAMA

	V. Encontrado	V. Normal
Eritrocitos.....	2,1	(4,3 a 6,0 milh/mm ³)
Hemoglobina.....	7,1	(13,6 a 17,8 g/dL)
Hematocrito.....	17,3	(41,0 a 54,0 %)
Vol. Globular Medio.:	92	(80,0 a 100,0 fl)
Hemogl.Glob. Media..:	34	(27,0 a 33,0 pg)
Conc.de Hem.Gl.Media:	37	(32,0 a 36,0 g/dL)
RDW.....	11,5	(11,0 a 14,5 %)
Contagem Plaquetas..:	191.000	(140.000 a 400.000 /mm ³)

LEUCOGRAMA

Leucocitos /mm ³ ..:	8.200 (3.600 a 11.000)	N.Relativos	N.Absolutos
Rasofilo.....	0,0 (0-2)	0 (0-200)	
Eosinofilo.....	2,0 (1-4)	164 (50-400)	
Metamielocitos...	0,0 (0-1)	0 (0-100)	
Bastões.....	0,0 (2-5)	0 (100-500)	
Segmentados.....	78,0 (36-66)	6.396 (1800-6600)	
Linfocitos.....	15,0 (22-44)	1.230 (1100-4400)	
Monocitos.....	5,0 (3-10)	410 (150-1000)	

Investprev Seguradora S/A.

06 FEV. 2015

B-L-03

HOSP. REG. DE PROPRIA

Endereço: RUA ELMÍRIO COSTA S.N.

Telefone: 3322-1902

FOLHAS: 1

Paciente: DENISSON PAIXAO RABELO DE SANTANA

Ala: CIRURGICO

BE.: 230977

Data: 19/08/2014 - 10:11

No.: 37295 Idade: 22 Ano(s)

Medico: DR(a) DANIEL DIAS ESTEVES

Conv.: HEP

DEPARTAMENTO DE HEMATOLOGIA

EXAME - HEMOGRAMA COMPLETO

Metodo....: AUTOMATICO

Material.: SANGUE

Resultado.: ERITROGRAMA

	V. Encontrado	V. Normal
Eritrocitos.....	2,4	(4,3 a 6,0 milh/mm ³)
Hemoglobina.....	8,1	(13,6 a 17,8 g/dL)
Hematocrito.....	22,7	(41,0 a 54,0 %)
Vol. Globular Medio..	95	(80,0 a 100,0 fl)
Hemogl.Glob. Media...	34	(27,0 a 33,0 pg)
Conc.de Hem.Gl.Media:	36	(32,0 a 36,0 g/dL)
RDW.....	11,8	(11,0 a 14,5 %)
Contagem Plaquetas..	257.000	(140.000 a 400.000 /mm ³)

LEUCOGRAMA

	Leucocitos /mm ³ ..	(3.600 a 11.000)	N.Relativos	N.Absolutos
Basofilo.....	0,0	(0-2)	0	(0-200)
Eosinofilo.....	3,0	(1-4)	237	(50-400)
Metamielocitos...	0,0	(0-1)	0	(0-100)
Bastões.....	0,0	(2-5)	0	(100-500)
Segmentados.....	81,0	(36-66)	6.399	(1800-6600)
Linfocitos.....	11,0	(22-44)	869	(1100-4400)
Monocitos.....	5,0	(3-10)	395	(150-1000)

Investprev Seguradora SIA.

06 FEV. 2015

CATIA REGINA BARRETO PRADO
CRBM: 2652

HUSE - Hospital de Urgência de Sergipe Maq 2

Nome:
Sexo:
Departam.:
Modo:
Diagnóstico:

DENISON PAIXAO
Masculino
VERDE TRAUMA I
OV-ST-CD

Sobrenome: R. DE SANTANA
Idade:
Nº do leito:

ID da amostra: 82
ID do paciente:
Data de análise: 12/08/2014 10:33

Parâm.

1 WBC

Resultado: H
Unidade: $10^3/\mu\text{L}$
Intervalos de referência: 4,00 - 10,00

Mensagem de WBC

2 Neu#

Resultado: H
Unidade: $10^3/\mu\text{L}$
Intervalos de referência: 2,00 - 7,00

3 Linf#

Resultado: 0,86
Unidade: $10^3/\mu\text{L}$
Intervalos de referência: 0,80 - 4,00

4 Mon#

Resultado: 0,74
Unidade: $10^3/\mu\text{L}$
Intervalos de referência: 0,12 - 1,20

5 Eos#

Resultado: 0,03
Unidade: $10^3/\mu\text{L}$
Intervalos de referência: 0,02 - 0,50

6 Bas#

Resultado: 0,00
Unidade: $10^3/\mu\text{L}$
Intervalos de referência: 0,00 - 0,10

7 Neu%

Resultado: H
Unidade: %
Intervalos de referência: 50,0 - 70,0

8 Linf%

Resultado: L
Unidade: %
Intervalos de referência: 20,0 - 40,0

9 Mon%

Resultado: 7,2
Unidade: %
Intervalos de referência: 3,0 - 12,0

10 Eos%

Resultado: L
Unidade: %
Intervalos de referência: 0,5 - 5,0

11 Bas%

Resultado: 0,0
Unidade: %
Intervalos de referência: 0,0 - 1,0

12 RBC

Resultado: 3,72
Unidade: $10^6/\mu\text{L}$
Intervalos de referência: 3,50 - 5,50

13 HGB

Resultado: 11,9
Unidade: g/dL
Intervalos de referência: 11,0 - 16,0

14 HCT

Resultado: L
Unidade: %
Intervalos de referência: 37,0 - 54,0

15 MCV

Resultado: 95,8
Unidade: fL
Intervalos de referência: 80,0 - 100,0

16 MCH

Resultado: 32,0
Unidade: pg
Intervalos de referência: 27,0 - 34,0

17 MCHC

Resultado: 33,4
Unidade: g/dL
Intervalos de referência: 32,0 - 36,0

18 RDW-CV

Resultado: 12,1
Unidade: %
Intervalos de referência: 11,0 - 16,0

19 RDW-SD

Resultado: 39,8
Unidade: fL
Intervalos de referência: 35,0 - 56,0

20 PLT

Resultado: 171
Unidade: $10^3/\mu\text{L}$
Intervalos de referência: 100 - 300

21 MPV

Resultado: 9,5
Unidade: fL
Intervalos de referência: 6,5 - 12,0

22 PDW

Resultado: 16,4
Unidade: %
Intervalos de referência: 15,0 - 17,0

23 PCT

Resultado: 0,163
Unidade: %
Intervalos de referência: 0,108 - 0,282

24 P-LCC

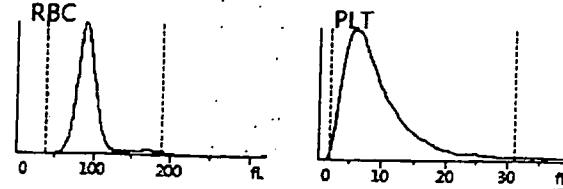
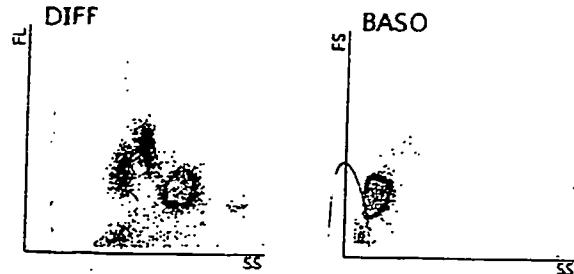
Resultado: 39
Unidade: $10^9/\text{L}$
Intervalos de referência: 30 - 90

25 P-LCR

Resultado: 23,0
Unidade: %
Intervalos de referência: 11,0 - 45,0

Mensagem de RBC

Mensagem de PLT



Investprev Seguradora SIA.
06 FEB. 2015

Entre por:

Hora do pedido:

Comentários:

[Os resultados da análise só respondem à amostra correspondente]

Operado por: 123

Hora de retirada:

Validado por:

Hora de impressão: 12/08/2014 10:32:38

HUSE-HOSPITAL DE URGENCIA DE SERGIPE

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

AV.TANCREDO NEVES, S/N, BAIRRO CAPUCHO

TEL.: (079) 3216-2600

Validado

Nome: DENISON PAIXAO , RABELO DE SANTANA 22
ANOS

Sexo: Masculino

ID do doente: V TRAUMA 1

Data nascimento:

ID da amostra: 63

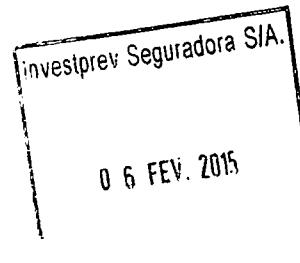
Data/hora da colheita:

Localização:

Médico:

Ensaio	Resultado	Unidades	Alertas	Intervalo	Data da conclusão	Hora da conclusão
CreSC	0.81	mg/dL	CNTL		12.08.2014	10:14
Urec	45	mg/dL		17 - 56	12.08.2014	10:14

Fim do registo da amostra




SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÉRGIPÉ
SERVIÇO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA DO HUSE
PREScrições DIÁRIAS



DATA: 14/08/2014

° DIH

NOME: _____

DIAGNÓSTICO(S): _____

EVOLUÇÃO MÉDICA: _____

ACOMPANHAMENTO ESPECIALIDADE: _____

DIAS	Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)			Horários de Administração
1º. Dieta				
2º. Cateter Hidrolizado				
3º. SF 0,9 %	ml EV	hs		
4º. Kefazol 1 g EV 8/8hs ou Keflin 1 g EV 6/6hs				
5º. Gentamicina 240mg + SF 0,9% 200 ml EV 1x dia				
6º. Dipirona 2 ml + 8 ml AD EV 6/6hs ou Paracetamol 40Gts VO 6/6hs				
7º. Plasil 2 ml + 18 ml SF 0,9% EV 8/8hs 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 mg sc 1x ao dia ou Heparina 5000UI SC 2 x dia				
12º. Captopril 25 mg SL se PAS - PAD > = 180x100mmHg				
13º. Glicose 25% 04 AMP. EV SE GC < = 80				
14º. Luftal 40gts VO 6/6hs	SOS			
15º. Sonda de Alívio	SOS			
16º. Captopril 25mg vo	hs	suspensão		
17º. Insulina Regular SC, após o dextro				
201 - 250: 02UI		301 - 350: 06UI		
251 - 300: 04UI		351 - 400: 08UI		
	> 0U = 401: 10UI			
18º. Membros Superiores e 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				
22. glicemia capilar de 6-6hs				

Investigador Seguradora SIA

06 FEVEREIRO 2015

Uma

HUSE-HOSPITAL DE URGENCIA DE SERGIPE
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
AV.TANCREDO NEVES, S/N, BAIRRO CAPUCHO
TEL.: (079) 3216-2600

Validado

Nome: DENISON PAIXAO, RABELO DE SANTANA

Sexo: Masculino

ID do doente: V TRAUMA 1

Data nascimento:

ID da amostra: 63

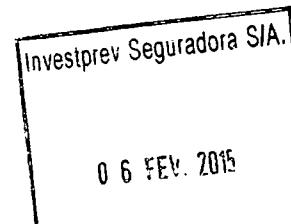
Data/hora da colheita:

Localização:

Médico:

Ensaios	Resultado	Unidades	Alertas	Intervalo	Data da conclusão	Hora da conclusão
K-C	4.2	mmol/L		3.5 - 5.1	12.08.2014	12:40
Na-C	138	mmol/L		136 - 145	12.08.2014	12:40

Fim do registo da amostra



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE
PRONTO SOCORRO ADULTO
GUIA DE TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

HOSPITAL DE DESTINO: Proprio

VAGA: COM O₂ SEM O₂

Setor no HUSE onde o paciente se encontra: Verde trauma I-corr. da cotaística

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Denison foix Nogueira 22 anos
C. Identidade: _____ Sexo: M F D.N.: 17/04/92
Estado civil: Casado Solteiro Outros
Endereço: _____

QUADRO CLÍNICO

CID 10: _____ Cod. De Procedimento: _____

FC: _____ bpm FR: _____ ipm P.A.: _____ x _____ mmHg Glasgow: _____

Resumo: fast arrf f

TRATAMENTO INSTITUITIDO ATÉ O MOMENTO

Medicações utilizadas: Clotu

Exames complementares realizados (resumo dos resultados): _____

INFORMAÇÕES DE TRANSFERÊNCIA

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: Falta de vaga Procedimento especializado

Médico responsável pelo encaminhamento: _____

Médico que acompanhará: _____

Investigação Seguradora SIA.
Outros

06 FEVEREIRO 2015

João Alves
Ortopedia Clínica
RM2801 TEC073508

OBS.: ENCAMINHAR FOTOCÓPIA DOS EXAMES REALIZADOS e PRESCRIÇÃO ATUALIZADA.

UNIDADE HOSPITALAR

LOCAL E DATA

ASS. DO MÉDICO

Núcleo Interno de Regulação
NIR / HUSE
VAGAS EXTERNAS / HUSE

DATA: 15/08/16

LEITO: B5

HOSPITAL
Proprio - Ortopedia
() FEM () MASC
() COM O2 () SEM O2

AUTORIZAÇÃO DE OCUPAÇÃO DO LEITO

PACIENTE: Denisson Pávios Labelo de Santana está liberado(a) a ocupar o leito com guia de transferência devidamente preenchida, prescrição médica atualizada, fotocópia dos exames e medicações não padronizadas para as próximas 48 horas.

Investprev Seguradora SIA.

06 FEV. 2016

PACIENTE

DATA 17/08/14

SEXO M F

SETOR

ABDOMEN	PA (decubito)	AP (ereto)	P
ANTEBRAÇO	AP	P	
ARCOS COSTAIS	PA	OBLIQUE	
ANTE-PÉ	AP	OBLIQUE	
BACIA	AP	RÁ	OUTLET
BRAÇO	AP	P	
CALCANEO	AXIAL		
CLAVÍCULA	AP		
COLUNA CERVICAL	AP	P	OBLIQUE
COLUNA DORSAL	AP	P	OBLIQUE
COLUNA LOMBAR	AP	P	OBLIQUE
COLUNA SACRO	AP	P	AXIAL
COLUNA CÓCCIX	AP	P	
COTOVELO	AP	P	
CRÂNIO	AP	P	TOWNE
ESTERNO	AP	P	
ESCÁPULA	AP	P	
FACE	AP	P	
FÉMUR	AP	P	
JOELHO	AP	P	
MANDIBULA	AP	PERFIL AXIAL	
MÃO	AP	P	OBLIQUE
OMBRO	AP	PERFIL AXIAL	
PATELA	AP	P	AXIAL
PÉ	AP	OBLIQUE	P
PERNA	AP	P	
QUADRIL	AP	P	
TORNOZELO	AP	P	
TÓRAX	PA	P	
SEIOS DA FACE	MN	FN	

INSTRUÇÃO: - FAÇA UM CÍRCULO NO EXAME QUE DESEJA;
- PREENCHER EM DUAS VIAS;

OUTROS:

Ortopedia
Cirurgia
CNS 210-169
CPR 14-23
CSE 019

ASSINATURA DO SOLICITANTE/CARIMBO

Investprev Seguradora SIA.

06 FEVEREIRO 2015



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE SAÚDE

Comunicação de Utilização de Órtese e Prótese e Material Especial (OPME)
CENTRO CIRÚRGICO

Identificação do Paciente

Nome: Denison Paixão Rabelo de S. Matrícula: 230977

Enfermaria: _____ Convênio: 606

Diagnóstico: |

Procedimento realizado: TTO-CIR-FRAT - F¹_{8mua}

Data da utilização: 16 108 12014

Identificação do Médico

Name: Dr. Hellycarlos.

CRM: 5225

IDENTIFICAÇÃO DOS PRODUTOS

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Name: _____

CNPJ:

Carimbo e assinatura

Investprev Seguradora SIA.

06 FEB. 2015

CONTROLE DA FARMÁCIA

Data do recebimento: / /

Farmacêutico: _____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
COORDENAÇÃO GERAL DE PESSOAS
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "DR. CARLOS MENEZES"



Denison Paixão Rabelo de Santana

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Autenticação Oficial do Estado

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

2.429.084-0 2.VIA

DATA DE
EXPIRAÇÃO

06/10/2016

NOME

DENISON PAIXÃO RABELO DE SANTANA

QUALIFICAÇÃO

JOSE CORREIA DE SANTANA

MARIA DO CARMO RABELO DE SANTANA

NATURALIDADE

POCO VERDE-SE

DATA DE NASCIMENTO

17/04/1992

DOC ORIGEM

CT. NASCIM. NR 11971 LV A-15 FL 017

CART. 3 OFÍCIO. DIST. CPM. POCO VERDE-SE

062.311.745-22

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/03/83

Documentos de Identificação



000127

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

062.311.745-22

Nome

DENISON PAIXÃO RABELO DE

SANTANA

Nascimento

17/04/1992



Cartão de uso pessoal e intransferível
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

Emissão
JUN 2010

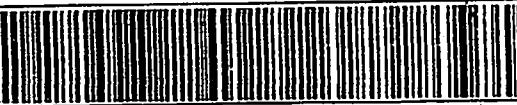
CAIXA

Investprev Seguradora S/A

22 AGO. 2017

CNPJ: 42.366.302/0006-32

CEBEMOS DE NORDESTE MOTOS LTDA.		OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO.						NF-e 000006709	
TA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	DESTINATÁRIO DENISON PAIXAO RABELO DE SANTANA				VLR TOTAL NOTA 3.900,00	Série		

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE ORDESTE MOTOS LTDA.				DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica					
PREFEITO DR. JOSE AIRTON DE AN CENTRO TOBIAS BARRETO - SE 49300-000 (79)3541.2374 FAX:(79)3541.2374				0 - ENTRADA	1	CHAVE DE ACESSO 2812 1032 8823 9100 0292 5500 1000 0067 0910 0006 7090			
NORDESTE MOTOS				Nº 000006709	SÉRIE I	Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora			

ATRIBUIÇÃO DA OPERAÇÃO 405 - VENDA MOTO A VISTA NO ESTADO				PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 328120008877041 24/10/12 03:59 DUT					
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 271065346				CPF/CNPJ 32.882.391/0002-99					

ESTIMATIVO / REMETENTE				CNPJ / CPF 062.311.745-22		DATA DA EMISSÃO 24/10/2012	
NOME / RAZÃO SOCIAL DENISON PAIXAO RABELO DE SANTANA				ENDERECO CONJUNTO JOAO EMIDIO DOS SANTOS 51 - CASA		BAIRRO / DISTRITO CENTRO	
MUNICÍPIO POCO VERDE				FONE / FAX	UF SE	COMPLEMENTO CASE	HORA DE ENTRADA/SAÍDA
ATRIBUIÇÃO NÚMERO 5709				3.900,00	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO	CEP 49490-000	DATA DA ENTRADA/SAÍDA 24/10/2012

ATRIBUIÇÃO NÚMERO 5709	VALOR ORIGINAL 3.900,00	VALOR DESCONTO 0,00	VALOR LÍQUIDO 3.900,00
------------------------------	----------------------------	------------------------	---------------------------

ATRIBUIÇÃO NÚMERO 6709-01	VENC. 24/10/12	VALOR 3.900,00	VENC. //	VALOR 0,00	VENC. //	VALOR 0,00
---------------------------------	-------------------	-------------------	-------------	---------------	-------------	---------------

CÁLCULO DO IMPOSTO		BASE DE CÁLCULO DO ICMS		BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
BASE DE CÁLCULO DO ICMS		0,00		0,00		0,00		3.900,00	
VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO		DESCONTO		OUTRAS DESPESAS ACESÓRIAS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS			FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
RAZÃO SOCIAL NORDESTE MOTOS LTDA			9 - SEM FRETE				32.882.391/0002-92
ENDERECO AVENIDA PREF DR JOSE AIRTON DE ANDRADE,			MUNICÍPIO	TOBIAS BARRETO		UF SE	INSCRIÇÃO ESTADUAL 271065346
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO		PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVICO									
CÓD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVICO	NCM/SIM	CST	CFOP	UN	QTD	V. UNIT	V. DESC	V. TOTAL
POP100	HONDA-MOTOCICLETA/POP100-87112010	060	5405	UN	1.0000	3.900,0000	0,00	3.900,00	0,00
	SOLINA COM 6,17 CV								
	Chassi: 9C1HB0210CR035724 - CMT: 00158.000 - Pintura: S - Cor: VERMELHA								
	Distância Eixos: 1216 - Combustível: 2 - Tipo de Veículo: 4 - Número de Motor: HB02E1CG5724								
	Tipo de Op.: 1-Venda concessionária - Ano Fab/Mod: 2012/2012 - Marca/Modelo: 2824 - Câmbardas: 0097								
	RENAVAM: - Serial: 0CR035724 - Espécie: 1								

Investprev Seguradora S/A

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES				RESERVADO AO FISCO
VEND. 06-JORGE OS. OU ORC. 5607 COND.PAG. A VISTA DECLARAMOS P/ FINS CERTIFICADO PROPRIEDADE QUE VENDEMOS VEICULO SEM RESERVA DE DOMÍNIO E SEM ALIENAÇÃO FIDUCIÁRIA.				
ICMS PAGO POR SUBSTITUIÇÃO TRIBUTARIA CF. RJCMS.				
DECRETO 17037 DE 26/12/1996				
NFE4826742 / DE27/07/2012				
CÓDIGO RENAVAM 2824. MOTO COM 0KM. PROCEDENCIA NACIONAL.				
				CNPJ: 42.366.302/0006-32

[Ir para conteúdo principal](#)

Seguro DPVAT, administrado pela Seguradora Líder-DPVAT – Site Oficial –

[Assista ao vídeo da Líder](#)

- [Home](#)
- [Conheça o DPVAT e a Seguradora Líder](#)
- [Imprensa](#)
- [Como dar entrada - Dicas importantes](#)
- [Pontos de Atendimento](#)

Investprev Seguradora S/A.

06 FEB. 2015

[Pague Seguro](#)

• Consulta a pagamentos efetuados

[voltar](#)

Sua busca por chassi: 9C2HB0210CR035724 UF: SE CATEGORIA: 09*

Exercício	Valor Pago	Situação	Emissão 2ª via
– 2012	R\$72,94	Quitado	[Icon]
		Data Pagamento	Valor Pago
		25/10/2012	R\$72,94

(*) Motocicleta

Peça a indenização

Investprev Seguradora S/A.

06 FEB. 2015

- [Como dar entrada - Dicas importantes](#)
- [Documentação despesas médicas](#)
- [Documentação invalidez permanente](#)
- [Documentação morte](#)
- [Onde entregar](#)

[Pague seguro](#)

110

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembléia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000

Seguradora
Líder
1/1
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 02/06/2017.

DPVAT/SIN - 06782/2017

Para: Investprev Seguros e Previdência SA

A/C: Sr. Wilson Guilherme Resende

REF: Sinistro: 3150110944

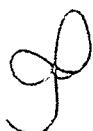
Vítima: DENISON PAIXAO RABELO DE SANTANA

Acusamos o recebimento da documentação abaixo relacionada, as quais, estamos enviando a essa Seguradora/Reguladora para as providências necessárias devendo seguir o fluxo através do sistema SIS DPVAT.

Da vítima e do acidente

- Boletim de Ocorrência Policial
- Comprovação do Ato Declaratório
- Declaração do Proprietário do Veículo
- Documentos de identificação (RG, CNH, Cart. de Trabalho, Cert. de Casamento ou Nascimento)
- CPF
- Declaração de Residência
- Comprovante de Residência
- Documentação Médica
- Carta solicitando reanálise
- Laudo do IML
- Declaração de ausência de Laudo do IML
- Autorização de pagamento
- Comprovante bancário
- DUT
- Outros

Atenciosamente



Cilene Stemback
Gerente de Atendimento

P- 100/117028/2017-001

CCC

Anexo: conf. texto