

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE RAIMUNDO SANTOS

BANCO: 341

AGÊNCIA: 05634

CONTA: 000000029997-7

Autenticação:

1FE50F9B89D034F223E4A70742C7A9E365772E2131C09831C419EBCD2A072545

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190587451

Cidade: Aracaju

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE RAIMUNDO SANTOS

Data do acidente: 20/08/2018

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PLATOU TIBIAL A DIREITA

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO COM MARCHA CLAUDICANTE (+++/+4) COM APOIO DE MULETAS, FORÇA MUSCULAR DA COXA E PERNA DIMINUÍDA (++/+5), CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE ANTERO LATERAL DO JOELHO E PERNA, AUMENTO DO VOLUME DO JOELHO (CALO ÓSSEO E MATERIAL DE SÍNTESE), DOR, EDEMA, E BLOQUEIO SEVERO DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO, JOELHO EM GENO VARO IMPORTANTE, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO, LATERAL E MEDIAL DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO. .
AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO JOELHO: EXTENSÃO 00° / FLEXÃO 115°

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/10/2019

Conduta mantida:

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 joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190587451
Nome do(a) Examinado(a): Jose Raimundo Santos
Endereço do(a) Examinado(a): C Lot Galego, S/N
Centro Aracaju SE CEP: 49008-262
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 20133200
Data local do acidente: [20/08/2018]
Data local do exame: [25/10/2019] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DO PLATOU TIBIAL A DIREITA

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA COM PARAFUSOS,
Complicações: BLOQUEIO SEVERO DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO, RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS
Data da Alta: 23/08/2018**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO COM MARCHA CLAUDICANTE (+++/+4) COM APOIO DE MULETAS, FORÇA MUSCULAR DA COXA E PERNA DIMINUÍDA (++/+5), CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE ANTERO LATERAL DO JOELHO E PERNA, AUMENTO DO VOLUME DO JOELHO (CALO ÓSSEO E MATERIAL DE SÍNTESE), DOR, EDEMA, E BLOQUEIO SEVERO DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO, JOELHO EM GENO VARGO IMPORTANTE, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO, LATERAL E MEDIAL DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO. .
AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO JOELHO: EXTENSÃO 00° / FLEXÃO 115°**

- IV. Nexa de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DÉFICIT FUNCIONAL GRAVE EM JOELHO DIREITO.

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

JOELHO - Lado Direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio ☒ (X) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Manoel Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

Nome: JOSE RAIMUNDO SANTOS

CPF: 022.309.515-05

DATA DE NASCIMENTO: 18/09/1965

SEXO: M

REACAO: DARIO AQUINO SANTOS
MARIA CLEMENCIA SANTOS

VALIDADE: 23/09/2020

VALIDADE: 13/09/2016

VALIDADE EM TODOS OS TERRITORIOS NACIONAIS

1089378300



PROIBIDO PLASTIFICAR 1089378300	RESERVAÇÃO	
	SEM OBSERVAÇÃO:	
		
	ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO	
	LOCAL ARACAJU, SE	DATA DE EMISSÃO 26/06/2015
		
Ulysses Senechal da Mota Neto DIRETOR - PRESIDENTE		
70447856048 SEDI6660838		
DETRAN-SE (SERGIPE)		

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 ASL: _____ CPF da vítima: 022.309.515.05 Nome completo da vítima: José Raimundo Santos

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

Nome completo: José Raimundo Santos CPF: 022.309.515.05
Profissão: Recusou Endereço: C. Lot Galvão Número: 30 Complemento: Baba
Bairro: Zona de expansão Cidade: Araçáçu Estado: SE CEP: 47008-090
E-mail: _____ Tel.(DDD): (71) 9606-3112

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

DADOS CADASTRAIS
RECEITA 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 DE CONTA

☐ 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: Bomelo
AGÊNCIA: 054 CONTA: 010155073
(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 (vai 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____ Local e Data: Araçáçu/SE 23.03.2010
Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RDO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): José Raimundo Santos

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2º 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.



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 008109/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 22/01/2019 09:24 Data/Hora Fim: 22/01/2019 09:36
Delegado de Polícia: Daniela Ramos Lima Barreto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especial de Delitos de Trânsito
Data/Hora do Fato: 20/08/2018 08:40

Local do Fato

Município: Aracaju (SE)
Logradouro: Rua Arauá

Bairro: Centro

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Aracaju - SE

Nome Civil: JOSÉ RAIMUNDO SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: SE - Aracaju

Sexo: Masculino

Nasc: 18/09/1985

Profissão: Frentista

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria Clemencia Santos

Nome do Pai: Dario Aquino Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 022.309.515-05

Endereço

Município: Aracaju - SE

Logradouro: R. Gararu

Nº: 990

Bairro: Suissa

Telefone: (79) 99122-7355 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 990.155.105-63	Placa NVL5510
Renavam 00272692662	Número do Motor KC16E2A064965
Número do Chassi 9C2KC1620AR064965	Ano/Modelo Fabricação 2010/2010
Cor CINZA	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Aracaju	Marca/Modelo HONDA/CG150 TITAN MIX ES
Modelo HONDA/CG150 TITAN MIX ES	Veículo Adulterado? Não

Delegado de Polícia Civil: Daniela Ramos Lima Barreto
Impresso por: Carlos Rodrigo Ribeiro de Almeida
Data de Impressão: 22/01/2019 09:38
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 008109/2019

Quantidade: 1 Unidade	Situação: Envolvido
Última Atualização Denatran: 22/12/2010	Situação do Veículo: ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
José Raimundo Santos	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Relata que conduzia sua motocicleta pela rua Arauá, pela faixa da direita, quando a condutora de um Jeep Renegade, de cor verde, que seguia pela mesma rua pela faixa da esquerda, mudou de faixa sem dar atenção ao fluxo, causando a colisão do guidão da moto contra a porta traseira direita do carro; QUE caiu já na calçada; QUE a condutora do carro parou e um homem que estava como passageiro desceu, afirmando que eles iriam deixar uma pessoa no São Lucas e retomariam, mas isso não aconteceu, não sabendo informar ainda a placa do carro; QUE não deseja processar criminalmente a condutora do carro; QUE foi na própria moto para o hospital Nestor Piva, onde foi constatada fratura no joelho direito.

ASSINATURAS



Carlos Rodrigo Ribeiro de Almeida
Membro da Polícia Judiciária

Carlos Rodrigo Ribeiro de Almeida
Carlos Rodrigo Ribeiro de Almeida
Responsável pelo Atendimento

José Raimundo Santos
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) (autor) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 343-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Empresa: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE ARACAJU
CNPJ: 11.718.406/0001-20
Recurso: PRONTO ATENDIMENTO - NESTOR PIVA

FA		CONTA 706953		Data de Atendimento 20/08/2018 10:11:00
----	---	-----------------	--	--

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Jose Raimundo Santos		RG: 20133200	PRONTUARIO: 275652
DATA NASCIMENTO: 18/09/1985	IDADE REAL: 32 ANO(S)	SEXO: MASCULINO	CNS:
ENDERECO: Travessa C	Nº: 10	CEP: 49039625	COMPLEMENTO:
CIDADE: Linsiquero	MUNICIPIO: Aracaju	ESTADO: Sergipe	
ESTADO CIVIL: Solteiro(a)	PROFISSÃO:	NOME DO PAI:	
NOME DA MÃE: Maria Clemencia Santos	TELEFONE CEL: (79) 99817-7394	NATURALIDADE:	
FORMA RES:	PARENTESCO:	ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:	
DE ORIGEM:	ESPECIALIDADE: ORTOPEZIA		
DE ATENDIMENTO: CONSULTA	RESIDENCIA: RESIDENCIA		

INFORMAÇÃO DO CONVÊNIO

CONVENIO: SUS/SUS	EMPRESA:	CARENCIA:
ATRICULA:	VALIDADE:	GUIA:
SENHA:		

PREENCHIMENTO PELO PROFISSIONAL - ENFERMAGEM

QUEIXA PRINCIPAL E DURAÇÃO:	TP:	GLI:
	FC:	PA:
	FR:	SATO2:
ALERGIA: () NÃO () SIM QUAL?	ALT:	PESO:
MEDICAÇÃO EM USO:	CINT:	QUAD:
	IMC:	RCE:
	MCA:	RCQ:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: () VERMELHO () LARANJA () AMARELO () VERDE () AZUL	ENFERMEIRO: HORA	
ANTECEDENTES CLÍNICOS: () DM () HAS () GESTANTE		
() OUTROS: QUAL?		

PREENCHIMENTO PELO PROFISSIONAL -

HDA:

Assinatura do profissional de saúde

UPA DR. NESTOR PIVA
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 26/10/18
ASSINATURA

EXAME FÍSICO:

*Doi + edema + Hematoma les
femur 24*

CID:

INDUTA / PRESCRIÇÃO:

HORARIO

QUERIDA
ENFERMEIRA

TAA Tubo

Infermeira

EXAMES SOLICITADOS:

Refeição em

PARECER:

Futuro 1 Consulta Liberdade

ARTIGO DO PACIENTE:

RETORNO AO CONSULTÓRIO MÉDICO

ALTA

ALTA COM ORIENTAÇÃO

INTERNAÇÃO HOSPITALAR

OBSERVAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

HORA

TRANSFERÊNCIA

HORA

EVASÃO

MORTE

Jose Cleonice Nunes Melo
Ortopedia - Traumatologia
CRM 1728 TEOT 5516



ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
HOSPITAL Dr. NESTOR PIVA

RELATÓRIO MÉDICO

José Raimundo Santos Jôz
atendido no Hospital Nestor
PIVA em 20.08.18, com
trauma no joelho. Após
raio x e procedimento realizado
foi observado em bom estado
e sem fraturas

Cd 107

Dr. 03/10/18

Dr. Esdras Fagundes Ferreira
Cirurgia Geral
CRM 2203

Dr. Esdras Fagundes Ferreira
Coord. dos Médicos Ortopedistas e Cirurgiões - REUE

CIRURGIA

FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME: Mr. Wilson 1254

SOLICITO RAO X: RAIO D 2P

ARACAJU - SE

Dr. Gilson Teixeira
Ortopedia/Traumatologia
CRM-SE 4003

CIRURGIA

FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) SENHOR (A) Dr. Gilson

ENCONTRA-SE IMPOSSIBILITADO (A) DE EXERCER SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

CID: S12.1

Dr. Gilson Teixeira
Ortopedia Traumatologia
CRM-SE 4003

ARACAJU - SE 23 / 05 / 13

FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

ORIENTAÇÕES DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR APÓS ALTA HOSPITALAR

NOME: 701. MIRANDA 1951 IDADE: 62

DIAGNÓSTICO(S)/CID-10 I 721

DATA DA CIRURGIA 27/03/13 CIRURGIÃO: MIRANDA

DATA DA ALTA HOSPITALAR 27/03/13

- 1 - NÃO FICAR, CASO A CIRURGIA TENHA SIDO NO MEMBRO INFERIOR;
- 2 - MANTER MEMBRO OPERADO ELEVADO;
- 3 - CURATIVO DIÁRIO NO POSTO DE SAÚDE;
- 4 - TIRAR OS PONTOS NO POSTO DE SAÚDE APÓS 15 DIAS DA CIRURGIA;
- 5 - FAZER USO DAS MEDICAÇÕES PRESCRITAS;
- 6 - MARCAR RETORNO PARA DE LECOM EM 15 DIAS, APÓS ALTA HOSPITALAR PARA DIVISÃO, REGISTRO DO INSS E ORIENTAÇÕES, PELO NÚMERO (79) 210 7200 / 2106 7207
- OBS. CASO OCORRA ALGUMA INTERCORRÊNCIA PROCURAR UM SERVIÇO DE URGÊNCIA MAIS PRÓXIMO SE POSSÍVEL DO HOSPITAL DE CIRURGIA.
- 7 - TRAZER TUDO CITADO NA ALTA HOSPITALAR (FAZER NO POSTO DE SAÚDE).

Dr. Gilson Tencate
Ortopedia/Traumatologia
CRM-SE 4003



FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

RECEITUÁRIO

NOME: Mr. Robinson (1-71)

- 1 - CEFALOXINA 500mg28 comp.
1 comp. VO 6:00h/12:00h/18:00h/24:00h, durante 7 dias.
- 2 - PARACETAMOL 500mg ou DÍPIRONA 500mg28 comp.
1 comp. VO 6:00h/12:00h/18:00h/24:00h durante 7 dias.
- 3 - NIMESULIDA 100 mg14 comp.
1 comp. VO 9:00h e 21:00h, durante 7 dias.
VO 9:00h e 21:00h se dor forte
- 5 - XARELTO 10 mg30 comp.
1 comp. VO 8:00h durante 30 dias.

Dr. Gilson Teixeira
Ortopedia/Traumatologia
CRM-SE 4003

73-33-18

Av. Desembargador Maynard, nº 174. Telefone: 2106-7312. CEP: 49005-210. Aracaju-S

 CIRURGIA

FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) SENHOR (A) PAULO MIM-...
ENCONTRA-SE IMPOSSIBILITADO (A) DE EXERCER SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS POR UM
PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

CID: S92.1

Dr. Gilson Teixeira
Ortopedia/Traumatologia
CRM-SE 4003

ARACAJU - SE

23/02/13

200 15864-58-2

contato: 706204509118467

RG: 20133200

13262

CIRURGIA

FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

ORIENTAÇÕES DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR APÓS ALTA HOSPITALAR

NOME: JOÃO MIRANDA NASCIMENTO IDADE: 14-51

DIAGNÓSTICO(S)/CID-10 I.821

DATA DA CIRURGIA 22/03/13 CIRURGIÃO: MIRANDA

DATA DA ALTA HOSPITALAR 23/03/13

- 1 - NÃO PISAR, CASO A CIRURGIA TENHA SIDO NO MEMBRO INFERIOR;
- 2 - MANTER MEMBRO OPERADO ELEVADO;
- 3 - CURATIVO DIÁRIO NO POSTO DE SAÚDE;
- 4 - TIRAR OS PONTOS NO POSTO DE SAÚDE APÓS 15 DIAS DA CIRURGIA;
- 5 - FAZER USO DAS MEDICAÇÕES PRESCRITAS;
- 6 - MARCAR RETORNO PARA DE 12-04-13 EM 15 DIAS, APÓS ALTA HOSPITALAR PARA REVISÃO, RETORNO DO INSS E ORIENTAÇÕES PELO NÚMERO (79) 230 7200 / 2306 7207
- 7 - TRAZER A SIGUEITADO NA ALTA HOSPITALAR (FAZER NO POSTO DE SAÚDE).

OBS.: CASO OCORRA ALGUMA INTERCORRÊNCIA PROCURAR UMA SERVIÇO DE URGÊNCIA MAIS PRÓXIMO, SE POSSÍVEL DO HOSPITAL DE CIRURGIA.

Dr. Gilson F. Pereira
Ortopedia/Traumatologia
CRM-SE 4003



Doendo

ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
URGÊNCIA DR. NESTOR PIVA

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, que o (a) Sr (a) *José Leonardo Leite*,
portador da cédula de identidade nº _____, emitida pela SSP/_____, foi atendido(a) na

Unidade de Urgência Dr Nestor Piva no dia *20* / *08* / *18* às *10:11* horas, necessitando de *15*

(Apuz) dias de repouso, por motivo de doença.

CID: *S 82.1*

Aracaju *20* de *Agosto* de *2018*
José Cleane Nunes Neto
Ortopedia Traumatologia
ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL



Lactise
consultas e exames

Relatório Médico.

José Ramundo Santos, 33
anos de idade, piloto de uma
motocicleta em 20/08/2018,
quando colidiu com um carro e
caiu no chão de repente.

Procurou o UPA nearest Piva,
onde foi diagnosticado fratura
do plavato tibial D CID S82.1.

Imobilizado em tala gessada e
agendar cirurgia no H. de Ciru-
rgia pl tratamento, o que ocorreu

Obs. Este recetário não vale como recibo de honorários médicos.

Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE

www.lactise.com.br

Fone: (79) 3253-7200

© Whatsapp: (79) 98112-1117 / 99105-3815 / 98875-6772

MARQUE LOGO SEU PRÓXIMO ATENDIMENTO, TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.

1



Lactise
consultas e exames

neu em 22/08/2018 LI 1
parafuso comêdo.

Realizado 20 sessões de fisio-
terapia e comêdo alto.

Apesar dos tratamentos, fico-
ram seqüelas abaixo relaciona-
das:

(a) limitação de flexão e exten-
são.

(b) Presença de parafuso metá-

Obs. Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.

Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE

www.lactise.com.br

Fone: (79) 3253-7200

WhatsApp: (79) 98112-1117 / 99105-3815 / 98875-6772

MARQUE LOGO SEU PRÓXIMO ATENDIMENTO, TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.

2



Lactise
consultas e exames

lido no tibia; que produz
dor.

- (c) Hipotrofia muscular (xto.)
- (d) Parestesia no face medial
do olecranon D.

Perda funcional do M.D
de 25%.

Aracaju, 05/02/2019

Dr. Masayuki Ishi
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 1275

Obs. Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.
Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE
www.lactise.com.br Fone: (79) 3253-7200
© Whatsapp: (79) 98112-1117 / 99105-3815 / 98875-6772
MARQUE LOGO SEU PRÓXIMO ATENDIMENTO, TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.

3