

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: 14/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ROMILDO SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00645

CONTA: 000000050293-5

Nr. da Autenticação B4103F463D721CC3

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190620459 **Cidade:** Itaporanga D'Ajuda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ROMILDO SANTOS **Data do acidente:** 26/08/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (PÁG.7)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Sumário de Alta

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome/Nome Social: Jose Romildo Santos CNS: 70100786504839 Prontuário: 067114/9
Idade: 45 anos 1 Data Nascimento: 1974-07-15 00:00:00.0 Sexo: Masculino Unidade/Leito: 404D
Nome da Mãe: ROSA MARIA SANTOS Local de Nascimento:
Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Convênio: Sus Modalidade Assistencial: Atenção Hospitalar
Local de Atendimento: No próprio Procedência: Demanda Espontânea Caráter Internação: ELETIVA
Data/Hora Internação: 02/08/2019 19:06 Data/Hora Alta: 04/09/2019 12:46 Permanência: 2 dias
Responsável Internação: Dr. Pablo Barreto Prata
Responsável Alta: MARCO FREIRE VIEIRA CNS: CNS:

2. DIAGNÓSTICOS

Motivos da internação

fratura do metacarpo lateral (s82.6), indicador de presença na admissão: sim, estado de resolução: resolvendo
dispositivos (aparelhos) ortopédicos, associado a incidentes adversos - instrumentos, materiais e aparelhos cirúrgicos
(incluindo suturas) (y79.3), indicador de presença na admissão: sim, estado de resolução: resolvendo

Diagnósticos secundários

Dispositivos (aparelhos) ortopédicos, associado a incidentes adversos - instrumentos, materiais e aparelhos cirúrgicos
(incluindo suturas) (y79.3), indicador de presença na admissão: Sim, Estado de Resolução: Resolvendo

3. PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS

Complemento fármacos

AGENDAR RETORNO NO AMBULATORIO DE DR. JULIO TORRES COM 15 DIAS

4. EVOLUÇÃO

FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO, PROCEDIMENTO REALIZADO POR DR. JULIO TORRES NO DIA 03/09/2019, SEM INTERCORRÊNCIAS. NO MOMENTO EVOLUI DE FORMA SATISFATÓRIA, SEM INTERCORRÊNCIAS.

EF- FO SECA, SEM SINAIS DE INFECÇÃO, EM BOM ESTADO, EXTREMIDADE PERFUNDIDA, NEUROVASCULAR NORMAL.

5. PLANO PÓS-ALTA

Motivo da Alta

Alta médica

Recomendações da Alta

Encaminhamento ao ambulatório do hospital
Afastamento laboral por 90 dias
Curativos diários em posto de saúde
Encaminhamento ao ambulatório de ortopedia com 15 dias (marcar no nr)
Evitar pisar com o membro afetado
Não deambular
Retirar os pontos com 15 dias

Medicamentos Prescritos na Alta

NOVALGINA 1G - 1CX - Uso Interno
CEFALEXINA 500MG - 1CX - Uso Interno

6. ESTADO DO PACIENTE NA ALTA

ALTA MELHORADO (12)

Documentação médico - hospitalar




Marco Freire Vieira
CRM-SE 5452
MD Ortopedia e Traumatologia

Nome do paciente: JOSE ROMILDO SANTOS

Contato: 79999415275

Cidade: SALGADO

Origem: Pronto Socorro HUL

Estado: SE

Região da fratura: BIMALEOLOS

Médico Solicitante: PABLO PRATA

Data de Solicitação: 26/08/2019

Descrição

Orientações ao Paciente:

- 1 - Manter um ou mais números de telefones de contato ativos e atualizados junto ao NIR
- 2 - Comparecer ao Hospital com no mínimo meia hora de antecedência no dia e Horário agendados pelo NIR
- 3 - Trazer documento de identificação oficial com Foto (RG, habilitação, etc)
- 4 - Trazer somente Roupas leves para uso durante o internamento (não é permitido uso de anéis, ou qualquer outro adorno)
- 5 - Vir em Jejum apenas quando orientado pelo NIR
- 6 - A data agendada para cirurgia poderá sofrer alterações a qualquer momento no processo de marcação, sendo então avisado ao paciente com maior antecedência possível (deixar atualizado telefone de contato)
- 7 - As Indicações cirúrgicas poderão ser modificadas a qualquer momento no processo de tratamento, a depender da avaliação do Médico Ortopedista
- 8 - Quaisquer dúvidas ligar para o NIR do HUL 979) 3632-2018



EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E HOSPITAIS

Ministério da
Educação



RECEITUÁRIO

João P. L.

*Fisioterapia de
Terapia*

12/10/15

*Dr. Paulo Roberto Pires
Otorrinolaringologista
CRM - RJ 10515 / TEST 9246*

Nro Consulta: 100080

Data: 20/09/2019Hora: ~~08:00~~

Dia: SEX

Grade: 198

Zona: UNIDADE AZUL

15:07:00 Hora

Andar: 1

Ala/Bloco: PRINCIPAL

Setor:

Sala: 3

Consulta: ORTOPEDIA

Tipo: SUS/DEMANDA ESPONTANEA/PRIMEIRA CONSULTA

Equipe: ORTOPEDIA

Profissional: RICARDO DANTAS ROCHA

Paciente: JOSE ROMILDO SANTOS

Prontuário: 671149

Código: 106894

Nome Social:

Marcado por: DANIELA

Observacao:

Nro Consulta: 109042 Data: 04/12/2019 Hora: 07:40 Dia: QUA Grade: 180

Zona: UNIDADE AZUL

Andar: 1

Ala/Bloco: PRINCIPAL

Setor:

Sala: 3

Consulta: ORTOPEDIA

Tipo: SUS/DEMANDA ESPONTANEA/PRIMEIRA CONSULTA

Equipe: ORTOPEDIA

Profissional: PABLO BARRETO PRATA

Paciente: JOSE ROMILDO SANTOS

Prontuário: 671149

Código: 106894

Nome Social:

Marcado por: MAYARA

Observacao:

Hospital Universitário de Lagarto
Monsenhor João Batista de Carvalho Daltro
PROTOCOLO DE REQUERIMENTO

Nome:

Jose Reimolo Junior

Paciente:

Data Solicitação:

06/09/19

Responsável pelo Atendimento:

Deise

3632-20 36



Universitário
Lagarto

HSE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL

Ministério da
Educação

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: JOSÉ ROMILDO SANTOS		DATA: 03/09/19
REGISTRO: 67114/9	IDADE:	LEITO:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO
CIRURGIA REALIZADA	OSTEOSSINTESE DE TORNOZELO	
CIRURGIÃO (A)	GLAUBER BARBOSA	
AUXILIAR		
ANESTESISTA	DR PEDRO	
ANESTESIA	RAQUIANESTESIA + SEDAÇÃO	
INSTRUMENTADOR (A)	RICARDO	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO		
TIPO DE CIRURGIA		
☒ CIRURGIA LIMPA	☐ CIRURGIA POTENCIALMENTE CONTAMINADA	
☐ CIRURGIA CONTAMINADA	☐ CIRURGIA INFECTADA	
INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO		☐ SIM ☒ NÃO
TOPOLOGIA DA INFECÇÃO		☐ OUTRAS
☐ VIAS AÉREAS SUPERIORES	☐ URINÁRIA	☐ CARDIOVASCULAR
☐ PULMONAR	☐ GASTROINTESTINAL	☐ SNC
☐	☐	☐ CÚTÂNEA
☐	☐	☐ OSTEOMUSCULAR
DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO		
PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA ANTISSEPSIA+ASSEPSIA DE MIE+ APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESVAZIAMENTO + GARROTE COM FAIXA DE ESMARCH AO NÍVEL DE COXA INCISÃO DIRETA SOBRE MALÉOLO LATERAL DISSECÇÃO POR PLANOS, HEMOSTASIA, REDUÇÃO CRUENTA E FIXAÇÃO COM PLACA 1/3 TUBULAR 8 FURROS E 6 PARAFUSOS, SENDO UM INTERFRAGMENTÁRIO PELA PLACA INCISÃO DIRETA SOBRE MALÉOLO MEDIAL, DIVULSÃO POR PLANOS, OBSERVADO FOCO DE FRATURA, REDUÇÃO DE FRATURA E FIXAÇÃO COM 2 PARAFUSOS ESPONJOSOS FLEXO-EXTENSÃO DE TORNOZELO LIVRE LIMPEZA COM SF 0,9% + SUTURA POR PLANOS BOA PERFUSÃO AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO CURATIVO RAIO X DE CONTROLE		

Dr. Glauber Barbosa
CRM-SE 5298
TEOT 15008

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

INFORMADO PARA CIRURGIA

Pelo presente instrumento eu, _____
RG: _____, responsável legal pelo paciente JOSE RUIZ SANTOS
declaro que fui suficientemente esclarecido(a) pelo(a) médico(a) ELBA R. SILVA
cirurgião, CRM: _____, sobre o diagnóstico: HERNIA INGUINAL
e o procedimento cirúrgico a ser realizado para este caso: HERNIOPLASTIA
com o qual concordo. Fui devidamente informado(a) quanto aos riscos inerentes e prognóstico objetivo
tratamento, independentes de todos os cuidados tomados, experiência profissional e técnica adequada,
podendo levar a complicações conhecidas, como também imprevisíveis.

Comprometo-me a seguir todas as orientações pós-operatórias necessárias ao restabelecimento,
constando em prontuário e/ou recetário, médico por ocasião da alta.

Lagarto/SE, 26 de 05 de 15

Maria Inês de Fátima
Responsável pelo paciente

Elba R. Silva
Cirurgião Assistente

INFORMADO PARA ANESTESIA

Declaro que fui informado(a) sobre a opção anestésica sedação indicada para o caso em questão,
benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis, pelo(a) médico(a) anestesiologista,
CRM: _____.

Informo que relatei a equipe médica responsável todos os antecedentes patológicos e progressão
paciente a ser submetido ao processo cirúrgico proposto, medicações usadas ou em uso, aler-
gias medicamentosas, alergias sistêmicas ou tóxicas, assim como quaisquer informações que possam interferir
condição do caso.

Assumo ainda, qualquer outro procedimento que se faça necessário, exames, transferên-
cia, adequação da abordagem cirúrgica, transfusões de sangue e hemoderivados, além de condutas tomadas
situações imprevistas, que possam ocorrer ou acarretar qualquer risco ao paciente, diferentemente das
informações propostas, sempre objetivando a integridade física e recuperação da saúde do paciente.

Entendo que seria impossível para o(a) médico(a) a descrição de TODAS as complicações
possíveis de acontecer no tratamento proposto, mas fui informado a respeito das mais frequentes,
entendo não existir garantia absoluta de segurança no resultado da cirurgia ou no processo de cura de al-
gumas.

Lagarto/SE, _____ de _____ de _____

Maria Inês de Fátima

TERMO DE CONSENTIMENTO

INFORMADO PARA CIRURGIA

Pelo presente instrumento, eu X
RG: _____, responsável legal pelo paciente José Ramalho Santos
declaro que fui suficientemente esclarecido(a) pelo médico(a)
PR. Glauber Barbosa Cirurgião, CRM 5293, sobre o diagnóstico
Furúnculo e o procedimento cirúrgico a ser realizado para este
caso essencial, com o qual concordo. Fui devidamente
informado(a) quanto aos riscos inerentes e prognóstico objetivo do tratamento, independentes de todos
os cuidados tomados, experiência profissional e técnica adequada que poderão levar a complicações
conhecidas, como também imprevistas.

Comprometo-me em seguir todas as orientações pós-operatórias necessárias ao
restabelecimento, que constarão em prontuário e/ou receituário médico por ocasião da alta.

Lagarto/SE, 03 de Setembro de 2019

José Ramalho Santos
Responsável pelo paciente

Dr. Glauber Barbosa
CRM-SE 5293
Cirurgião/ Carimbo/ Assinatura

INFORMADO PARA ANESTESIA

Declaro que fui informado(a) sobre a opção anestésica/sedação indicada para o caso em
questão, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis, pelo(a) médico(a)
anestesista Dr.(a) _____, CRM _____.

Informo que relatei a equipe médica responsável, pelos antecedentes patológicos e progressos
do paciente a ser submetido ao processo cirúrgico proposto, medicações usadas ou em uso, alergias
medicamentosas, alergias sistêmicas ou tópicas, assim como quaisquer informações que possam
interferir na condução do caso.

Autorizo, ainda, qualquer outro procedimento que se faça necessário, exames, transferências
adequação da abordagem cirúrgica, transfusões de sangue e hemoderivados, além de condutas
tomadas em situações imprevistas, que possam ocorrer ou acarretar qualquer risco ao paciente
diferente daquelas inicialmente propostas, sempre objetivando a integridade física e recuperação da
saúde do paciente.

Estou ciente que seria impossível para o(a) médico(a) a descrição de TODAS as complicações
ou riscos possíveis de acontecer no tratamento proposto, mas fui informado a respeito dos mais
frequentes e entendo não existir garantia absoluta de segurança no resultado da cirurgia ou no processo
de cura de algumas doenças.

Lagarto/SE, _____ de _____ de _____

José Ramalho Santos
Responsável pelo paciente

Cirurgião/ Carimbo/ Assinatura



Hospital Universitário de Lagarto

AV BRASLIA S/N LAGARTO-SE, 00033-003, (79) 3632-2020, 3633343

Sumário de Alta

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome/Nome Social: Jose Romildo Santos CNS: 70100786504939 Prontuário: 067114/9
Idade: 45 anos 1 Data Nascimento: 1974-07-15 00:00:00.0 Sexo: Masculino Unidade/Leito: 404D
Nome da Mãe: ROSA MARIA SANTOS Local de Nascimento:
Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Convênio: Sus Modalidade Assistencial: Atenção Hospitalar
Local de Atendimento: No próprio Procedência: Demanda Espontânea Caráter Internação: ELETIVA
Data/Hora Internação: 02/09/2019 19:06 Data/Hora Alta: 04/09/2019 12:46 Permanência: 2 dias
Responsável Internação: Dr. Pablo Barreto Prata CNS:
Responsável Alta: MARCO FREIRE VIEIRA CNS:

2. DIAGNÓSTICOS

Motivos da internação

fratura de maléolo lateral (S82.6), indicador de presença na admissão: sim, estado de resolução: resolvendo
dispositivos (aparelhos) ortopédicos, associado a incidentes adversos - instrumentos, materiais e aparelhos cirúrgicos
(incluindo suturas) (Y79.3), indicador de presença na admissão: sim, estado de resolução: resolvendo

Diagnósticos secundários

Dispositivos (aparelhos) ortopédicos, associado a incidentes adversos - instrumentos, materiais e aparelhos cirúrgicos
(incluindo suturas) (Y79.3), indicador de presença na admissão: Sim, Estado de Resolução: Resolvendo

3. PROCEDIMENTOS TERAPEUTICOS

Complemento farmacos

AGENDAR RETORNO NO AMBULATORIO DE DR. JULIO TORRES COM 15 DIAS

4. EVOLUÇÃO

FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO, PROCEDIMENTO REALIZADO POR DR. JULIO TORRES NO DIA 03/09/2019, SEM INTERCORRÊNCIAS. NO MOMENTO EVOLUI DE FORMA SATISFATÓRIA, SEM INTERCORRÊNCIAS.

EF- FO SECA, SEM SINAIS DE INFECÇÃO, EM BOM ESTADO. EXTREMIDADE PERFUNDIDA, NEUROVASCULAR NORMAL

5. PLANO PÓS-ALTA

Motivo da Alta

Alta médica

Recomendações da Alta

Encaminhamento ao ambulatório do hospital
Afastamento laboral por 90 dias
Curativos diários em posto de saúde
Encaminhamento ao ambulatório de ortopedia com 15 dias (marcar no nir)
Evitar pisar com o membro afetado
Não deambular
Retirar os pontos com 15 dias

Medicamentos Prescritos na Alta

NOVALGINA 1G - 1CX - Uso Interno
CEFALEXINA 500MG - 1CX - Uso Interno

6. ESTADO DO PACIENTE NA ALTA

ALTA MELHORADO (12)

Marco Freire Vieira
CRM-SE 5452
MR Ortopedia e Traumatologia

O.E.: M280350001

ESFERA: PÚBLICO

APRESENTAÇÃO: 10 / 2019

Núm AIH: 281910056421-4

Situação: COM ERRO

Tipo: 01-INICIAL

Apresentação: 10/2019

Data Autorização: 02 / 09 / 2019

Especialidade: 01 - CIRURGICO Orgão Emissor: M280350001 CRC:
Doc autorizador: 190125160670018 Doc med resp: 980016281930253 Doc diretor clínico: 980016283208113 Doc médico solic: 980016281930253
CNS: 6568343 - HOSPITAL UNIV MONSENHOR JOAO BATISTA DE CARVALHO DALTR CNS: 70100786504939-3
Paciente: JOSE ROMILDO SANTOS Prontoário: 671149
Data Nasc.: 15 / 07 / 1974 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 010 - BRASIL Tipo Doc.: IGNORADO Doc:
Responsável pac.: JOSE ROMILDO SANTOS Nome da Mãe: ROSA MARIA SANTOS
Endereço: RUA JOSE TELES 1154 Bairro: PORTO GRANDE Raça/Cor: 04-AMARELA Etnia: 0000-NAO SE APLICA Telefone: (79)9363-22026 Muda Proc.?: NÃO
Município: 280480 - NOSSA SENHORA DO SOCORRO - SE CEP: 49160-000
Procedimento solicitado: 04.08.05.049-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO
Procedimento principal: 04.08.05.049-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO
Diag. principal: S825-FRATURA DO MALEOLO LATERAL Diag. secundário:
Complementar: Causa Óbito:
Carater atendimento: 02 - URGENCIA Modalidade: HOSPITALAR
Data Internação: 02 / 09 / 2019 Data saída: 04 / 09 / 2019 Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO
Liberação SISAIIH01: AIH Anterior: AIH Posterior:

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNPJ do Empregador:

CNAER: -

Vínculo Previdência:

CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtde	Cmpst	Descrição
1	0408050497	980016281930253 225225(1)	6568343	6568343	1	09/2019	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA
2	0408050497	980016281930253 225225(1)	6568343	6568343	1	09/2019	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA
3	0702030630	55121602000199	6568343	6568343	1	09/2019	PLACA E TUBULARES METALICOS PARA FUSOS
4	0211020036	6568343	6568343	6568343	1	09/2019	ELETCARDIOGRAMA
5	0204060166	6568343	6568343	6568343	2	09/2019	RADIOGRAFIA DE PERNAS

DADOS DE OPM

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Reg. ANVISA	CNPJ Fabricante
3	44184	551216020001-99				

MOTIVOS DE REJEIÇÃO / ADVERTÊNCIA

DOCUMENTO NAO PREENCHIDO

Complemento

APURADO VALORES PARA

LINHA
2

CID SECUNDÁRIO

Cid	Característica	Descrição
Y793	ADQUIRIDO	DISPOS. ORTOPEDICOS, ASSOC. INCID. ADVERSO - INSTRUM., MATER. E APARELHOS CIRURG. (INCL. SUTURAS)

Número de Nascidos

Número de Saídas

Nº Pré-Natal:

Vivos: Mortos: Altas: Transf.: Óbitos:

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

12-ESTABELECIMENTO SOLICITANTE Hospital Univ. Monsenhor João Batista de Carvalho Daltro		24-CNES 6566343
DATA PROVÁVEL INTERNAÇÃO 7/08/2019	DATA PROVÁVEL CIRURGIA	30-EQUIPE PABLO BARRETO PRATA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3-NOME DO PACIENTE JOSE ROMILDO SANTOS		5-Nº PRONTUÁRIO 871145	
7-CARTÃO NACIONAL SUS 701607685645393	8-DATA NASC. 15/07/1974	9-Residência X 1 1 3	10-Relig./Cult. Ponto
11-NOME DA MÃE ROSA MARIA SANTOS		11.1-RESPONSÁVEL	
13-ENDERECO (RUA, Nº, Bairro) RUA C 167 - DOMINIO NASCIMENTO ALVES		12-TELEFONE DE CONTATO 79-99410275	
14-MUNICÍPIO SALGADO	15-IGREJA 2905205	16-UF SE	17-CEP 45090000

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18-PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS DOR E EDEMA EM TORNOZELO ESQUERDO
19-CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO FRATURA BILATERAL DO TORNOZELO ESQUERDO
20-PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) Resultado: RX
21-DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA DO MALEOLO LATERAL
22-CID 10 PRINCIPAL S02.0 582.6
23-CID 10 SECUNDÁRIO Y79.2 Y79.3
24-CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25-DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BILATERAL / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOZELO	27-LEITOCLINICA	28-CARÁTER DE INTERNAÇÃO URGÊNCIA	29-NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Dr. PABLO BARRETO PRATA
30-OT. SOLICITAÇÃO 26/08/2019 17:41:45	31-CNS		
32-ASSINATURA E CARIMBO CRM 3349	33-SÉRIE		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34-) ACIDENTE DE TRÂNSITO	35-CNPJ DA SEGURADORA	36-Nº DO BILHETE	37-SÉRIE
38-) ACID. TRABALHO TIPO	39-CNPJ EMPRESA	40-CNAE EMPRESA	41-CBOP
42-) ACID. TRABALHO TRAJETO	42-DESCRIÇÃO DA NATUREZA DA LESÃO DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL		
43-CID 10 PRINCIPAL	44-) LEVE	45-) GRAVE	46-) GRAVÍSSIMA
43-CID 10 SECUNDÁRIO	47-VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		
☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO ASSEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

48-NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	49-NOME DO PROFISSIONAL PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO/AUDITORIA	50-Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIF)
51-OT. AUT. 2 '9' 19	52-OT. AUT.	53-Nº DA AUT.
54-CNS	55-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	56-Nº DA AUT.

Carimbo do Sítio
SUS - 102101
Município - 2332

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		 Hospital Universitário Lagartense
	Identificação do Estabelecimento de Saúde		
Nome do Estabelecimento Solicitante		CNES	
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LAGARTO		6568343	
Nome do Estabelecimento Solicitante		CNES	
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LAGARTO		6568343	
Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante			



281910056421-4

N. fraxinifera
Ligno

University
Library

grador químico que se encontra dentro deste pacote

[illegible]

Nome	JOSE ROMILDO SANTOS		Nome Social		Prontuário	67114/9
Nome Mãe	ROSA MARIA SANTOS		Sexo	Masculino	Estado Civil	Desquitado ou
					Dt Nascimento	15/07/1974
Nome Pai	JOSE RODRIGUESDOS SANTOS		Data cadastro	26/08/2019	Data recadastro	
					Pront. Família	
RG			CPF	904.639.355-00	Cartão SUS	701007865049393
Nome Anterior			Cidade de nascimento	CUMBE	UF	SE
Grau Instrução	Ignorado		Nacionalidade	BRASILEIRO		
Profissão	CHEFE PEDREIRO		Código da profissão	17641	Cor	Parda
					Fone ou Recado	79-99415275
Logradouro	Posto de Referência : RUA C					
Número	162	Complemento	Bairro CONJUNTO NASCIMENTO ALVES			
Cidade	SALGADO		UF	SE	CEP	49390-000
Identificador	MONICA MARIA LIMA					
Área Cadastradora	CENTRO CUSTO 1					

Observação

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

Assinatura

Assinatura do Paciente

()

Paciente

()

Pai

()

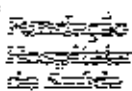
Mãe

()

Representante Legal

Hospital Univ Monsenhor Joao Batista

Boletim de Identificação de Paciente



~~Acidente de moto (condutor). Trauma em cabeça e~~

1. 凡在本行开立存款账户并持有本行借记卡的客户，均可申请开通本行网上银行。

DATE	DESCRIPTION	AMOUNT	BALANCE
1950			
1951			
1952			
1953			
1954			
1955			
1956			
1957			
1958			
1959			
1960			
1961			
1962			
1963			
1964			
1965			
1966			
1967			
1968			
1969			
1970			
1971			
1972			
1973			
1974			
1975			
1976			
1977			
1978			
1979			
1980			
1981			
1982			
1983			
1984			
1985			
1986			
1987			
1988			
1989			
1990			
1991			
1992			
1993			
1994			
1995			
1996			
1997			
1998			
1999			
2000			
2001			
2002			
2003			
2004			
2005			
2006			
2007			
2008			
2009			
2010			
2011			
2012			
2013			
2014			
2015			
2016			
2017			
2018			
2019			
2020			
2021			
2022			
2023			
2024			
2025			
2026			
2027			
2028			
2029			
2030			
2031			
2032			
2033			
2034			
2035			
2036			
2037			
2038			
2039			
2040			
2041			
2042			
2043			
2044			
2045			
2046			
2047			
2048			
2049			
2050			
2051			
2052			
2053			
2054			
2055			
2056			
2057			
2058			
2059			
2060			
2061			
2062			
2063			
2064			
2065			
2066			
2067			
2068			
2069			
2070			
2071			
2072			
2073			
2074			
2075			
2076			

[illegible]

☐ AZUL ☒ AMARELO ☐ VERDE ☐ VERMELHO

100-443887-100

.....

Registro de Classificação de Risco

Protocolo de Manchester

Identificação do Paciente

Nome: JOSE ROMILDO SANTOS Chegada: 26/08/2019 15.48.32
 Sexo: MASCULINO Idade: 45
 Transporte: MEIOS PRÓPRIOS Data de Nascimento: 15/07/1974

Classificação de Risco

Queixa Principal:	Queda de moto hoje. nega alergia e comorbidades										
Fluxograma:	TRAUMA MAIOR					Discriminador:					
Parâmetros:	Glicemia Capilar				Escala de Coma de Glasgow:						
	Pulso			Ritmo:			Sat O2 (%):				
	Temperatura Timpânica				Escala de Dor:			PA	160x120		
Prioridade Clínica:	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos		MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos		URGENTE AMARELA Até 60 minutos		POUCO VERDE Até 120 minutos		NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos		BRANCO
Fluxo Interno:	cirurgia										
Classificador:	JESSICA ALMEIDA RODRIGUES					COREN / CRM: 440860		Hora de Início CR: 26/08/2019 16.01.43		Hora de Fim CR: 26/08/2019 16.02.57	

Classificação de Risco

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

Ticket de exames a realizar

Protocolo: 0047114/9 JOSE ROMILDO SANTOS
Código do paciente: 106894
Solicitação: 20122 em 26/08/2019 16:38
Idade: 45 anos 1 mês Cartão SUS: 701007865049393
Solicitante: GENILDO SIBEIRO DE MELO
Responsável: KATARINE CARVALHO CAETANO
Unid.Solic: PRONTO SOCORRO
Especialidade: CIRURGIA GERAL
Equipe: CIRURGIA EMERGÊNCIA



20122

Convênio: SUS / PLANO AMBULATORIO

comparecer na SAIO X - 9o Andar/PRINCIPAL para agendar a data e hora do seu exame.

Material: URO COJETAVEL

	Item	Exame
Recomendações	1	RX FUNDO ESQUERDO (AB+P)

Preparo do paciente para realização do exame:

Não necessita Jejum

Documento de identidade será exigido para realização do exame.

Guarde este documento até a data do exame.

Marco Carlos
Cota 205

Ticket de exames a realizar

Prontuário: 0067114/9 JOSE ROMILDO SANTOS
Código do paciente: 106894
Solicitação: 20140 em 26/08/2019 17:33
Idade: 45 anos 3 mês Cartão SUS: 701007065049393
Solicitante: PABLO BARRETO PRATA
Responsável: KATAPINE CARVALHO CAETANO
Unid.Solic: PRONTO SOCORRO
Especialidade: CIRURGIA GERAL
Equipe: CIRURGIA EMERGÊNCIA



20140

Convênio: SUS / PLANO AMBULATORIO

comparecer na BAIO X - 0o Andar/PRINCIPAL para agendar a data e hora do seu exame.

Material: NAO COLETAVEL

	Item	Exame
Recomendações	1	EX PUNHO ESQUERDO (AP+P)

Preparo do paciente para realização do exame:

Não necessita Jejum

Recomendações	2	EX BACIA AP TRAZER EX ANTERIORES.
---------------	---	--------------------------------------

Preparo do paciente para realização do exame:

Não necessita Jejum

Documento de identidade será exigido para realização do exame.

Guarde este documento até a data do exame.

Ticket de exames a realizar

Paciente: 006911479 JOSE DOMILDO SANTOS
Codigo do paciente: 106694
Solicitação: 20118 em 26/08/2019 16:35
Idade: 45 anos 1 mês Cartão SUS: 701007865049393
Solicitante: GENILDO RIBEIRO DE MELO
Responsável: MARAPINE CARVALHO CAETANO
Unidade: PRONTO SOCORRO
Especialidade: CIRURGIA GERAL
Equipe: CIRURGIA EMERGÊNCIA



20118

Convênio: SUS / PLANO AMBULATORIO

Comparecer na RAIO X - 0o Andar/PRINCIPAL para agendar a data e hora do seu exame.

Material: RAO COLEXANTE

	Item	Exame
Recomendações	1	RX TORNOZELO ESQUERDO (AP+P)

Preparo do paciente para realização do exame:

Não necessita Jejum

Recomendações	2	RX CRÂNIO (PA+P)
---------------	---	------------------

Preparo do paciente para realização do exame:

Não necessita Jejum

Documento de identidade será exigido para realização do exame.

Guarda este documento até a data do exame.

*Manoel Carlos
Cirurgião*

Hospital Universitário de Lagarto

AV BRASÍLIA S/N BAIRRO SANTA TEREZINHA 49040000 LAGARTO SERGIPE BRASIL
CEP 49400-000 - Lagarto - SE - Brasil CNES: 5568343

CONSULTAS AMBULATORIAIS

99766 - 26/08/2019 - Cirurgia Geral - Equipe: Dr. Katarine Carvalho Caetano - Dr. Katarine Carvalho Caetano
Paciente: JOSE ROMILDO SANTOS Prontuário: 067114/8 Unidade Funcional: PRONTO SOCORRO

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA, RELATA CEFALÉIA E DOR EM MIE

A- VIAS AEREAS PERVEAS

B- TORAX SIMETRICO

C- HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL

D- GLASGOW 15

E- ESCORIAÇÕES E EDEMA EM TORNOZELO ESQUERDO

CD RADIOGRAFIA
AVALIAÇÃO ORTOPEDIA
OBSERVAÇÃO HOSPITALR

PROFENID 100MG IV

Elaborado e assinado por Dr. Genildo Ribeiro De Melo, CRM 4773 SE em 26/08/2019 16:35

Procedimentos Realizados:
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR PACIENTE, quantidade: 1

Nota(s) adicional(ais):

ORTOPEDIA

QUEDA DE MOTO COM QUEIXA DE DOR EM TORNOZELO ESQUERDO, PUNHO ESQUERDO E CRISTA ILIACA A ESQUERDA
SEM DOR EM DEMAIS REGIOES DO CORPO
SEM DOR NO PÉ ESQUERDO
RX DE PUNHO ESQUERDO - FRATURA DE ESTILOIDE RADIAL SEM DESVIO COM INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CONSERVADOR
RX DE BACIA SEM ALTERAÇÕES
RX DE TORNOZELO ESQUERDO: FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO COM INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRURGICO

CD: TALA GESSADA + ENCAMINHO PARA CIRURGIA
LIBERADO DA ORTOPEDIA
AOS CUIDADOS DA CIRURGIA GERAL - EM OBSERVAÇÃO

Elaborado e assinado por Dr. Pablo Barreto Prata, CRM 3349 em 26/08/2019 17:58

Hospital Universitário de Lagarto

AV BRASILIA S/N BAIRRO SANTA TEREZINHA 49040000 LAGARTO SERGIPE BRASIL
CEP 49400-000 - Lagarto - SE - Brasil CNES: 5552343

CONSULTAS AMBULATORIAIS

99755 - 26/08/2019 - Cirurgia Geral - Equipe: Dr. Katarine Carvalho Castano - Dr. Katarine Carvalho Castano

Paciente: JOSE ROMILDO SANTOS

Prontuário: 067114/9

Unidade Funcional: PRONTO SOCORRO

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA, RELATA CEFALEIA E DOR EM MIE

A- VIAS AERÉAS PERVEAS

B- TORAX SIMETRICO

C- HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL

D- GLASGOW 15

E- ESCORIAÇÕES E EDEMA EM TORNOZELO ESQUERDO

CD RADIOGRAFIA

AVALIAÇÃO ORTOPEDIA

OBSERVAÇÃO HOSPITALR

PROFENID 100MG IV

OK Dr. Genildo R. Melo
16:40

Elaborado e assinado por Dr. Genildo Ribeiro De Melo. CRM 4773 SE em 26/08/2019 16:35

Procedimentos Realizados:

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR PACIENTE, quantidade: 1

Genildo R. Melo
CRM SE 4773
Cirurgião Geral
Cirurgião de Trauma

40400

Nome		Nome Social		Prontuário	
JOSE ROMILDO SANTOS				67114/9	
Nome Mãe		Sexo	Estado Civil	Dt Nascimento	
ROSA MARIA SANTOS		Masculino	Desquitado ou	15/07/1974	
Nome Pai		Data cadastro	Data recadastro	Pront. Família	
JOSE RODRIGUES DOS SANTOS		26/08/2019	02/09/2019		
RG	CPF	Cartão SUS			
	904.639.355-00	701007865049393			
Nome Anterior	Cidade de nascimento	UF			
	CUMBE	SE			
Grau Instrução	Nacionalidade				
Ignorado	BRASILEIRO				
Profissão	Código da profissão	Cor	Fone ou Recado		
CHEFE PEDREIRO	17641	Parda	79-99415275		
Logradouro		Posto de Referência :			
RUA C					
Número	Complemento	Bairro			
162		CONJUNTO NASCIMENTO ALVES			
Cidade	UF	CEP			
SALGADO	SE	49390-000			
Identificador					
MONICA MARIA LIMA					
Área Cadastradora					
CENTRO CUSTO 1					

Observação

0.

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

Assinatura

Luciana Martins Felix

() () () (X)

Paciente Pai Mãe Representante Legal

Hospital Univ Monsenhor Joao Batista

Boletim de Identificação de Paciente

Registro de Classificação de Risco

Protocolo de Manchester

Identificação do Paciente

Nome: JOSE ROMILDO SANTOS Chegada: 02/09/2019 18.31.08
 Sexo: MASCULINO Idade: 45
 Transporte: MEIOS PRÓPRIOS Data de Nascimento: 15/07/1974

Classificação de Risco

Queixa Principal:	internamento cirurgico									
Fluxograma:						Discriminador:				
Parâmetros:	Glicemia Capilar					Escala de Coma de Glasgow:				
	Pulso	82	Ritmo:				Sat O2 (%):	99		
	Temperatura Timpânica				Escala de Dor:				PA	155/92
Prioridade Clínica:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		EMERGENTE VERMELHA 0 minutos		MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos		URGENTE AMARELA Até 60 minutos		POUCO VERDE Até 120 minutos		NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos
										BRANCO
Fluxo interno:	internamento									
Classificador:	GRAZIELLA BISPO CALDERARO					COREN / CRM:	342534	Hora de Início CR:	02/09/2019 18.38.28	Hora de Fim CR:
									02/09/2019 15.40.19	

Reclassificação

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

Identificação do Paciente

Paciente: 106894 Prontuário: 0067114/9
Nome: JOSE ROMILDO SANTOS
Nome Mãe: ROSA MARIA SANTOS
Endereço: RUA C Cartão SUS: 701007865049393
Número: 162 Complemento: Telefone:
Bairro: CONJUNTO NASCIMENTO ALVES
Cidade: SALGADO UF: SE Cep: 49.390-000
Data Nasc.: 15/07/1974 Idade: 45 Sexo: Masculino Cor: Parda Est. Civil: Desquitado
Profissão: CHEFE PEDREIRO
Naturalidade: CUMBE UF Nascimento: SE
Nacionalidade: BRASILEIRO

Identificação do Responsável

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

Dados de Internação

Data Intern.: 02/09/2019
Procedência: Demanda Espontânea Local Atendimento: No próprio estabelecimento
Modalidade Assistencial: Atenção Hospitalar
CID Principal: S82.6 FRATURA DO MALÉOLO LATERAL
CID Secundário: Y79.3 DISPOSITIVOS (APARELHOS) ORTOPÉDICOS, ASSOCIADO A INCIDENTES
Procedimento: 408050497 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR /
Clínica: CIRÚRGICA Dif. Classe: N Acompanhante: N
Andar: 1 Ala: 1 Quarto: 404 Leito: D Convênio: 1/1 SUS - INTERNAÇÃO
Unidade: CLINICA CIRURGICA Acomodação: ENFERMARIA
Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Carater de Internação: ELETIVA
Tabela: TABELA UNIFICADA Perm. SUS: 4 Dia(s)
Nro. Atendimento:

Equipe Médica

Equipe: PABLO BARRETO PRATA
CRM: 3349 CPF: 611372517
Chefe da Equipe ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA : AGHUHRL
CRM: 123456 SE 64059155063

Funcionário que efetuou a Internação

Nome: DANIELA DE MATOS PEREIRA
C. Ponto: 200 3049854

Observação

PRESCRIÇÃO

Unidade: 1 - CLINICA CIRURGICA

CID: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL

Folha 1/1

Data da Internação: 02/09/2019

Validade: de 02/09/2019 20:04 h. a 03/09/2019 11:00 h.

DIETA

Aprazamento

MEDICAMENTOS

POSOLOGIA

DOSAGEM

APRAZAMENTO

2. DIPIRONA INJETÁVEL 500MG/ML 2 ML 500 mg/ml

Administrar 1.000 mg, IV, de 8/6 horas. Se necessário; obs.: EV, infusão 1mL/min. Não administrar o medicamento em crianças menores de 3 meses de idade ou pesando menos de 5kg; não se deve administrar o medicamento por via intravenosa em crianças com idade entre 3 e 11 meses ou pesando menos de 9Kg

505

Dr. RAFAEL GONCALVES DE SOUZA CRM: 4707 SE

02/09/2019 20:06h

Dr. RAFAEL GONCALVES DE SOUZA
CRM: 4707 SE
Assinatura e carimbo
do profissional responsável
pela prescrição

Logo
Hospital Universitário
de Brasília

PRESCRIÇÃO

Identificação

JOSE ROMILDO SANTOS

Leitor: 404D

067114/9

PRESCRIÇÃO

AX 22548

Unidade: 11 - CLINICA CIRURGICA

QID: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL

Folha 1/2

Data da internação: 02/09/2019

Validade: de 03/09/2019 11:00 h. a 04/09/2019 12:00 h

DIETA	
1. Líquido	Obs: APOS RECUPERAÇÃO DA ANESTESIA
Aproximadamente	

CUIDADOS	
2. Repouso no leito - carga zero em mla, contínuo	I= T= ATENÇÃO
3. Curativo pequeno 1x ao dia	

MEDICAMENTOS		
POSOLOGIA	DOSAGEM	APRAZAMENTO
4. DIPIRONA INJETÁVEL 500MG/ML 2 ML 500 mg/mL	Administrar 1.000 mg. IV, de 8/8 horas. Se Necessário; obs.: EV, infusão 1mL/min. Não administrar o medicamento em crianças menores de 3 meses de idade ou pesando menos de 5kg; não se deve administrar o medicamento por via intravenosa em crianças com idade entre 3 e 11 meses ou pesando menos de 9kg	SOS
5. CEFAZOLINA 1g	Administrar 1.000 mg. IV, de 8/8 horas obs: Administração EV Diária de 3-5 minutos. Duração de 30-60 minutos. (M. Administrar em áreas de grande massa muscular. A solução pode se tornar amarelo mais forte chegando a amarelo amarelado, sem redução da eficácia do produto	
6. CETOPROFENO 100MG IV 100 mg	Administrar 100 mg. IV, de 12/12 horas, obs.: EV: 20 minutos (infusão lenta).	
7. TRAMADOL INJETÁVEL MG/ML 2 ML 50 mg/mL	Administrar 100 mg. IV, de 8/8 horas, obs.: EV lento 30-60min. SE DURANTE	

Identificação

JOSE ROMILDO SANTOS

Dr. Cláudio Barbosa
CRM-SE 5293
TEOT 15008

Leito: 404D

057114/9

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Faculdade de Medicina

PRESCRIÇÃO

03/09/2019 10:21:45

N. 15935

03/09/2019 10:21:45

PRESCRIÇÃO

Unidade: 1 - CLINICA CIRURGICA
CID: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL

Folha 2/2

Data da Internação: 02/03/2019

Validade: de 03/09/2019 11:00 h a 04/09/2019 11:00 h.

MEDICAMENTOS

POSOLOGIA	DOSAGEM	APRAZAMENTO
8 ONDANSETRON 4 MG INJETAVEL 2 mg/mL	Administrar 8 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: Infusão lenta em 15min. Infusão contínua de 1 mg/h por até 24 horas. EV direto até 8mg de 2-5min sem diluição	SEM
	JUNTO AO TRAMAL SIN	

Dr. Glauber Barbosa
CRM: 52.293
TGO: 14008

DR. GLAUBER CESAR MARQUES BARBOSA CRM: 024474008

03/09/2019 10:21h

COOP. SEMPRE ENF. E CUIDADO



Universidade
Federal de Goiás

PRESCRIÇÃO

JOSE ROMILDO SANTOS

Leito: 404D

Identificação

067114/9

PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - CLINICA CIRURGICA

CID: FRATURA DO MALEOLO LATERAL

Folha 1/2

Data da Informação: 02/09/2019

Validade: de 04/09/2019 12:43 h. a 05/09/2019 11:00 h.

DIETA

1. Livre

Aproximadamente

CUIDADOS

2. Repouso no leito - carga zero em mie, contínuo

Aproximadamente

3. Curativo pequeno 1 x 20 dia

J= T=

MEDICAMENTOS

POSOLOGIA

DOSAGEM

APRAZAMENTO

4. DAPIRONA INJETÁVEL 500MG/ML 2 ML 500 mg/mL

Administrar 1.000 mg, IV, de 6/6 horas. Se necessário; obs.: EV, infusão 1 mL/min. Não administrar o medicamento em crianças menores de 3 meses de idade ou pesando menos de 5kg; não se deve administrar o medicamento por via intravenosa em crianças com idade entre 3 e 11 meses ou pesando menos de 9kg

SN

5. GEFAZOLINA 1g

Administrar 1.000 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: Administração EV, Dose de 3-5 minutos. Diluído de 30-60 minutos. IM: Administrar em áreas de grande massa muscular. A solução pode se tornar amarelada mais forte chegando a amarelo amarelado, sem redução da eficácia do produto

16 24 06

6. CETOPROFENO 100MG IV 100 mg

Administrar 100 mg, IV, de 12/12 horas, obs.: EV: 20 minutos (infusão lenta).

24 09

7. TRAMADOL INJETÁVEL 100MG/ML 2 ML 50 mg/mL

Administrar 100 mg, IV, de 6/6 horas, obs.: EV lento 30-60 min. SE DOR INTENSA

SN



Hospital Universitário
Leão de Ouro

PRESCRIÇÃO

JOSE ROMILDO SANTOS

Leito: 404D

Identificação

Marco Freire Vieira

CRM-SE 5452

MR Ortopedia e Traumatologia

Ana Carolina P. Reis
CRM-SE 108.161-8/NF

067114/9

PRESCRIÇÃO

Unidade: 1 - CLINICA CIRURGICA

CID : FRATURA DO MALÉOLO LATERAL

Folha 2/2

Data da Internação: 02/09/2019

Validade: de 04/09/2019 12:43 h. a 05/09/2019 11:00 h.

MEDICAMENTOS

POSOLOGIA	DOSAGEM	APRAZAMENTO
3. ONDANSETRON 4 MG INJETAVEL 2 mg/mL	Administrar 8 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: Infusão lenta em 15min. Infusão contínua de 1 mg/h por até 24 horas. EV direto até 8mg de 2-5min sem diluição	SN

JUNTO AO TRAMIAL S/N

Marco Freire Vieira

CRM-SE 5452

MR Ortopedia e Traumatologia

Dr. MARCO FREIRE VIEIRA CRM: 5452 SE

04/09/2019 12:43h

ANEXO 1
CARTÃO DE
P. 1906
A. 191 - ENF



Hospital Universitário
Fortaleza

PRESCRIÇÃO

Identificação

JOSE ROMILDO SANTOS

Leito: 404D

067114/9

Anamnese**Dados do Paciente**

Referência: 03/09/2019

Leito: 404D

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: CLINICA CIRURGICA

Data Criação: 03/09/2019 10:22 Atendimento: 72779

Nome do Responsável: GLAUBER CESAR
MARQUES BARBOSA

Data Confirmação: 03/09/2019 10:23

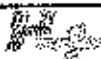
CRM: 024477

PACIENTE EM POI DE OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO, PROCEDIMENTO SEM
INTERCORRÊNCIAS

EF- EXTREMIDADE PROFUNDIDA

CD- RX CONTROLE, ALTA AMANHÃ SE TUDO ESTIVER BEM

Notas Adicionais:

Dr. Glauber Barbosa
CRM-SE 5293
TEOT 15008Hospital Universitário
Lagoa**ANAMNESE****Identificação**

Paciente: JOSE ROMILDO SANTOS

Prontuário: 67114/9

Evolução

Dados do Paciente

Referência: 04/09/2019

Leito: 404D

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: CLINICA CIRURGICA

Data Criação: 04/09/2019 12:43 Atendimento: 72779

Nome do Responsável: MARCO FREIRE VIEIRA

Data Confirmação: 04/09/2019 12:45

CRM: 5452 SE

Evolução:

#1º DPO FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO, PROCEDIMENTO REALIZADO POR DR. JULIO TORRES NO DIA 03/09/2019, SEM INTERCORRÊNCIAS. NO MOMENTO EVOLUI DE FORMA SATISFATÓRIA, SEM INTERCORRÊNCIAS.

EF- FO SECA, SEM SINAIS DE INFECÇÃO, EM BOM ESTADO, EXTREMIDADE PÉRFUNDA, NEUROVASCULAR NORMAL

CD
- ALTA HOSPITALAR

Notas Adicionais:

Marco Freire Vieira
CRM-SE 5452
MR Ortopedia e Traumatologia



Hospital Universitário
Espírito Santo
EVOLUÇÃO

04/09/2019 12:45

Identificação

Paciente: JOSE ROMILDO SANTOS

Prontuário: 67114/9

HOSPITAL UNIVERSITARIO LAGARTO RELAT ECG

ID : 1 JOSE ROMILDO SANTOS 45Años Homem

Info Diagnóstico:

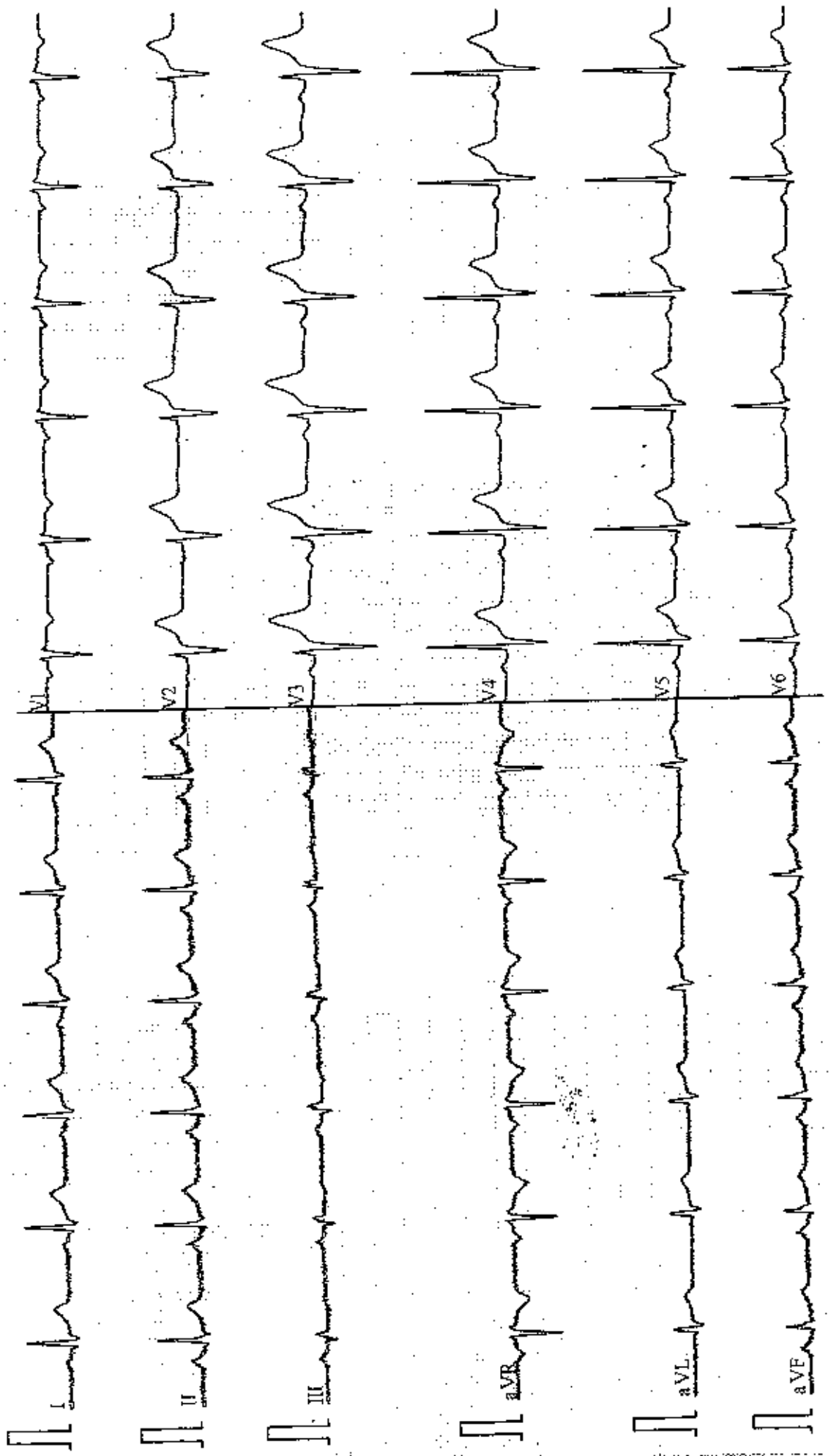
FC : 72 bpm
 P : 112 ms
 PR : 164 ms
 QRS : 102 ms

QT/QTc : 370/405 ms

P/QRS/T : 67/37/32 °

RV5/SV1 : 1.340/0.724 mV

Técnico : TR JORGE ALMEIDA
 Relatório confirmado por:



Paciente: JOSE ROMILDO SANTOS
Data de Nascimento: 15/07/1974
Nro Identidade:
Emissão do laudo: 26/08/2019
Dr(a) KATARINE CARVALHO CAETANO

Origem: Ambulatório
Prontuário: 0067114/9
Convênio: SUS
Cartão SUS: 701007865049393

Página 1

Solicitação: 20142

Material SANGUE

HEMOGRAMA

Método: MYTHIC 18, COM REVISÃO DE LÂMINA.

ERITRÓCITOS: 5,37 milhões/ μ L

HEMOGLOBINA: 14,2 g/dL

HEMATÓCRITO: 43,3 %

VCM: 80,83 fL

HCM: 26,4 pg

CHCM: 32,8 g/dL

RDW: 13,3 %

LEUCÓCITOS TOTAIS: 9000 μ L

Val. de Ref.: HOMEM

MULHER

4.3-6.0

3.9-5.3 milh/mm³

13.6-17.8

12.0-16.0 mg/dL

41.0-54.0

36.0-48.0%

80 a 100 fL

27 - 33 pg

32 - 36 g/dL

11 - 14,5 %

3.600 - 11.000 mil/ μ L

Valores de referência

NÚMEROS RELATIVOS

NÚMEROS ABSOLUTOS

PROMIELÓCITOS

0

%

0

/ μ L

MIELÓCITOS

0

%

0

/ μ L

METAMIELÓCITOS

0

%

0

/ μ L

BASTÕES

0

%

0

/ μ L

SEGMENTADOS

86

%

7740

/ μ L

EOSINÓFILOS

0

%

0

/ μ L

BASÓFILOS

0

%

0

/ μ L

MONÓCITOS

4

%

360

/ μ L

LINFÓCITOS

10

%

900

/ μ L

PLASMÓCITOS

0

%

0

/ μ L

ELASTOS

0

%

0

/ μ L

LINFÓCITOS ATÍPICOS

0

%

0

/ μ L

PLAQUETAS: 145000 /mm³

VPM: 6,4

140.000 A 400.000/mm³

Recebimento material: 26/08/19 18:54 Liberado em: 26/08/19 19:01

Exames conferidos e liberados digitalmente por:
JUSSARA LEITE DO NASCIMENTO - CRBM : 8874 SE

Jussara Leite do Nascimento
CRBM - 8874 SE
Biomédica

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

CNPJ: 15.126.437/0031-69 - Telefone (55)(nuil) nuil - Telefax nuil - Caixa Postal nuil

email: nuil - homepage: nuil

Paciente: JOSE ROMILDO SANTOS
Data de Nascimento: 15/07/1974
Nro Identidade:
Emissão do laudo: 26/08/2019
Dr(a) KATARINE CARVALHO, CAPTANO

Origem: Ambulatório
Prontuário: 0067114/9
Convênio: SUS
Cartão SUS: 701007865049393

Página 1

Solicitação: 20142

COAGULOGRAMA (SANGUE)

COAGULOGRAMA

TEMPO DE SANGRAMENTO (TS): 1 min.
TEMPO DE COAGULAÇÃO (TC): 7 min.
TEMPO DE PROTROMBINA (TP): 14,5 seg.
ATIVIDADE (TP): 79 %
INR: 1,25
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTPA): 28,6 seg.
PLAQUETAS: 117000 /mm³

Valores de Referência: 1 a 4 min.
Valores de Referência: 4 a 10 min.
Valores de Referência: 11 a 13 seg.
Valores de Referência: 70 a 100 %
Valores de Referência: Até 1,20
Valores de referência: 28 a 43 seg.
Valores de Referência: 150 a 450/mm³

Recebimento material: 26/08/19 18:54 Liberado em: 26/08/19 20:17

Exames conferidos e liberados digitalmente por:
DIEGO RANGEÔ DA COSTA PAIXÃO - CRBM : 2762

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

Paciente: JOSE ROMILDO SANTOS
Data de Nascimento: 15/07/1974
Nro Identidade:
Emissão do laudo: 26/08/2019
Dr(a): KATARINE CARVALHO CAETANO

Origem: Ambulatório
Prontuário: 0067114/9
Convênio: SUS
Cartão SUS: 701007865049393

Página 1

Solicitação: 20142

Material SANGUE

UREIA: 34 mg/dL

Método: Enzimático UV

Valores de Referência: Adulto/Homem: 18 a 35 mg/dl
Adulto/Mulher: 15 a 43 mg/dl

Recebimento material: 26/08/19 18:54 Liberado em: 26/08/19 20:17

Exames conferidos e liberados digitalmente por:
DIEGO RANGEÔ DA COSTA PAIXÃO - CRBM : 2762

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

Paciente: JOSE ROMILDO SANTOS
Data de Nascimento: 15/07/1974
Nro Identidade:
Emissão do laudo: 26/08/2019
Dr(a) KATARINE CARVALHO CAETANO

Origem: Ambulatório
Identificador: 0067114/9
Convênio: SUS
Cartão SUS: 701007865049393

Página 1

Solicitação: 20142

Material: SANGUE

CREATININA: 1,2 mg/dl

Método: Cinético

Valores de Referência: Homem: 0,70 A 1,30 mg/dl
Mulher: 0,60 A 1,10 mg/dl

Recebimento material: 26/08/19 18:54 Liberado em: 26/08/19 20:17

Exames conferidos e liberados digitalmente por:
DIEGO RANGEO DA COSTA PAIXAO - CRBM : 2762

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

Paciente: JOSE ROMILDO SANTOS
Data de Nascimento: 15/07/1974
Nro Identidade:
Emissão do laudo: 26/08/2019
Dr(a) KATARINE CARVALHO CAETANO

Origem: Ambulatório
Prontuário: 0067114/9
Convênio: SUS
Cartão SUS: 701007865049393

Página 1

Solicitação: 20142

Material SANGUE

GLICOSE: 123 mg/dL

Método: GOD - PAD Fotométrico Enzimático

Valores de Referência: Adultos : 70 a 115 mg/dL

Recebimento material: 26/08/19 18:54 Liberado em: 26/08/19 20:17

Exames conferidos e liberados digitalmente por:
DIEGO RANGÊO DA COSTA PAIXAO - CRBM : 2762

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



Universidade
Federal do Rio de Janeiro

BOLETIM DE ANESTESIA

EBSERH
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GERAL

NOME: Dr. Romildo Santos NASCIMENTO: 15/7/74
PROCEDIMENTO: Tratamento cirúrgico de pólipos de tornozelo esquerdo CIRURGIÃO: Gláuber

AGENTES INALATORIOS		(S)	(I)	(C)	(E)	(G)	(B)	(D)	(A)
Oxigênio	Litro								
Ar Comprimido	Litro								
Ventil	%								

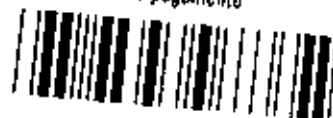
AGENTES VEROSOS: (mg)		(S)	(I)	(C)	(E)	(G)	(B)	(D)	(A)
1. Dexmedetomidina 10 mg									
2. Diplozepam 3 mg									
3. Nitrogênio 1 mg									
4. Clonazepam 8 mg									
5. Gabapentina 260									
6. Sufentanil 200									
7. Propofol 100 mg									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									

VENTILAÇÃO		(S)	(I)	(C)	(E)	(G)	(B)	(D)	(A)
☐ Espontânea	200								
☐ Cateter nasal									
☐ Máscara facial									
☐ Máscara laríngea									
☐ Mecânica	150								
☐ FIO 1 Fr									
☐ Filtro respiratório									
☐ Sistema circular	100								
☐ Não retilineo									

MONITORIZAÇÃO		(S)	(I)	(C)	(E)	(G)	(B)	(D)	(A)
☒ Cardioscopia									
☒ ECG									
☒ Oximetria de pulso									
☐ ETCO2	50								

Fluidos:		(S)	(I)	(C)	(E)	(G)	(B)	(D)	(A)
SP02 %	85%								
ETCO2 mmHg	35								
Verificadas	G								

TÉCNICA ANESTÉSICA: () Geral (X) Regional (X) BSA		Destino: (X) CPRA () UTI () Quarto	
Intubação orotraqueal e oxigenação nasal dorsal com cloridrato de clonazepam 1 mg 9,5% hiperbarico +			
epidural 276, bupivacaína 15 mg			
OBSERVAÇÕES: morfina 60 mg			
		DATA: 3/9/19	
		HORA: 8:30	
		FIM: 10:00	
		ANESTESISTA: Dr. Romildo Santos	
		CRM/SE 3829	



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO

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, Jose Romildo Santos

PORTADOR(A) DO RG Nº 1.392.395

EXPEDIDO POR SSP/SZ

EM 06/10/2019

CPF 904.639.355-00 / CNPJ 000000000-00000-00. PROFISSÃO Pedreiro

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jose Romildo Santos. 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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0645 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 50293-5

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.

Salgado/24 de outubro de 2019
Se LOCAL E DATA

Jose Romildo Santos
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.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



CAIXA
POUPANÇA

6277 8017 1367 8286

0277

VALIDITY DATE

10/24

JOSE ROMILDO SANTOS
0645 013 00050293-5

elo

JW



e dou fe que a presente cópia reprográfica é a reprodução fiel do original que me foi exibido em 23/10/2019 em Augusto César de Oliveira Santos, Escrivão Autorizado, assinou e dou fe. Taxa R\$ 2,87; Perda R\$ 0,57, Total R\$ 3,44

Selo nº 201929629007954 24/10/2019 11:55:12
Consulte autenticidade em www.tjse.jus.br/x/47MUCB



**GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DISTRITAL DE SALGADO - SALGADO - SE**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 111592/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 23/10/2019 13:06

Data/Hora Fim: 23/10/2019 13:18

Origem: Pessoa Física - Particular

Delegado de Polícia: Paulo Cristiano Alves Ricarte

Boletim de ocorrência



DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Itaporanga d'Ajuda

Data/Hora do Fato: 26/08/2019 15:00

Local do Fato

Município: Itaporanga d'Ajuda (SE)

Logradouro: entrada do povoado sapé

Bairro: Povoado Sapé

CEP: 49.120-000

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSE ROMILDO SANTOS (COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: SE - Cumbe	Sexo: Masculino	Nasc: 15/07/1974
Profissão: Pedreiro			
Estado Civil: Divorciado(a)			
Nome da Mãe: ROSA MARIA SANTOS	Nome do Pai: JOSE RODRIGUES DOS SANTOS		

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 904.639.355-00

RG - Carteira de Identidade: 1392395

Endereço

Município: Salgado - SE

Logradouro: CONJUNTO NASCIMENTO ALVES

Bairro: ESTAÇÃO

Telefone: (79) 99941-5275 (Celular)

Nº: 152, RUA E

CEP: 49.390-000

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Placa NVG5291	Renavam 00279413580
Número do Chassi 9C2J4120BR517588	Cor ROXA
UF Veículo Sergipe	Marca/Modelo MOTO HONDA CG 125 FAN ES
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Meio Empregado	

Nome Envolvido	Envolvimentos
JOSE ROMILDO SANTOS	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Delegado de Polícia Civil: Paulo Cristiano Alves Ricarte

Impresso por: Luzinaldo Santos Xisto

Data de Impressão: 23/10/2019 13:18

Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



Procedimentos Policiais Eletrônicos

[Assinatura]
Luzinaldo Santos Xisto
Agente de Polícia Civil
RG 1392395



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DISTRITAL DE SALGADO - SALGADO - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

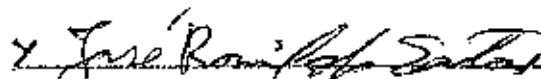
Nº: 111592/2019

RELATA O NOTICIANTE QUE NO DIA 26/08/2019, POR VOLTA DAS 15H, VINHA TRAFEGANDO EM SUA MOTO, PROXIMO AO POVOADO SAPÉ, EM ITAPORANGA, QUANDO, AO FAZER UMA CURVA E TENTAR DESVIAR DE VEICULO, CAIU COM SUA MOTO; QUE SOFREU LESÕES NO TORNOZELO ESQUERDO, O PUNHO ESQUERDO E LESÃO NA CABEÇA; QUE É DEVIDAMENTE HABILITADO; QUE FICOU INTERNADO POR 3 (TRÊS) DIAS CONFORME RELATORIO MEDICO APRESENTADO NESTA DEPOL; QUE NÃO TINHA FEITO USO DE BEBIDA ALCOOLICA NO MOMENTO DO ACIDENTE; É O RELATO.

ASSINATURAS


Luzinaldo Santos Xisto
Agente de Polícia Civil
RG. nº 903758/SE

Luzinaldo Santos Xisto
Agente de Polícia
Matrícula 803758
Responsável pelo Atendimento


JOSE ROMILDO SANTOS
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que fui originada, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO DE SALGADO-SE

Titular: EDUARDO SOARES LINS DE CARVALHO
Telefone: (79) 3651-1766



Certifico e dou fé que a presente cópia reprográfica é a reprodução fiel do original que me foi exibido em 24/10/2019. Eu, Augusto César de Oliveira Santos, Escrevente Autorizado, assino e dou fé. Taxa R\$ 2,00; Foral R\$ 0,57, Total R\$ 2,57.
Auto: 201929629007954 24/10/2019 11:54:42
Consulta autenticidade em www.tjse.jus.br/x/4/MUCB



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, José Romildo Santo, portador da carteira de identidade nº 1392.395 e inscrito no CPF/MF sob o nº 90463935500 residente e domiciliado na Rua E, nº 152, Conj. Nascimento Alves, Cidade Salgado Estado Sergipe, 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.

Declaração de Inexistência de IML



José Romildo do Santo

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Salgado/SE 24 de setembro 2019

Local e data