

ITAU - 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 SÍNTSESE), 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 Vítimas 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 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°

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

Sim Não

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

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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(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):

Região Corporal (Sequela):

JOELHO - Lado Direito

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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 Otacílio Nascimento Júnior

Manoel Otacílio Nascimento Júnior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827





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:
João Raimundo Sontos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

João Raimundo Sontos

 CPF:
022 309 515 05

Profissão:

Recluso

Endereço:

C. 107 Galiléu

 Número:
50 Complemento:
esq

Bairro:

Zona da Exportação

Cidade:

Aracaju

 Estado:
SE

 CEP:
49008-090
 Tel.(DDD):
(71) 9606-3112

E-mail:

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

RENDA MENSAL:

 RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA

 ATÉ R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS CADASTRAIS

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: **Boméus**

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 AGÊNCIA: **054**

 CONTA: **0104 5507 3**

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 32, §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) Divorciado 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:
 Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RGDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 RGDO, 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
PÓLICIA 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)

Bairro: Centro

Logradouro: Rua Arauá

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

EN VOLVIDO(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

Nº: 990

Logradouro: R. Gararu

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

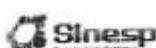
Página 1 de 2

Impresso por: Carlos Rodrigo Ribeiro de Almeida

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Data de Impressão: 22/01/2019 09:38

Protocolo nº: Não disponível





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 retornariam, 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
Delegado de Polícia de Indeferro

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 eu (a) (única) responsável pelas informações acima apresentadas e declarei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei ungido, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia; 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Jose Raimundo Santos		RG: 20133200	PRONTUÁRIO: 275657
DATA NASCIMENTO: 18/09/1985		IDADE REAL: 32 ANO(S)	SEXO: MASCULINO
ENDERECO: Travessa C		Nº: 10	CEP: 49039625
LAUREADO: Desnudado	MUNICÍPIO: Aracaju	COMPLEMENTO:	
ESTADO CIVIL: Solteiro(a)	PROFISSÃO:	ESTADO: Sergipe	
PAPEL DA MÃE: Maria Clemência Santos	NOME DO PAI:		NATURALIDADE:
TELEFONE RES:	TELEFONE CEL: (70) 99817-7394		
ESTADO CIVIL: Solteiro(a)	PARENTESCO:		ASINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL
PAPEL DA MÃE: Maria Clemência Santos	ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA		
ENDEREÇO: CONSULTA			
RESIDÊNCIA: RESIDENCIA			

INFORMAÇÃO DO CONVÉNIO

CONVÉNIO: SUS SUS	EMPRESA:	CARENÇIA:
ATRÍCULA:	VALIDADE:	SENHA:

PREENCHIMENTO PELO PROFISSIONAL - ENFERMAGEM

QUEIXA PRINCIPAL E DURAÇÃO:	TP:	GL:
	FC:	PA:
	FR:	SAT02:
ALERGIA: () NÃO () SIM QUAL?	ALT:	PESO:
MEDICAÇÃO EM USO:	CINT:	QUAD:
CLASSE DE RISCO: () VERMELHO () LARANJA () AMARELO () VERDE () AZUL	IMC:	RCE:
ANTECEDENTES CLÍNICOS: () DM () HAS () GESTANTE	MCA:	RCQ:
() OUTROS: QUAL?	ENFERMEIRO/HORA	
PREENCHIMENTO PELO PROFISSIONAL -		

HORA:

Assinei no Jelso na vdg

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

ASSINATURA

EXAME FÍSICO:

Doen + edema + Hemorragia ligeira
Jelso dg

CID:

ADUTA / PRESCRIÇÃO:

TAA Tubo
Prosthetic

HORARIO

RUÉRICA
ENFERMEIRA

EXAMES SOLICITADOS:

Levele on

RECER:

Fisher Consulta fut m

ARTIGO DO PACIENTE:

RETORNO AO CONSULTÓRIO MÉDICO

ALTA

ALTA COM ORIENTAÇÃO

INTERNAÇÃO HOSPITALAR

OBSERVAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

HORA

TRANSFERÊNCIA

HORA

EVASÃO

OBITO

*Jose Cleonnes Nunes Mota
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 1738 TECOT 5516*



ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAUÁJU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
REDE DE URGENCIA E EMERGÊNCIA
HOSPITAL Dr. NESTOR PIVA

RELATÓRIO MÉDICO

José Rainhoes Santo
atendido no ambulatório
PMF em 20.08.18, com -
fratura no joelho. Após
radio e procedimento metido
foi colocado enxerto e
fechado seu fraturado

Cel 707

Arv, 03/10/18

Dr. Esdras Fagundes Ferreira
Cirurgia Geral
CRM 2203

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

D. 6

CIRURGIA

FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME: WILSON LIMA

SOLICITO RAIO X 23/02 0 2P

ARACAJU - SE 23/02/2001

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) *70/11 12/02-13*

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

CID: *510.1*

Dr. Gilson Teixeira
Ortopedia Traumatologia
CRM/SE 4003

ARACAJU - SE *23/02/13*

40-20150-111749
61-20133200

FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)
ORIENTAÇÕES DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR APÓS ALTA HOSPITALAR

NOME: RODRIGO MIRANDA IDADE: 11-51

DIAGNÓSTICO(S)/CID-10: S82.1

DATA DA CIRURGIA: 23/03/13 CIRURGÃO: RODRIGO

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 - MARQUE PERTOPOPO PARA DF LICURGUS EM 15 DIAS, APÓS ALTA HOSPITALAR PARA REVISÃO, RELATÓRIO DO INSS E ORIENTAÇÕES PELO NÚMERO (74) 210 7200 / 2106 7207
- 7 - TRAZER ESTE CARTÃO NA ALTA HOSPITALAR (FAZER NO POSTO DE SAÚDE).

Dr. Gilson Temeira
Ortopedia/Traumatologia
CRM-SE 4003

FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)



RECEITUÁRIO

NOME: WIL MUNIZ / 1-71

- 1 - CEFALEXINA 500mg 28 comp.
1 comp. VO 6:00h/12:00h/18:00h/24:00h, durante 7 dias.
- 2 - PARACETAMOL 500mg ou DIPIRONA 500mg 28 comp.
1 comp. VO 6:00h/12:00h/18:00h/24:00h durante 7 dias.
- 3 - NIMESULIDA 100 mg 14 comp.
1 comp. VO 9:00h e 21:00h, durante 7 dias.
VO 9:00h e 21:00h se dor forte
- 5 - XARELTO 10 mg 30 comp.
1 comp. VO 8:00h durante 30 dias.

Dr. Gilson Teixeira
Ortopedia/Traumatologia
CRM-SE 4003

23/03/13

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

 CIRURGIA

Tornered

FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) SENHOR (A) 7011111111111111
1970

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

CID: 5921

Dr. Gilson Teixeira
Ortopedia/Trumatologia
CRM-SE 4003

ARACAJU - SE 23/02/13

contat: 706204509118467

R6: 20133200

15267

HOSPITAL DE CIRURGIA

FUNDAÇÃO DE BENEFICIÉNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

ORIENTAÇÕES DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR APÓS ALTA HOSPITALAR

NOME: Paulo Mironow 14-51 IDADE:

DIAGNÓSTICO(S)/CID-10: 521

DATA DA CIRURGIA: 27/03/13 CIRURGIÃO: NOVAK

DATA DA ALTA HOSPITALAR: 27/03/13

- 1 - NÃO PISAR, CASO A CIRURGIA TENHA SIDO NO MÉMBO INFERIOR;
- 2 - MANTER MÉMBO 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 - MARQUE RETORNO PARA DE CLINICA EM 15 DIAS, APÓS ALTA HOSPITALAR PARA REVISÃO. BTU TÉCNICO DO INSS E ORIENTAÇÕES PELO NÚMERO (79)230 7200 / 2306 7207
- 7 - TRAZER FOLHETADO NA ALTA HOSPITALAR (FAZER NO POSTO DE SAÚDE).

Dr. Gilson Ferreira
Ortopedia Traumatologia
CRM-SE 4003



Desend

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 Cleunes Nunes Lente, emitida pela SSP/_____, foi atendido(a) na portador da cédula de identidade nº _____, Unidade de Urgência Dr Nestor Piva no dia 20/08/18 às 10:11 horas, necessitando de 15 (Quinze) dias de repouso, por motivo de doença.

CID: S 82.3

Aracaju 20 de Abril de 2018
José Cleunes Nunes Mota
Ortopedia / Traumatologia
ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL



Lacrise
consultas e exames

Relatório Médico

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

Procurou o UPA nestor Piva,
onde foi diagnosticado fratura
do plântil tibial D CID 582.1.
Fenômeno antebraço gesso e
agendou cirurgia no H. de Cirurgia
no pt tratamento, o que ocor

ESTE RECEITUÁRIO É UMA COPIA DA LACRISE

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

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

www.lacrise.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

rec em 22/08/2018 (111
porofuro comedido

Realizado 20 sessões de fisio
terapia e comedido alte

Apesar dos tratamentos, fico
rem sequelas abaixo relaciona
dos:

- a) limitações de flexão e esten
são.
- b) Presença de porofuro 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.

ESTE RECEITUÁRIO É UMA CORTEZIA DA LACTISE

2



Lacrise
consultas e exames

Dico no tâmbor, que produz
dor.

- (c) Hipotrofia muscular (67%)
- (d) Parestesia na face medial
do ombro.

Perda funcional do M1D
de 25%.

Aracaju, 05/02/2019

Dr. Masayuki Ishi
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 1275

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

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

www.lacrise.com.br

Fone: (79) 3253-7200

WhatsApp: (79) 98112-1117 / 99105-3815 / 98875-6777

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

3

ESTE RECEITUÁRIO É UMA CORTESIA DA LACRISE