

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.893,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO BENTO DOS SANTOS SOBRINHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04470

CONTA: 000000007376-7

Nr. da Autenticação D09005BCD17EE232

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190376674 **Cidade:** Nossa Senhora Aparecida **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO BENTO DOS SANTOS SOBRINHO **Data do acidente:** 09/02/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE LÂMINA DE C6 E C7 E DO PROCESSO ESPINHOSO DE C7 (COLUNA CERVICAL).

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO PERICIADO APRESENTANDO MARCHA COM PASSOS CURTOS E AUXÍLIO DO ACOMPANHANTE, MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA (++/+5) EM VIRTUDE DA DOR E PARESTESIA, MUSCULATURA PARA VERTEBRAL PRESERVADA, REDUÇÃO DA CURVATURA FISIOLÓGICA DA COLUNA (RETIFICAÇÃO), DOR E PARESTESIA NA REGIÃO CERVICAL A DIREITA QUE IRRADIA PARA O OMBRO E MEMBRO SUPERIOR DIREITO, BLOQUEIO SEVERO DA COLUNA CERVICAL COM DESVIO DO POLO CEFÁLICO PARA A DIREITA, RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS DA COLUNA CERVICAL E DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO. O PERICIADO REFERE DOR E PARESTESIA NA REGIÃO CERVICAL À DIREITA QUE SE IRRADIA PARA O MEMBRO SUPERIOR DIREITO, EVOLUIU COM REDUÇÃO DA FORÇA, MEMBRO SUPERIOR DIREITO (MONOPARESIA).

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO SEGMENTO CERVICAL DA COLUNA VERTEBRAL

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/07/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			36,25 %	R\$ 4.893,75

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 591-656-775-87 Nome completo da vítima: Antonio Bento dos Santos Solimão

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

Nome completo: Antonio Bento dos Santos Solimão CPF: 591-656-775-87

Profissão: Camada Endereço: Rio de Janeiro Número: 3488 Complemento: Casa

Bairro: Área Rural Cidade: Nossa Senhora Aparecida Estado: SC CEP: 49540-000

E-mail: marcondelgloia@gmail.com Tel.(DDD): 79-99918-9207

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4470 CONTA: 7376 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: 08-04-19 Nossa Senhora da Glória

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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



INVESTPREV

09 ABR 2019



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE RIBEIRÓPOLIS - RIBEIRÓPOLIS - SE

INVESTPREV

09 ABR 2019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 035808/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 03/04/2019 12:16 Data/Hora Fim: 03/04/2019 12:26
Delegado de Polícia: Eurico César Souza Nascimento

DADOS DA OCORRÊNCIA

Ateto: Delegacia Distrital de Nossa Senhora Aparecida
Data/Hora do Fato: 09/02/2019 16:00

Local do Fato

Município: Ribeirópolis (SE)
Logradouro: Povoado Arari
Complemento: Próximo ao Povoado Cruz das Graças

Bairro: Centro

CEP: 49.540-000

Tipo do Local: Em veículo

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO BENTO DOS SANTOS SOBRINHO (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PR - Marialva Sexo: Masculino Nasc: 07/03/1972
Profissão: Operador de Escavadeira
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Maria Neosice dos Santos

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 1154515
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 591.656.775-87

Endereço

Município: Nossa Senhora Aparecida - SE
Logradouro: Povoado Arari -RUA 01

Nº: S/N

CEP: 49.540-000

Telefone: (79) 99945-0746 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
CPF/CNPJ do Proprietário: 723.242.445-00	Placa: MTF2994
Ano/Modelo Fabricação: 2000/2000	Cor: branca
Marca/Modelo: GM CORSA WIND	Veículo Adulterado?: Não
Quantidade: 1 Unidade	Situação: Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Antonio Bento dos Santos Sobrinho	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Relata que estava transitando por uma via do Povoado Arari próximo ao Povoado Cruz das Graças, quando um veículo, que não sabe identificar, veio no sentido contrário em alta velocidade e para evitar a colisão o noticiante fez uma manobra abrupta e acabou ocorrendo o capotamento por três vezes do veículo no qual estava. Que devido ao acidente automobilístico

Delegado de Polícia Civil: Eurico César Souza Nascimento
Impresso por: Matheus Fraga Correa
Data de Impressão: 03/04/2019 12:28
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE RIBEIRÓPOLIS - RIBEIRÓPOLIS - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 035808/2019

fraturou duas vertebbras na cervical, conforme relatório médico, usando até hoje um colete na cervical.

ASSINATURAS

Matheus Fraga Correa
Responsável pelo Acordimento

"Declaro sob as penas da lei de Brasil que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assinadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei
original, conforme previsto nos Artigos 309-Denunciação Caluniosa e 345-Comunicação Falsa de Crime ou de Contaminação do Código Penal Brasileiro."

INVESTPREV

09 ABR 2019



Delegado da Polícia Civil: Eurico César Souza Nascimento
Impresso por: Matheus Fraga Correa
Data de Impressão: 03/04/2019 12:28
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE RIBEIRÓPOLIS - RIBEIRÓPOLIS - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 035808/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 03/04/2019 12:16 Data/Hora Fim: 03/04/2019 12:26
Delegado de Polícia: Eurico César Souza Nascimento

DADOS DA OCORRÊNCIA

Ato: Delegacia Distrital de Nossa Senhora Aparecida
Data/Hora do Fato: 09/02/2019 16:00

Local do Fato

Município: Ribeirópolis (SE)
Logradouro: Povoado Arari
Complemento: Próximo ao Povoado Cruz das Graças

Bairro: Centro

CEP: 49.540-000

Tipo do Local: Em veículo

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO BENTO DOS SANTOS SOBRINHO (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PR - Marialva Sexo: Masculino Nasc: 07/03/1972
Profissão: Operador de Escavadeira
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Maria Neosice dos Santos

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 1154515
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 591.656.775-87

Endereço

Município: Nossa Senhora Aparecida - SE
Logradouro: Povoado Arari -RUa 01

Nº: S/N
CEP: 49.540-000

Telefone: (79) 99945-0746 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
CPF/CNPJ do Proprietário: 723.242.445-00	Placa: MTF2994
Ano/Modelo Fabricação: 2000/2000	Cor: branca
Marca/Modelo: GM CORSA WIND	Veículo Adulterado?: Não
Quantidade: 1 Unidade	Situação: Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Antonio Bento dos Santos Sobrinho	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Relata que estava transitando por uma via do Povoado Arari próximo ao Povoado Cruz das Graças, quando um veículo, que não sabe identificar, veio no sentido contrário em alta velocidade e para evitar a colisão o noticiante fez uma manobra abrupta e acabou ocorrendo o capotamento por três vezes do veículo no qual estava. Que devido ao acidente automobilístico

Delegado de Polícia Civil: Eurico César Souza Nascimento
Impresso por: Matheus Fraga Correa
Data de Impressão: 03/04/2019 12:28
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

INVESTPREV

25 ABR 2019



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE RIBEIRÓPOLIS - RIBEIRÓPOLIS - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 035808/2019

fraturou duas vertebbras na cervical, conforme relatório médico, usando até hoje um colete na cervical.

ASSINATURAS

Matheus Fraga Correa
Responsável pelo Acordimento

"Declaro certo ou errado, sob o efeito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei
origem, conforme previsto nos Artigos 319-Denunciação Caluniosa e 345-Comunicação Falsa de Crime ou de Contaminação do Código Penal Brasileiro."

INVESTPREV

25 ABR 2019



Delegado da Polícia Civil: Eurico César Souza Nascimento
Impresso por: Matheus Fraga Correa
Data de Impressão: 03/04/2019 12:28
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Atto / NEURO

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1856860
CNS:

DATA: 10/02/2019 HORA: 00:43 USUARIO: WSANTOS
SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ANTONIO BENTO DOS SANTOS SOBRINHO
IDADE.....: 46 ANOS NASC: 07/03/1972
ENDERECO.....: POVOADO ARARI
COMPLEMENTO....: 700103911119716 BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA APARECIDA UF: SE CEP....: 49540-000
NOME PAI/MAE...: OZEIA BENTO DOS SANTOS /MARISA NEOSICE DOS SANTOS
RESPONSAVEL....: MARIA IRAILDE-ESPOSA TEL....: 79-99635.1
PROCEDENCIA....: HOSPITAL N. SRA. DA GLORIA
ATENDIMENTO....: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO
CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

DOC....: 1154615
SEXO...: MASCULINO
NUMERO:

INVESTPREV

09 ABR 2019

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: *Paciente em acompanhamento de Neurologia -
avaliacao de Neurologia -
Vítima de captação no apr. 46
com suspeita de lesão de víscera cerebral.*
DATA PRIMEIROS SINTOMAS: *1/1/19*
ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1- Aval. Neurologia
2- Alto cerebral

Dr. Argus Fernandes
Clínica Vascular
4/23-SE

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

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

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CANCELAMENTO DO MEDICO

HUSE

REGISTRO: *Cronic/curativa*

DATA: *10/2/19*

HORARIO: *44138*

Unidade

Atto / NEURO

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1856860 DATA: 10/02/2019 HORA: 00:43 USUARIO: WSANTOS
CNS: SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ANTONIO BENTO DOS SANTOS SOBRINHO DOC...: 1154615
IDADE.....: 46 ANOS NASC: 07/03/1972 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: POVOADO ARARI NUMERO:
COMPLEMENTO...: 700103911119716 BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA APARECIDA UF: SE CEP...: 49540-000
NOME PAI/MAE...: OZEIA BENTO DOS SANTOS /MARISA NEOSICE DOS SANTOS
RESPONSAVEL...: MARIA IRAILDE-ESPOSA TEL...: 79-99635.1
PROCEDENCIA...: HOSPITAL N. SRA. DA GLORIA 692
ATENDIMENTO...: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO
CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE...: 25 ABR 2019 TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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: *Paciente em acompanhamento de Neurologia -
avaliacao de Neurologia -
Vítima de capotamento no apr. 46
com suspeita de fratura de vértebra cervical.*
DATA PRIMEIROS SINTOMAS: *1/1/19*
ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1- Aval. Neurologia
2- Alto cirúrgico

Dr. Argus Fernandes
Neurologia Vascular
4/23-SE

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

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

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CANCELAMENTO DO MEDICO

HUSE

REGISTRO: *Cronic/curativa*

DATA: *10/2/19*

HORARIO: *44138*

Unidade

Atto / NEURO 2

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1856860 DATA: 10/02/2019 HORA: 00:43 USUARIO: WSANTOS
CNS: SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ANTONIO BENTO DOS SANTOS SOBRINHO DOC...: 1154615
IDADE.....: 46 ANOS NASC: 07/03/1972 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: POVOADO ARARI NUMERO:
COMPLEMENTO...: 700103911119716 BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA APARECIDA UF: SE CEP...: 49540-000
NOME PAI/MAE...: OZEIA BENTO DOS SANTOS /MARISA NEOSICE DOS SANTOS
RESPONSAVEL...: MARIA IRAILDE-ESPOSA TEL...: 79-99635.1
PROCEDENCIA...: HOSPITAL N. SRA. DA GLORIA 692
ATENDIMENTO...: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO
CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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: *Paciente em acompanhamento de Neurologia - avaliação de Neurologia - Vítima de captação no apr. 46*
DATA PRIMEIROS SINTOMAS: *1/1/1*
ANOTACOES DA ENFERMAGEM: *com suspeita de lesão de víscera cerebral*

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1- Aval. Neurologia
2- Alto cerebral

Dr. Argus Fernandes
Clínica Vascular
4/23-SE

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

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CANCELAMENTO DO MEDICO

HUSE

REGISTRO: *Cronic/curativa*
DATA: *10/2/19*
HORARIO: *44138*
Unidade

INVESTPREV

12 JUN 2019