



Seguradora Líder - DPVAT

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 início 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,

Seguradora Líder-DPVAT



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



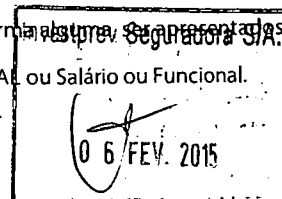
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, DENISON PAIXAO RABELO DE SANTANA
 PORTADOR(A) DO RG Nº 24.29.084.0 EXPEDIDO POR SSP/SE EM 24/11/06
 CPF 002311745-22 /CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO _____
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO 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 Lotéticas 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.



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

Denson Paixão R 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.



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 062311745-22 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO RECLUSO

E RENDA MENSAL DE R\$ RECLUSO (*) 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 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 (Cabra 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 SISEDPVAT 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 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 CADA 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.

ARACAU / se 09 de AGOSTO de 2017
LOCAL E DATA

x Denison Paixão Ribelo 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

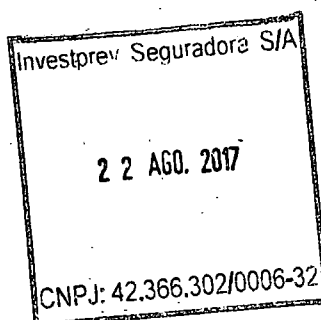
TERM.054682

DENISON PAIXAO RABELO DE SANTANA

15:20 HRS

AGENCIA 5983 CONTA 0002582-8

04/ABR/2017



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO F



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 Nº 2.429.084-0 EXPEDIDO POR SSP EM 06/10/2016 E

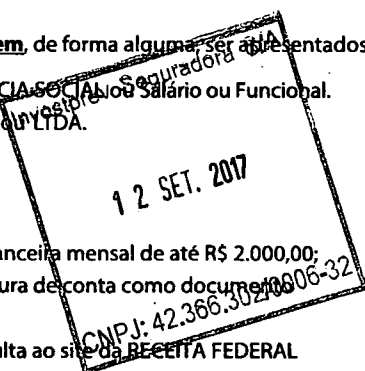
CPF 062311745-22 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Recuso

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 Lotéticas 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.**



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.

Araruama/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

TERMINAL: 38361002

HORA: 10:41:35

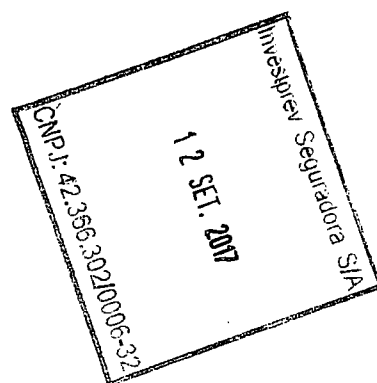
CONTROLE: 383610020147

CONTA CREDITADA:

4338.013.00009961-0

NOME:

DENISON PAIXAO RABELO DE SANTANA



Conta
destino:

4338 / 013 . 00009961-0

Agência
destino:

POCO VERDE

Nome
destinatário:

DENISON PAIXAO RABELO DE SANTANA

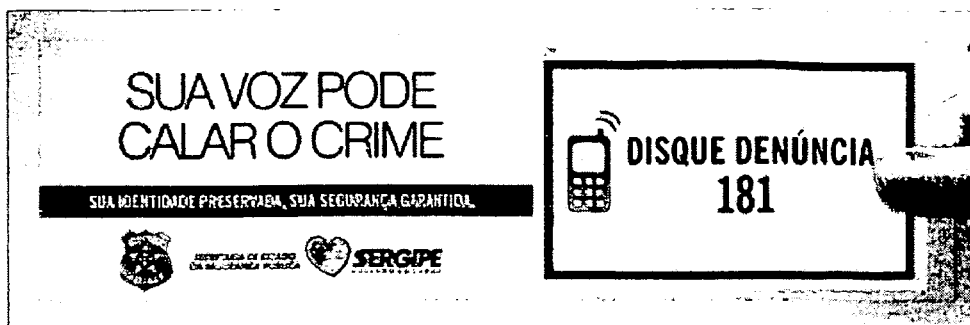




GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL



POLICIA ON-LINE

**DELEGACIA DE POLÍCIA DE POÇO VERDE**

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

Boletim de Ocorrência 2014/06579.0-000415 - Alterado

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE POÇO VERDE

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

FATO

Natureza: FATO ATIPICO

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

Fato:

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

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

Tipo de local: VIA PUBLICA **Melo Empregado:** NENHUM

NOTICIANTE

Nome: GICELIA RIBEIRO DE SANTANA

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

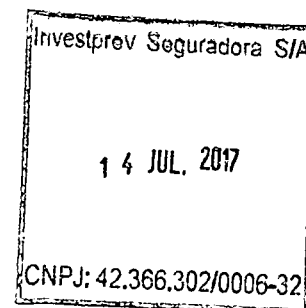
Pessoa: Física **CPF/CGC:** 000.000.000-00 **RG:** 9968970 **UF:** SE **Órgão expedidor:**

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

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

Endereço: CONJUNTO JOÃO EMIDIO DOS SANTOS **Número:** 97 **Complemento:**

CEP: 49.490-000 **Bairro:** NAÇÃO **Cidade:** POÇO VERDE **UF:** SE

Proximidades: Telefone:

HISTÓRICO

Relata a 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, Nº 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, ~SENTIDO ESTA CIDADE, E NAS IMEDIAÇÕES 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 FÊMUR, 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 SERGIPANA; QUE ATÉ A PRESENTE DATA SE ENCONTRA EM RECUPERAÇÃO, RESTANDO DEFICIÊNCIAS FÍSICAS DECORRENTES DO ACIDENTE EM TELA. NADA MAIS.



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 Hora do Fato: 11/08/2014 - 19:00 até 11/08/2014 - 19:00

Endereço: PRÓXIMO AO AUTO-POSTO TA'ARES Número: Complemento: RODOVIA QUE LIGA ESTA CIDADE A TOBIAS BARRETO
CEP: 49430-000

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

Tipo de local: VIA PÚBLICA Meio Emprego: NENHUM

VÍTIMA/NOTICIANTE

VÍTIMA: DENISON PAIXÃO RABELO DE SANTANA

Nome do pai: JOSE CORREIA 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: POÇO VERDE Data de nascimento: 17/04/1992 Sexo: Masculino Cor da cútis:

Profissão: EST. Ensino: Não informado Grau de instrução:

Endereço: RUA JOÃO XXIII Número: 28 Complemento: CASA

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

Proximidades: Telefone: 79 99509906

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 FÍSICAS E MORTAIS. QUE CONDUZIA O VEÍCULO DO TIPO MOTOCICLETA, HONDA POP 100, ANO/MOD. 2012, COR VERMELHA, PLACA F0 04L DEU-8997, CHASSI 9C2HB0210CR035724, CÓDIGO RENAVAM Nº 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 PERMANECERU INTERNADO POR APROXIMADAMENTE TRÊS MESES, TENDO REALIZADO QUATRO CIRURGIAS, CONFORME ATES'TA LAUDO MÉDICO APRESENTADO. NADA MAIS.

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

Última Alteração: 27/11/2014 às 09:57

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

Jose Emanoel Cavalheiro dos Santos
Responsável pelo preenchimento

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, DENISON PAIXÃO REBELO 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 JOÃO XXIII, 28, Cidade POCO VERDE, Estado PERGUEPE, 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.

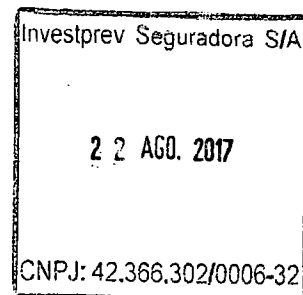
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Denison Paixão Rebelo de Santana

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Amazul/SE 09/08/2017

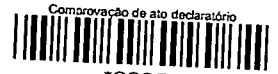
Local e data



ATO DECLARATÓRIO

Regulado as 10:50

MS/DATASUS HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO
 No. DO RE: 1038411 DATA: 11/08/2014 HORA: 22:01 USUARIO: KJSDDORES
 CINS- SETOR: 06-SUTURA



IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : DENISON PAIXAO RABELO DE SANTANA DOC...:
 IDADE: 22 ANOS NASC: 17/04/1992 SEXO...: MASCULINO
 ENDEREÇO: RUA G BAIRRO: CENTRO NUMERO: 51
 COMPLEMENTO: UF: SE CEP...:
 MUNICIPIO: POCO VERDE /MARIA DO CARMO RABELO DE
 NOME PAI/MAE: JOSE CORREIA DE SANTANA TEL...: 79-
 RESPONSÁVEL: PAI SUS 707403043259376
 PROCEDÊNCIA: POCO VERDE
 ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS) TRAUMA: NAO
 CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE...: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [X] mmHg [] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAO X [] SANGUE [] URINA [] TC
 [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS: *Queixos de dor* DATA PRIMEIROS SINTOMAS: *11/08/2014*

Trauma no crânio, nariz

ASD OK

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

Investprev Seguradora S/A.

06 FEV. 2015

DIAGNÓSTICO:

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: *11/08/2014* HORA DA SAIDA: *12:00*
 ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO *La Coxa*
 INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE): *Ar. 0200 PMA*
 PRÉTO: [] ATE 48HS [] APÓS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PA

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

— 502.07.001

RX 07 2024 (E) - 2.025.001

RX 107 2024 - AS

RX. 07 2024 2024 2024 - 2.025.001

RX 100 2024 - AS

Orlando Ferreira Alves
Ortopedia e Traumatologia
CRM - SE 1789 SBO: 6427



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, DENISON PAIXÃO RABELO DE SANTANA

RG nº 24290840, data de expedição 24/11/06, Órgão SSP/SE

CPF nº 062.311.723-22 venho perante a este instrumento declarar que não possuo 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. SI / CONJ. JOSE EMILIO</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>8163-8532 / 9163-5949</u> <u>Falar com Samuel Freitas</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante:

Denison Paixão R. de Santana

Investprev Seguradora S/A.

06 FEV. 2015

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

Classificação: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro 17-200-50-2810 Residência-Set/2014
Nº medidor E5003678099 Emissão: 29/09/2014

ENERGISA GERGPE-DISTRIB. ENERGIA SA
Rua Mano Apolônio Sales, 61 - Inaco Barbosa
MAGALHÃES/SE - CEP 49040-150
CNPJ 13.017.462/0001-63 Insc. Est. 270.767.438
Nota Fiscal (Conta de Energia Elétrica) Nº 000.690.885
Código para Débito Automático: 9999910917

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

7794.7c8f 05f 5856.19ef 8ed5 ef3a bcd8

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

Set/2014

Canal de contato

Apresentação

29/09/2014

Data prevista da
próxima leitura

28/10/2014

CPF/CNPJ/RANI

3100343530

Cálculo de consumo

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
28/08/14	1950	28/08/14	2017	1
				87
				32

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 24/09/2014 PAGAS
OBRIGADO!

Descrição	Demonstrativo	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	87	0,34478	29,10

IMPOSTOS E ENCARGOS

PIS	0,14
COFINS	0,68
JUROS DE MORA 09/2014	0,07
MULTA 09/2014	0,53
ICMS (Base de Cálculo R\$ 31,88 (Alíquota 25,00%))	7,98

Histórico de Consumo
(kWh)

Ago/14	54
Jul/14	53
Jun/14	74
Mai/14	61
Abr/14	75
Mar/14	61
Fev/14	82
Jan/14	83
Dez/13	64
Nov/13	88
Out/13	83
Set/13	75

Média dos últimos meses
88 kWh

VENCIMENTO

08/10/2014

TOTAL A PAGAR

R\$ 32,46

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	11,50	1,70	NOMINAL 127
DIC TRIMESTRAL	23,20		
DIC ANUAL	48,40	1,00	CONTRATADA 118
FIC MENSAL	8,00		LIMITE INFERIOR 123
FIC TRIMESTRAL	16,00		
FIC ANUAL	31,90	1,70	LIMITE SUPERIOR
DMC	8,38		
DICRI	18,80		

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia SE	10,43	32,13
Compra de Energia	11,03	33,98
Serviço de Transmissão	0,62	1,92
Encargos Setoriais	1,21	3,73
Impostos Diretos e Encargos	9,38	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\$ 10,48

ATENÇÃO

Investprev Seguradora S/A.

0 6 F.V. 2015



ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nº 240445

Nome do Paciente Deverson Paixão Rabelo Santana
Nº Prontuário/ FAE 230977 Sexo M Idade 22 anos Peso
Nº Atendimento 230977 Unidade Produtiva INT. CIR. Leito B-03
Diagnóstico Fratura de fêmur

Data	Hora	Medicamento (princípio ativo + concentração) - Dieta	F.F. ¹	Posologia	Horário de Administração
21/08/2014		② Dieta livre			
		① S.F. 0,9% - 500ml (IV)	12/12 L	500	500
		③ Clonazepam - 0,1gr (IV)	8/8 L	18 24	06
		④ Dipirona - 0,1amp + AD (IV)	6/6 L	18 24	06
		⑤ Ketoprofeno - 100mg + 100ml S.F. 0,9% (IV)	12/12 L	18	06
		⑥ Oxazepam 40mg - 0,4ml (500)	1x dia	15	
		⑦ Curativo diário	OK		
		⑧ Fisioterapia motora ativa			
		⑨ O2 6L + 50VV	12	18 24	06
22/08/14		Paciente Baixo			
		Feito curativo.			
		Delta Hospital			

José A. Machado Filho
Ortopedia / Traumatologia
Assinatura e Carimbo do Médico

Dr. Marden Pires Cavalcanti
Médico Ortopedista
CRM-SE 4724

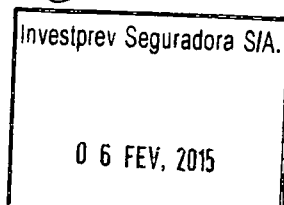
Investprev Seguradora S/A.

06 FEV, 2015

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

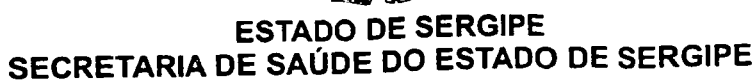
Termo de Abertura

Contém este livro E-02 (dois
200 (duzentas) folhas, numeradas
e rubricadas com a rubrica "Off
de que faço uso. Servirá para nele
serem inscritas as sentenças de
interdição, emancipação e ausên-
cia efetivadas nesta Comarca
de Poço Verde - Sergipe.



Poço Verde / Se., 10 de novembro 2002

Maria de Lourdes de França Oliveira
Oficial do Registro Civil.



№ 288937

Nome do Paciente Danielson Paizao Batista Silva
Nº Prontuário/ FAE _____ Sexo M Idade 22 anos Peso _____
Nº Atendimento 230977 Unidade Produtiva INT - CIR. Leito 13-03
Diagnóstico Fratura de fêmur (E)

Dre Hellycarlos Albuquerque Santos
Ortopedia Traumatologia
CRM-AL 5225
CNS-270.159.735 620.018

Investprev Seguradora S/A.

06 FEB 2015

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



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

UNIDADE:

Fundação
Hospitalar
de Saúde

PRESCRIÇÃO MÉDICA E OBSERVAÇÃO

Nome:

Deilson Pereira Sobral Silva

Idade:

22 anos

Sexo:

M

R.G.:

U.P.:

Leito:

B-03

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES
17/08	<p>1) Dicho Lume 2) SIV - 1000mg @ 12h 3) Clonazepam, 40mg @ 12h 4) Ceftriaxona 1g @ 8h 5) Dexametasona 16mg @ 8h 6) Clonazepam 100mg @ 12h 7) Paracetamol 500mg @ 8h 8) Celso - 500mg</p>	<p>7h00 / 5h00 12h / 10h 12h / 08h 12h / 08h 12h / 08h 12h / 08h 12h / 08h 12h / 08h</p>	

Heliomar Albuquerque Santos
Ortopedia Traumatologia
CRM-AL 5225
CNS: 218.149.735-840.818

Heliomar Albuquerque Santos
Ortopedia Traumatologia
CRM-AL 5225
CNS: 218.149.735-840.818

06 FEV 2015

Assessor Seguradora SIA



ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nº 240417

Nome do Paciente Deivison Paiva de Fátima
Nº Prontuário/ FAE 230977 Sexo M Idade 22 Peso 52
Nº Atendimento 1 Unidade Produtiva 1 Data 03
Diagnóstico fratura fêmur (E) atrofada

Data	Hora	Medicamento (princípio ativo + concentração) - Dieta	F.F. ¹	Posologia	Horário de Administração
20/08/14		(1) meto leve		1x 1	
		(2) 500,9% 1500ml (E) 12h	500	5x5	525
		(3) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(4) clonazepam 1g (E) 1x1dia	10	1x5	
		(5) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(6) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(7) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(8) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(9) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(10) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(11) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(12) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(13) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(14) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(15) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(16) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(17) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(18) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(19) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(20) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(21) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(22) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(23) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(24) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(25) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(26) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(27) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(28) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(29) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(30) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(31) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(32) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(33) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(34) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(35) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(36) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(37) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(38) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(39) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(40) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(41) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(42) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(43) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(44) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(45) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(46) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(47) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(48) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(49) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(50) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(51) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(52) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(53) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(54) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(55) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(56) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(57) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(58) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(59) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(60) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(61) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(62) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(63) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(64) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(65) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(66) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(67) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(68) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(69) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(70) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(71) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(72) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(73) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(74) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(75) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(76) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(77) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(78) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(79) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(80) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(81) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(82) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(83) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(84) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(85) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(86) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(87) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(88) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(89) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(90) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(91) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(92) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(93) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(94) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(95) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(96) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(97) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(98) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(99) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06
		(100) clonazepam 1g (E) 6/6h	10	1x8	24 06

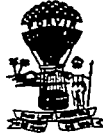
Dr. Juliana Dias Esteves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 4645

Assinatura e carimbo do Médico

Investprev Seguradora S.A.

06 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

Nº 288946

Nome do Paciente Demilson Paixão Ribeiro Santana
Nº Prontuário/ FAE 230977 Sexo M Idade 22 anos Peso
Nº Atendimento Unidade Produtiva INT - CIR. Leito B-03
Diagnóstico Fatiga de perna

Data	Hora	Medicamento (princípio ativo + concentração) - Dieta	F.F. ¹	Posologia	Horário de Administração
19/07/14		1) Dieta Livre			
		2) SPO, 01, 1500 mg CV/24h	18	590	590
		3) Paracetamol 1g CV 6/6h	18	24	07
		4) Elexone 40 mg SC 1x/dia	18	18	
		5) Omeprazol 10mg CV 6/6h	18	24	07
		6) Colchicina 1mg CV 12/12h	18	06	
		7) Imunoglobulina 6/6h	18	24	07
		8) Concentrado de hemácias 02 bolsas (#)		01/10h 10 - BOLSA.	02 - BOLSA.

Daniel Dias Esteves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 4788

Dra. Juliana Dias Esteves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 4645

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 outros).



ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nº 288902

Nome do Paciente Denilson Peixoto Rabelo de Santana
Nº Prontuário/ FAE _____ Sexo M Idade 22 anos Peso _____
Nº Atendimento 230.977 Unidade Produtiva INT. CIR. Leito B-03
Diagnóstico Fratura de Fêmur

Data	Hora	Medicamento (princípio ativo + concentração) - Dieta	F.F. ¹	Posologia	Horário de Administração
14/08/2014		④ Dieta Líquida			
		② S.F.P. 98 - 500ml (IV)	12/12 L	500	500
		③ Difenidramina - 0.1 amp. + AD (IV)	20	q2	q8
		⑤ Difenidramina - 0.1 amp. + AD (IV)	20	q2	q8
		⑥ S.F.P. 98 - 100mg + 100ml (IV)	12/12 L	100	100
		⑦ Mantém trocas	ciente		
		⑧ cecg + ssvv	ciente		
		⑨ Cleare 40mg 100ml (se)	1x dia	20	

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 outros).

Nome: Deivison Pizoto Idolo Sampaio

Matrícula:

Idade:

Enf./Leito:

Data:

22 anos

B-03

14/08/2014

PRESCRIÇÃO MÉDICA E DIETA

18-08-2014

1º Turno

2º Turno

3º Turno

07:00 às 13:00h

Assinatura

13:00 às 19:00h

Assinatura

19:00 às 07:00h

Assinatura

① Ator brinde

② SLI - 1500 mg @ 12h

500mg - 1000mg

③ Cefazolin 1g + A @ 8h

④ Dipirone 1g + A @ 6h

⑤ Cefepime 100mg @ 12h

500mg - 100mg

⑥ Cetap 40mg 1x 1da

⑦ Nacl - A @ 7h 1SA

⑧ Cure p 8h

Dr. Carlos Albuquerque Santos
ORÇ. 2014/11/16973610018
CRMAL 5225

Instituto Seguradora S/A.

06.FEV.2015

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIA

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

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : DENISON PAIXAO RABELO DE SANTANA

IDADE.....: 22 ANOS NASC: 17/04/1992

ENDERECO.....: CONJ. EMILIO SANTOS

COMPLEMENTO.....: BAIRRO:

MUNICIPIO.....: POÇO VERDE

NOME PAI/MAE...: JOSE CORREIA DE SANTANA

RESPONSAVEL...: O PROPRIO

PROCEDENCIA...: ARACAJU

ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)

CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO

ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

DOC....: RG24290840

SEXO...: MASCULINO

NUMERO: 51

UF: SE

CEP.....

/MARIA DO CARMO RABELO DE SANTANA

TEL....: 9873-6412

TRAUMA: NAO

PA: [X] mmHg] PULSO: []] TEMP.: []] PESO: []]

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: *tuberculose pulmonar* CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

Denison Paixão Rabelo de Santana
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



Sistema Único de Saúde
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

2 - CNES

3 5 5 9 6 2 9

4 - CNES

3 5 5 9 6 2 9

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

DENISON PAIXÃO RABELO DE SANTANA

6 - N° DO PRONTUÁRIO

23099

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

17/04/1992

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARIA DO CARMO RABELO DE SANTANA

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD 319 912173164116

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

CONJUNTO EMILIA SANTOS, 51

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PO. JECÓE

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

SE

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINTOMAS CLÍNICOS

DE HELICÓPTEROS

18 - CONDIÇÃO

ACÇÃO

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° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

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 VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° 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 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

06 FEV. 2015



Sistema Único de Saúde
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

2 - CNES

3 5 5 9 6 2 9

4 - CNES

3 5 5 9 6 2 9

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

DENISON PAIXÃO RIBEIRO DE SANTANA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

230972

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 CARMO ROBELO DE SANTANA

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD 9 9 3 7 3 6 2 1 2

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

CONJUNTO EMILIA SANTO, 51

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

POCO VERDE

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

SE

16 - CEP

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 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. Órgão Emissor

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Investprev Seguradora S/A

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

06 FEV. 2015



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE – HUSE

PRONTO SOCORRO ADULTO

DRM 1320A ANALOG BASED

Idade 21 5/8

Unidade de Produção:

Leito:

Nº do Prontuário:

DATA	HORA	HISTÓRICO
02/01/16		FRAÇÃO DE UNIFORME DO PERITO BORGES LAFRANCO DA JORNALISTA WENDY DO S/ROTA DO SAO PAULO METROPOLITANA TOMAR NO CASO A GENTE DE OBTENHA X SUFICIENTE PARA PROVA DO FATO NÃO NUNCA É POSSÍVEL:
		DES: INSTAÇÃO PROSECUTORA COM TACADO NO LUGAR JAM FIM 10/2/86 MIND DA DDU
		Orlando Ferreira Alves Ortopedia e Traumatologia CRM-SE-1799 SBOT-6427
		Orlando Ferreira Alves Ortopedia e Traumatologia CRM-SE-1799 SBOT-6427
		Investprev Seguradora S/A. 06 FEV. 2016

Orlando Ferreira Alves
Ortopedia e Traumatologia
CRM - SE: 1700 SBOIT: 6427

Orlando Ferreira Alves
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM - SE - 1799 S80T-642

Investprev Seguradora S/A.

~~06 FEB. 2015~~



PACIENTE Revison Paies Nabele de Souza

SETOR: INT. CIR. ENFERMARIA/LEITO: B-03

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

DATA/HORA: 14.08.14 EVOLUÇÃO: Paciente segue no leito consciente, vital
d. e respirando a solicitação verbal. Apresenta
trauma: fraturas, supuração, edema, e com
fratura de fêmur (E) e quadril, pro-
cedimentos cirúrgicos. Segue em observação.

15/08/14 92:50 Paciente no leito, consciente, orientado, eupneico,
afebril, normocorado, cooperativo, respiração es-
piratória, interação com o ambiente,
aguardando para realizar cirurgia de fratura
do fêmur E. Maria de Lourdes C. J. J. J.
Enfermeira

17/08/14 Paciente no 2º andar de observação de cirurgia
de fratura de fêmur (E), estável, e/ou queixas,
transfere o leito e/ou extensões,
no momento de observação. Segue em observação
da enfermeira.

Margarita M. e Silva
Enfermeira
COREN/SE 207738

18/08/14 15:45 Paciente no leito
lucido e orientado
do
feridas
PA - 120 x 60
T. ax - 36,8°C

Início de 12 bolus
de C.H.
Nº - 0128140725030

Wanessa Kelly da S. Souza
Enfermeira
COREN/SE 268.078

17:45 Finalização infu-
sões.
T. 37,8°C PA - 140 x 80

HEMOSE HEMOTERAPIA DE SERGIPE
Centro Adm. Augusto Franco, Capucho

0128140725030

CONCENTRADO DE HEMACIAS

22
Volume: 368 ml
Armazenar entre 2 e 6°C
Sol. Anticoag.: ExJASAG

Investprev Seguradora S

06 FEV. 2015

0+
(POS)

NAO ADICIONAR
MEDICAMENTOS

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.

25/07/2014
hora: 10:33:12
HEMOTIDA-4.0

DATA/HORA	EVOLUÇÃO	
18.08.14 20:00	<div> <div> HEMOSE HEMOTERAPIA DE SERGIPE Centro Adm. Augusto Franco, Capucho </div> <div> VALIDADE: 22/09/2014 </div> </div> <div> </div> <div> CONCENTRADO DE HEMACIAS Volume: 316 ml Armazenar entre 2 e 6 C Sol. Anticoag.: [x]SAG-M </div> <div> </div> <div> NAO ADICIONAR MEDICAMENTOS </div> <div> Exame: NAO reagentes para: Anti HBc HBsAg, HCV, Anti HIV1 e 2, VDRL, HTLV, CHAGAS. Pesq. de Anticorpo Irregular - Neg. Hemoglobina S - Negativo. </div> <div> Data: 12/08/2014 Hora: 15:21:44 </div> <div> COLETA HEMOTIDA-4-B </div>	

Instalado 2º bul-
 ra de concentração
 de hemácias de
 N° 01281408120
 97, paciente
 claudicante, hiper-
 teso, colúmbio -
 lúcido, edema em
 M.S.E., F.O. em
 bom aspecto,
 em B.E., segue
 aos cuidados
 da equipe de
 enfermagem.
 PA=140x70mmHg;
 Tax=36,7%.

José Lucindo S. da Lima
 Enfermeiro
 COREN-AL/SE-15773209

Em tempo, foi instalado o 2º bul-
 ra no feto de esp. Wangua ter interven-
 ção para o paciente, se alimentando, mas
 não restando muita fome.

José Lucindo S. da Lima
 Enfermeiro
 COREN-AL/SE-15773209

19/08/14

Oito pedras

3º OPO osteossintese de fêmur.
 Paciente realizou hemotransfusão ontem. Em quitação
 do débito hemorrágico de ventrículo

Daniel José Esteves
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-SE 4708

Investprev Seguradora S/A:
06 FEV. 2015

18/08/14
 15:18h

Paciente no leito no 3º OPO de osteossintese de
 fêmur exposto sem intercorrências, com
 AUP em M.S.E. para venoclise com SF 0,9%, boa
 perfusão capilar, no momento em B.E., aler-
 gado, colúmbio, orientado, lucido, hiper-
 teso, afimil ao toque, F.O. em bom as-
 pecto, com a manobra de Babinski, segue aos
 cuidados da equipe de enfermagem.

José Lucindo S. da Lima
 Enfermeiro
 COREN-AL/SE-15773209

19/08/14
 02:30

Paciente um urso no leito, orientado
 e desperto, um litro de AUP em M.S.E. um litro
 de SF 0,9%, aguardando orientações de enfermagem.

PACIENTE Denilson Farias Rabelo de Santana

SETOR: Int. 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 ETIQUETA LIBERAÇÃO HEMOCOMPONENTE	NOME COMPLETO DO RECEPTOR <u>Denilson Farias Rabelo de Santana</u>	
	INSTITUIÇÃO SOLICITANTE <u>H.R. Propria</u>	LOCALIZAÇÃO / LEITO
ABO RHO / RECEPTOR <u>O+</u>	Nº DE REGISTRO <u>219</u>	NÚMERO DA BOLSA <u>0128140729084</u>
ABO RHO / BOLSA <u>O+</u>	PAI <u>Urg</u>	PROVA CRUZADA <u>Compat</u>
DATA DO ENVIO DO HEMOCOMPONENTE PARA TRANSFUSÃO		RESPONSÁVEL PELA COMPATIBILIDADE <u>Urg</u>
RESPONSÁVEL PELA LIBERAÇÃO DO HEMOCOMPONENTE		INÍCIO TRANSFUSÃO h
		TÉRMINO TRANSFUSÃO h

Intubado 1º - 2º -
na de concentração
de hemácias N.º
0128140729084,
paciente assintomático,
febril, expulso
com melhora
clínica, Tax-3t,
segue aos cui-
dados da enfer-
maia.

José Luciano G. de Lima
Enfermeiro
COREN-AL/SE - 8175205

20/08/14

02:30h

HEMOSE HEMOTERAPIA DE SERGIPE Centro Adm. Augusto Franco, Capucho	
 0128140815135	VALIDADE: 25/09/2014
CONCENTRADO DE HEMACIAS  22 Volume: 478 ml Armazenar entre 2 e 6 C Sol. Anticoag.: 1x3SAG-M	
<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="font-size: 48px; margin-right: 10px;">O+</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">(ROS)</div> </div>	
NAO ADICIONAR MEDICAMENTOS	
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.	Data: 15/08/2014 Hora: 16:46:44 COLETA HEMODIA-4-B

Paciente no le-
ito com edema
devido, respirat-
do em ar ambien-
te, em uso de Fi-
no MSE. Função renal
curativa em MSE
com pouco interfe-
to exame: normo-
do, expulso, ligei-
corado (2+/4+), ede-
ma em MSE,
afebril, normot-
ico; abdome flác-
do. Verificado SIV
mantendo-se estável.

PA: 130/70 mmHg; Temp. 37,0°C. Iniciada a
função do 2º bolsa de concentrado de hemácias
tipo "O" Rh Positivo nr 0128140815135 com 478ml
por AVF no MSE. Segue em observação.

Investprev Seguradora S/A

Cleide Aparecida C. L. do
Enfermeiro
COREN-AL/SE - 8175205

06 FEV. 2015

DATA/HORA
20/08/14

EVOLUÇÃO

40 DPO fratura diafísia fêmur (E)
Paciente fez 2 bolhas concentradas de
hemidias entre. Apresentando edema
HLL+MSE

Cap 17 Solicito H. completo de controle
multifuncional
21 Solicito fratura para mobilizar

Dra. Juliana Dias Esteves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 1045

20-08-2014
09:15

Paciente, 22 anos de idade, em pós-operatório de cirur-
gia do fêmur (E), com membro operado edemaciado, ruboriza-
do, por uso em noite anterior de 2 bolhas de concentrado de
hemidias, processo ocorreu sem intercorrências, no momento,
em fisioterapia, prescrita pelo médico pro. Juliana, AVP em
MSE, período, sem queixas algias, febris, supúrico, nor-
malendo, segue cuidados da equipe multiprofissional.

ENFERMEIRA
FORUM-SE-254-001

20. 08. 14

FISIOTERAPIA

POSS SUBMISSÃO A CIRURGIA P/ FIXAÇÃO CI PLACA E PARAFUSO
DE FRATURA DE FÊMUR A "E", APRESENTANDO DOR A
MOBILIZAÇÃO E EDEMA DIFUSO, PARAFUSO E FALTA LATEAL DA
PARTE E ANTE PÉ. REALIZO ORIENTAÇÃO GEMIS, EXX ADIC
CI AUXÍLIO DE AÇÃO P/ PÉ "E"

1174,7F.

21/08/2014

Paciente segue acordado, orientado colaborativo e respirando
em ar ambiente no leito. Apresentando essência, déficit de
força muscular e sensibilidade preservada. Realizo mobilização
patelar E, exercício para ganho de ADM de modo ativo-as-
sistido p/ ant. de quadril e joelho E, exercício isométrico
em M/E; exercício tibio-tálico E. Oriento mobilização atp
em MID.

Adelina Regina Oliveira da Rosa
Fisioterapeuta
CREFTO 142070-F

Investprev Seguradora SIA.
06 FEV 2015

21/08/14
16:00hs

Paciente supino cooperativo, em ar ambiente em pós-operatório
de fratura de fêmur à esquerda. Apresenta sinais flogísticos em
MIE (edema, calor). Quanto a fisioterapia e elevação de
MIE. Realizo mobilização patelar e tornozelo Eq, exercícios
passivos de flexo extensor (tornozelo, joelho e quadril) em ADM
livre sem dor. Posiciono em decúbito lateral por 40'. De topo para
decúbito dorsal com pé em posição neutra (M/E). Segue com cui-
dados da Equipe.

Tatiana Santos Camello
Fisioterapeuta
CREFTO 89579-F



EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

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

[illegible]

Investprev Seguradora S/A.
06.FEV.2015

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	GLICEMIA
21/08/2014	07:00	Recebi paciente no leito consciente, orientado verbalizando, com uso de oxigênio. Tomou 1h de aspiração.					
21/08/2014	09:00	Realizado curativo e retirada de pontos da coxa.					
21/08/2014	12:00	Administrado medicamento de horário sem intercorrência, segue em cuidados de enfermeira de enfermagem.				120x80	
21/08/2014	13:00	Recebi paciente no leito calmo, consciente, verbalizando orientado para quem.					
21/08/2014	15:18	Removido oxigênio - aux. física.					
21/08/2014	18:00	Paciente medicado conforme prescrição médica - aux. física.					
21/08/2014	19:00	Recebi pac. no leito calmo, consciente fazendo uso de sontrapija, sleepers no momento.					
21/08/2014	22:00	Administrada medicação - Gabriela.					
21/08/2014	24:00	Apida SSUV e adm. medica - 36°C.				120x80	
21/08/2014	06:00	Administrada medicação - Gabriela.				120x80	
21/08/2014	09:00	Realizado exame, realizado curativo pós-cirurgia com alta médica - Gabriela.					
21/08/2014	12:00	Paciente de alta aguardando transporte - Gabriela.					

Investprev Seguradora S/A.
06 FEV. 2015



HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIÁ
SÃO VICENTE DE PAULA

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ACIENTE

Denison Falcão Rabelo

ATOR:

ENFERMARIA/LEITO:

DATA DE ADMISSÃO

/ /

HORA DA ADMISSÃO:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	GLICEMIA
	15:00	Administrada medicação. — Gabriela					
	18:00	Paciente medicado conforme prescrição. — Gabriela					
14	19:10	Recebe paciente no leito, ajudado, min. Tado, acatou dieta prescrita, em uso de fisioterapia, e recebeu um MSE, no momento queixas de náuseas + cefaleia moderada, segue aos cuidados da equipe —					
	20:00	Administrada medicação conforme prescrição —					
14	21:00	Administrado medicação prescrita, agido seg. segue aos cuidados da equipe —					
	22:00	Administrado medicação conforme prescrição. Renova soroterapia —					
14	23:00	Administrado medicação prescrita, agido seg. segue aos cuidados da equipe —					
18	7:00	Recebe pac. no leito consciente, orientado verbalizando, em uso de fisioterapia, segue aos cuidados da equipe — Simone					
14	12:00	Realizado Curativo e de medicação de honra — Simone					

Giverson V. dos Santos
Téc. de Enfermagem
COREN-SE 357210

Giverson V. dos Santos
Téc. de Enfermagem
COREN-SE 357210

140x70

Giverson V. dos Santos
Téc. de Enfermagem
COREN-SE 357210

Opivelle Buck
Gabriella

120x70

Giverson V. dos Santos
Téc. de Enfermagem
COREN-SE 357210

Investprev Seguradora SIA.
05 FEB 2015

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	GLICEM
18.08.14	13:00	Recebi paciente no leito 10, consciente, verbalizando, 36.8°C.				120x60	MMH
		sem queixas com AVP e NSD, após procedimento: punção de fígado - aux: Aug					
	14:00	Paciente medicado conforme prescrição médica - aux: Aug					
	15:00	Administrado medicação 36.8°C.				120x80	MMH
		" " - aux: Aug					
	17:30	Renovado medicação - aux: Aug 37.3°C.				140x90	MMH
	18:00	Administrado medicação -					
		" " - aux: Aug					
	19:50	Aperido SSUV, e mesmo 36.7°C				140x70	
		segue no leito.					
	21:30	Termino da 2ª bolsa de con centrado de hemácias.					
19/08 2014	24:00	Aperido SSUV e adm. medica- 36°C				130x80	
		ção prescrita de horário.					
	01:07	Renovado medicação confor me esquema prescrito.					
	02:00	Adm. medicação de horário.					
	06:00	Administrada me- 140x80					
		dicção. Gabriela					
19/08 2014	7:00	Recebi pac. no leito 10, consciente, orientado, realizando em leito de fisioterapia segue aos cuidados da equipe Simone					
	12:00	Aperido SSUV, realizado curativo administrado medicação de horário segue aos cuidados da equipe Simone				130x80	
	18:00	administrado medicação prescrita segue aos cuidados da equipe segue aos cuidados da equipe AET - Mariana 140x80				120x80	

Investprev Seguradora S/A.
06 FEV. 2015

PACIENTE Demisson Paixão Rabelo de Santana

SETOR: _____ ENFERMARIA/LEITO: _____

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

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	GLICEMIA
14/08/14	15:52	Recebe paciente do Nuse Filho, consciente, verbalizando sem queixas com AVP em MSD, para realizar procedimento cirurgico ortopédico de fêmur aguarda avaliação ortopédica	35.6°C			120x80	MUHC
	18:00	Paciente medicado conforme prescrição médica — aux: Dina					
14/08	20:00	Pcte no leito, calmo, consciente, faz uso de sonotermia por AVP em MSD, não relata queixas, segue imobilizado aguardando procedimento cirurgico					
	02:00	Medicado conforme prescrição — aux: Dina					
	06:00	Em leito aberto SSUV. — 36.9°C	36.9°C			120x80	
	06:00	Administrado medicação por enfermeira, seguras cuidadas — aux: Dina					
14/08 2014	7:00	Recebe pcte no leito consciente, orientada em uso de sonotermia segue aos cuidados da equipe aguardando procedimento cirurgico — Simone					
	15:00	Administrado medicação de honorario — Simone					
	18:00	Medeo SSUV segue aos cuidados da equipe — Simone	36°C			100x80	

Rosângela dos Santos Neves
Atendente de Enfermagem
COREN/SP 628431-2

Investprev Seguradora S/A.
06 FEV. 2015

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	GLICEMIA
15/08 2014	20:30	Adm. medicações de horário pac. no leito acordado agar dando cirurgia. — <i>Luciana L. Santos</i> Aut. 5000 em Cópia 37022-00					
	24:00	Leito medicação e verificado SSUV — <i>Gabriela</i>				11x80	
16/08 2014	06:00	Aperdo SSUV e adm. medi cação de horário e mesmo segue no leito aguardando ci rurgia. — <i>Luciana L. Santos</i> Aut. 5000 em Cópia 37022-00				130x80	
	05:00	Paciente admitido no c.c. p/ tratamento cirurgico. futura de ferida. — <i>Luciana L. Santos</i> Aut. 5000 em Cópia 37022-00					
	15:00	Início da anestesia					
	15:40	da cirurgia					
	17:30	Termino da ci rurgia — <i>Roberto</i>					
	17:50	Paciente foi admitido na BR PA — <i>Roberto</i>					
	18:05	Paciente foi encaminhado para internamento cirurgico — <i>Felipe Romão</i>					
	18:48	Pac. queixando-se de dor no m.E, feito medicação de horário conforme prescrição. — <i>Luciana L. Santos</i> Aut. 5000 em Cópia 37022-00					
16-08	24:00	Administrado medica ção de horário prescrita — <i>Juliana</i>					
16/08	02:00h	Administrado medicação de ho rário. Paciente calmo, repou sando no leito. — <i>Luciana L. Santos</i> Aut. 5000 em Cópia 37022-00					
17-08	06:00	Administrado medica ção de horário prescrita — <i>Juliana</i>					
	08:00	Recebi paciente no leito no momento sem queixas. — <i>Gabriela</i>					
	10:00	Administrada me dicação. — <i>Gabriela</i>					

Investprev Seguradora SIA.

06 FEV 2015

RELATÓRIO

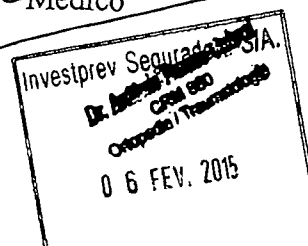
DATA: 11/11/2014

NOME: Armando Roberto B. L.

O (A) paciente supracitado(a) foi internado(a) nesta unidade, HUSE, dia 14/08/14
tendo sido submetido(a) à tratamento cirúrgico de luxação do
quadril E + redução de acetábulo + redução
O.D. femur + redução de cotovelo E
CID S71, devendo ficar afastado(a) de suas atividades por tempo
determinado.

Data da alta 11/11/2014

Médico



RELATÓRIO

DATA: 03/01 2014

NOME: LEONARDO POISSON

O (A) paciente supracitado(a) foi internado(a) nesta unidade, HUSE, dia 14/01/14

tendo sido submetido(a) à tratamento cirúrgico de fratura de fêmur direito

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

determinado.

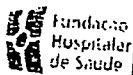
Data da alta 17 2014

Antonio Franco Cabral
Ortopedia / Traumatologia
CRM 2503

Médico

Investprev Seguradora S/A.

06 FEV. 2015



HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIA
SÃO VICENTE DE PAULA

SOLICITAÇÃO
DE EXAMES

Nome:

Demilson Pereira Nabele

(aut/leito)

Data de Nasc.: 17/08/92

Setor/Leito: INT. CIR.

Data: 20/08/14

Sexo: M ☒ F ☐

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Albumina | <input type="checkbox"/> Hemograma |
| <input type="checkbox"/> Amilase | <input checked="" type="checkbox"/> Hemossedimentação |
| <input type="checkbox"/> Anti-HIV | <input type="checkbox"/> LDH (desidrogenase láctea) |
| <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. Juliana Dias Fernandes
Especialista em Traumatologia

Investprev Seguradora S/A.

06 FEV. 2015

HOSP. REG. DE PROPRIA

Endereço: RUA ELMIRO COSTA S.N.

/ Telefone: 3322-1902

FOLHA: 1

Paciente: DENISSON PAIXAO RABELO DE SANTANA

Data: 20/08/2014 - 12:13

Médico: DR(a) JULIANA DIAS ESTEVES

Ala: CIRURGICO BE.: 23097

No.: 37355 Idade: 22 Ano(s)

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/mm ³)
Hemoglobina.....	10,3	(13,6 a 17,8 g/dL)
Hematocrito.....	27,7	(31,0 a 54,0 %)
Vol. Globular Média..	58	(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)
RDW.....	11,5	(11,0 a 14,5 %)

LEUCOGRAMA

Leucocitos /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 S/A.

06 FEV. 2015

CATIA REGINA BARRETO PRADO
CREM: 2682

HOSP. REG. DE PROPRIA

FOLHA: 1

Endereco: RUA ELMIRO COSTA S.N.

/ Telefone: 3322-1902

Paciente: DENISSON PAIXAO REBELO DE SANTANA

Ala: CIRURGICO BE.: 230997

Data: 17/08/2014 - 13:05

No.: 37210 Idade: 22 Ano(s)

Medico: DR(a) HELLYCARLOS ALBUQUERQUE SANTOS

Conv.: HRF

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.....	19,3	(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.Midia:	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

	N.Relativos	N.Absolutos
Leucocitos /mm ³ ..	8.200	(3.600 a 11.000)
Basofilo.....	0,0	(0-2) 0 (0-200)
Eosinofilo.....	2,0	(1-4) 164 (50-400)
Metamielocitos...	0,0	(0-1) 0 (0-100)
Bastoes.....	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 SIA.

06 FEV. 2015

B. L. 03

HOSP. REG. DE PROPRIA

Endereço: RUA ELMIPO COSTA S.N.

/ Telefone: 3322-1902

FOLHA: 1

Paciente: DENISSON PAIXAO RABELO DE SANTANA

Data.: 19/08/2014 - 10:11

Medico.: DR(a) DANIEL DIAS ESTEVES

Ala: CIRURGICO

BE.: 230977

No.: 37295 Idade: 22 Ano(s)

Conv.: HRP

DEPARTAMENTO DE HEMATOLOGIA

EXAME - HEMOGRAMA COMPLETO

Metodo.: AUTOMATICO

Material.: SANGUE

Resultado.: ERITROGRAMA

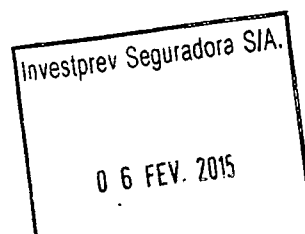
	V.Encontrado	V.Normal
Eritrocitos.....	2,4	(4,3 a 6,0 milh/mm ³)
Hemoglobina.....	8,1	(13,6 a 17,8 g/dL)
Hematocrito.....	22,7	(41,0 a 54,0 %)
Vol. Globular Medio.: 95	(80,0 a 100,0 fl)	
Hemogl.Glob. Media.: 34	(27,0 a 33,0 pg)	
Conc.de Hem.Gl.Midia:	36 (32,0 a 36,0 g/dL)	
RDW.....	11,8 (11,0 a 14,5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

LEUCOGRAMA

Leucocitos /mm³.: 7.900 (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)
Bastoes.....	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)



CATIA REGINA BARRETO PRADO
CRM: 2682

HUSE - Hospital de Urgência de Sergipe Maq 2

Nome: DENISON PAIXAO
Sexo: Masculino
Departam.: VERDE TRAUMA I
Modo: OV-ST-CD
Diagnóstico:

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

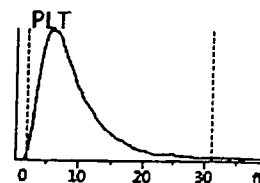
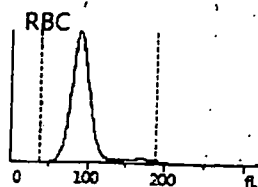
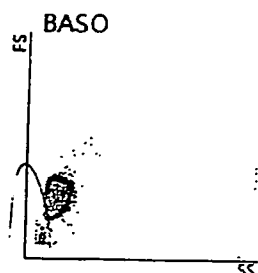
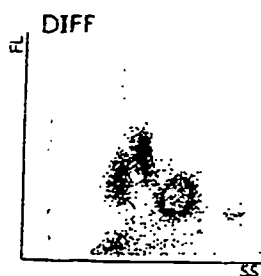
ID da amostra: 82
ID do paciente:
Data de análise: 12/08/2014 10:33

Parâm.		Resultado	Unidade	Intervalos de referência
1 WBC	H	10.35	$10^3/uL$	4,00 - 10,00
2 Neu#	H	8.72	$10^3/uL$	2,00 - 7,00
3 Linf#		0.86	$10^3/uL$	0,80 - 4,00
4 Mon#		0.74	$10^3/uL$	0,12 - 1,20
5 Eos#		0.03	$10^3/uL$	0,02 - 0,50
6 Bas#		0.00	$10^3/uL$	0,00 - 0,10
7 Neu%	H	84.2	%	50,0 - 70,0
8 Linf%	L	8.3	%	20,0 - 40,0
9 Mon%		7.2	%	3,0 - 12,0
10 Eos%	L	0.3	%	0,5 - 5,0
11 Bas%		0.0	%	0,0 - 1,0
12 RBC		3.72	$10^6/uL$	3,50 - 5,50
13 HGB		11.9	g/dL	11,0 - 16,0
14 HCT	L	35.6	%	37,0 - 54,0
15 MCV		95.8	fL	80,0 - 100,0
16 MCH		32.0	pg	27,0 - 34,0
17 MCHC		33.4	g/dL	32,0 - 36,0
18 RDW-CV		12.1	%	11,0 - 16,0
19 RDW-SD		39.8	fL	35,0 - 56,0
20 PLT		171	$10^3/uL$	100 - 300
21 MPV		9.5	fL	6,5 - 12,0
22 PDW		16.4	%	15,0 - 17,0
23 PCT		0.163	%	0,108 - 0,282
24 P-LCC		39	$10^9/L$	30 - 90
25 P-LCR		23.0	%	11,0 - 45,0

Mensagem de WBC

Mensagem de RBC

Mensagem de PLT



Investprev Seguradora SIA.
06 FEV. 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

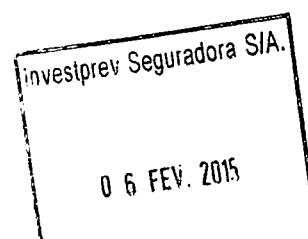
Data/hora da colheita:

Localização:

Médico:

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

Fim do registo da amostra





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
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 suspenso	
17º. Insulina Regular SC, após o dextro 201 - 250: 02UI 251 - 300: 04UI 301 - 350: 06UI 351 - 400: 08UI > ou = 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		

Investprev Seguradora SIA.

06 FEV. 2015

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:

Ensaio	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						

Justa

Investprev Seguradora S/A.
06 FEV. 2015

impresso em: 12.08.2014
12:40:28PM

ARCHITECT

Página: 1 de 1



Fundação
Hospitalar
de Saúde

Recibido: 13 08 14 Dig

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE – HUSE

PRONTO SOCORRO ADULTO

GUIA DE TRANSFERÊNCIA HOPITALAR

HOSPITAL DE DESTINO:

Próprio

VAGA: () COM O₂ () SEM O₂

Setor no HUSE onde o paciente se encontra: Verde Trauma I - cor. de colostomia

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:

Devison

Paix

Arb

Sau

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 Arterial

TRATAMENTO INSTITUTIDO ATÉ O MOMENTO

Medicações utilizadas:

Clear

Exames complementares realizados (resumo dos resultados):

INFORMAÇÕES DE TRANSFERÊNCIA

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: () Falta de vaga () Procedimento especializado

Investidor Seguradora SIA.
Outros

Médico responsável pelo encaminhamento:

Médico que acompanhará:

06 FEV. 2015

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

João Ariza
Ortopedia Clínica
CRM 2801 TE015508

UNIDADE HOSPITALAR

LOCAL E DATA

ASS. DO MÉDICO

Núcleo Interno de Regulação
NIR / HUSE
VAGAS EXTERNAS / HUSE

HOSPITAL
Própria - Ortopedia

DATA:

15/08/14

LEITO:

B5

(

) FEM

10

)

MASC

(

) COM O2

(

) SEM O2

AUTORIZAÇÃO DE OCUPAÇÃO DO LEITO

PACIENTE:

Denisson Pavão Rabelo 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 S/A.

06 FEV. 2015

HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIA
SÃO VICENTE DE PAULO

SOLICITAÇÃO DE RAIOX

PACIENTE

elisson kato srt

DATA 17/08/14

SEXO ☒ M ☐ F

SETOR

ABDOMEN	PA (decubito) AP (ortostase) P
ANTEBRAÇO	AP P
ARCOS COSTAIS	PA OBLIQUA
ANTE-PÉ	AP OBLIQUA
BACIA	AP RÅ OUT LET IN LET
BRAÇO	AP P
CALCANEIO	AXIAL
CLAVÍCULA	AP
COLUNA CERVICAL	AP P OBLIQUA
COLUNA DORSAL	AP P OBLIQUA
COLUNA LOMBAR	AP P OBLIQUA
COLUNA SACRO	AP P AXIA
COLUNA CÔCCIX	AP P
COTOVELO	AP P
CRÂNIO	AP P TOWNE
ESTERNO	AP P
ESCAPULA	AP P
FACE	AP P
FÊMUR	AP P
JOELHO	AP P
MANDIBULA	AP PERFIL AXIAL
MÃO	AP P OBLIQUA
OMBRO	AP PERFIL AXIAL
PATELA	AP P AXIAL
PÉ	AP OBLIQUA 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:

ASSINATURA DO SOLICITANTE/CARIMBO

Investprev Seguradora S/A.

06 FEVER. 2015

Ortopedia Traumatologia
CRM 12225
CNS 218 165 10 018

17/8/14



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE SAÚDE

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

Identificação do Paciente

Nome: Deniseen Paixão Rebelo da S. Matrícula: 230977

Enfermaria: _____ Convênio: SUS

Diagnóstico: 1

Procedimento realizado: TTO-CIR-FRAT-Fêmur

Data da utilização: 16 / 08 / 2014

Identificação do Médico

Nome: Dr.º Hellycarlos.

CRM: 5225

IDENTIFICAÇÃO DOS PRODUTOS

CÓDIGO INSS / SIMPRO	QUANTIDADE UTILIZADA	DESCRIÇÃO DO PRODUTO
	01	Placa longa AIC10.F
	06	Braqu岸ceutical 4.5 n.º 32
	01	1 " n.º 42
	03	11 n.º 40

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

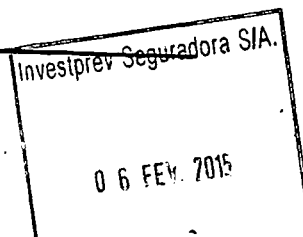
Nome: _____ CNPJ: _____

Carimbo e assinatura _____

CONTROLE DA FARMÁCIA

Data do recebimento: / /

Farmacêutico: _____



FOLHA DE ANESTESIA

APARTAMENTO	ENFERMARIA	LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	CONVENIO
NOME		IDADE		SEXO
COR				
DATA	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMP.
	PESO	ALTURA		
T. SANGUE	HEMACIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA
	URÉIA	OUTROS		
URINA				
AP. RESPIRATÓRIO			ASMA	BRONQUITE
AP. CIRCULATÓRIO			ELETROCARDIOGRAMA	
AP. DIGESTIVO	DENTES	PESSOÇO	AP. URINÁRIO	
ESTADO MENTAL	ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPÓTENSORES
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO			EST. FÍSICO	RISCO
ANESTESIAS ANTERIORES				
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA			APLICAÇÕES	EFEITO

AGENTES ANESTÉSICOS		O ²				
LÍQUIDOS			G	RL	RL	RL
CÓDIGOS		260				
v - P. Arterial	240					
ax - Anestesia	220					
p - Pulso	200					
o - Respiração	180					
q - Operação	160					
	140					
	120					
	100					
	80					
	60					
	40					
	20					
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES			Investprev Seguradora S			

Investprev Seguros SIA

06 FEB 70

INDUÇÃO: Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo Espasmo: _____
Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____

MANUTENÇÃO: *Medicando O.K. / Drug*

ANESTÉSIA SATISF.: Sim: _____ Não: _____ Por que? _____

DESPERTAR: Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ CO₂: _____ Excit.: _____
Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____

COM CANULA para o leito: Sim: _____ Não: _____ CONDIÇÕES: _____

06 FEB 70

Posição:	
Agentes:	
Técnicos:	
Operação:	
Cirurgião:	
Anestesista:	
Obs:	

Dr. Carlos Roberto G. D'Amato
CRM/VA 2563 - CRM/SE 2600
MEDICO ANESTESIOLOGO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
COORDENADORIA GERAL DE PESSOAS
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "DR. CARLOS MENDES"



Denison Paixão Rabelo de Santana

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.429.084-0 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 06/10/2016

NOME
DENISON PAIXAO RABELO DE SANTANA

FILIAÇÃO
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
BART.3 OFICIO.DIST.COM POCO VERDE/SE
062.311.745-22

ASSINATURA

LEI Nº 7.116 DE 09/03/83



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição
062.311.745-22

Nome
DENISON PAIXAO RABELO DE SANTANA

Nascimento
17/04/1992



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

Emissão
JUN 2010

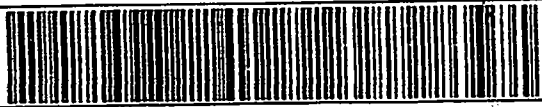
CAIXA


Investprev Seguradora S/A

22 AGO. 2017

CNPJ: 42.366.302/0006-32

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

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO 405 - VENDA MOTO A VISTA NO ESTADO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 328120008877041 24/10/12		
INSCRIÇÃO ESTADUAL 271065346	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CPF/CNPJ 32.882.391/0002		

DESTINATÁRIO / REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL DENISON PAIXAO RABELO DE SANTANA		CNPJ / CPF 062.311.745-22		DATA DA EMISSÃO 24/10/2012
ENDEREÇO CONJUNTO JOAO EMIDIO DOS SANTOS 51 - CASA		BAIRRO / DISTRITO CENTRO	COMPLEMENTO CASA	DATA DA ENTRADA/SAÍDA 24/10/2012
MUNICÍPIO POCO VERDE	FONE / FAX	UF SE	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO	CEP 49490-000

VALOR ORIGINAL 3.900,00	VALOR DESCONTO 0,00	VALOR LÍQUIDO 3.900,00
----------------------------	------------------------	---------------------------

COPIAS	NUMERO	VENC.	VALOR	NUMERO	VENC.	VALOR	NUMERO	VENC.	VALOR
6709-01	24/10/12	3.900,00	11	0,00	11	0,00			

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

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

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO															
COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QTD	V. UNIT	V. DESC	V. TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	V. ICMS ST	V. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
POP100	HONDA: MOTOCICLETA/POP100-4 SOLINA COM 6,17 CV	87112010	060	5405	UN	1,0000	3.900,0000	0,00	3.900,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Chassi: 9C2HB0210CR035724 - CMT: 00158.000 - Pintura: S - Cor: VERMELHA Distância Eixos: 1216 - Combustível: 2 - Tipo de Veículo: 4 - Número de Motor: HB02E1C035724 Tipo de Op.: 1 - Venda concessionária - Ano Fab/Mod: 2012/2012 - Marca/Modelo: 2824 - Cíndades: 0097 RENAVAM: - Serial: 0CR035724 - Espécie: 1															

DADOS ADICIONAIS															
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES															
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 ALIENACAO FIDUCIARIA. ICMS PAGO POR SUBSTITUICAO TRIBUTARIA CF. RICMS. DECRETO 17037 DE 26/12/1996 NFE4826742 / 1 DE 27/01/2012 CODIGO RENAVAM 2824. MOTO COM 0KM. PROCEDENCIA NACIONAL.															
Investprev Seguradora S/A 22 AGO. 2017 CNPJ: 42.366.302/0006-32															

RESERVADO AO FISCO															
--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

[Ir para conteúdo principal](#)

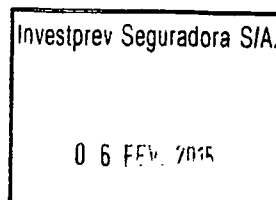
**Seguro
DPVAT**
Seguradora Líder



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](#)

[Pague Seguro](#)

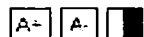
Consulta a pagamentos efetuados

[voltar](#)

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

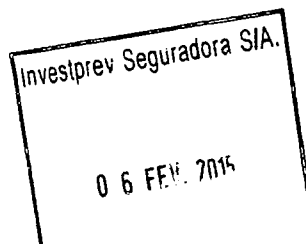
Exercício	Valor Pago	Situação	Emissão 2ª via
— 2012	R\$72,94	Quitado	
		Data Pagamento	Valor Pago
		25/10/2012	R\$72,94

(*) Motocicleta



Peça a indenização

- [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



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

- ☒ (X) 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 Stembach
Gerente de Atendimento

P- 100/117028/2017-001
CCC
Anexo: conf. texto