

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: 20/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: COSMERINA DOS REIS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04874

CONTA: 000000022024-3

Nr. da Autenticação 1CD15066F3F7B1DA



Companhia Sul Sergipense de Eletricidade
Rua Capitão Salomão, 314-Centro- Estância/SE
CEP: 49200-000 CNPJ: 13.255.558/0001-99
www.sulgipe.com.br
☎ 0800-284-9909

FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA

UC / DV

43588 / 6

VALDICE DA CRUZ

R. FIRMINO ALVES, 77,
CENTRO - Cristinápolis/SE - 49.270-000

Medidor: 131680 - M

Mês de Referência	Consumo kWh	Vencimento	Valor R\$
01/2020	30	29/01/2020	20,50

DADOS CADASTRAIS	DADOS DE FATURAMENTO
Tarifa Convencional OMP/CP Grupo/Subgrupo: R - B Ligação Monofase Classe: RESIDENCIAL, RENDIMENTO NORMAL	Emissão: 14/01/2020 Mês/Ano Faturamento: 01/2020
Tensão de Fornecimento (V): 127 Limites adequados de Tensão (V): 117 a 133 Limites de variações de tensão em funcionamento conforme: ANEXO I DO MODELO DE PROPOSTA	Leitura atual: (14/01/2020) 21212 Leitura anterior: (17/12/2019) 21200 Próxima leitura: 14/02/2020 Consumo Medido (kWh): 12 Consumo Diário (kWh): 1,07 Dias de Consumo: 28 Ocorrência do Mês: Lido Média kWh últimos 12 meses: 13
CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 043668	IDENTIFICAÇÃO

HISTÓRICO DE CONSUMO - kWh	IDENTIFICAÇÃO
Mês/Ano Consumo Obs. Pagamento Valor R\$	Nota Fiscal Série: 03 048 5189-003272 17 02 507 790 / B
01/2020 30 Lido Em aberto 20,5	Local de Energia: 1
12/2019 30 Lido Em aberto 21,82	
11/2019 30 Lido Em aberto 20,95	
10/2019 30 Lido 27/11/19	
09/2019 30 Lido 30/09/19	
08/2019 30 Lido 05/09/19	
07/2019 30 Lido 05/07/19	
06/2019 30 Lido 05/07/19	
05/2019 30 Lido 05/07/19	
04/2019 30 Lido 08/05/19	
03/2019 30 Lido Em aberto 42,01	
02/2019 30 Lido 21/03/19	
01/2019 30 Lido 21/02/19	

ITENS FATURADOS	REAVISO DE FATURA VENCIDA
Descrição Consumo de energia C. DISPONÍVEL	Informamos que até o momento não registramos o pagamento do(s) débito(s) relacionado(s) abaixo
ADIC. BANC. AMARELO	MÊS/ANO VALOR
PS	12/2019 R\$ 21,82
COFINS	11/2019 R\$ 20,95
	03/2019 R\$ 42,01

TOTAL A PAGAR R\$	20,50
TRIBUTOS	Base de cálculo(R\$) Alíquota(%) Valor(R\$)
Incluído no preço de venda	ICMS 0,00 0,00
PS/PAVAP	20,50 0,89 0,18
COFINS	20,50 4,11 0,84

DADOS TÉCNICOS
Inst. transformadora: 1000007
Número do medidor: 131680
Fator de multiplicação: 1,000
Tipo de ligação: Monofase

INDICADORES DE CONTINUIDADE				
Grupo: TOMAR DO OERJ	Referência: 11/2019	MENSAL	TRIMESTRAL	ANUAL
EUSEI: 11,11		META DIC: 6,03	12,00	24,12
O consumidor tem o direito de solicitar a universalidade e a prestação dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DCRI a qualquer tempo.		APUR DIC: 0,00	0,00	0,00
O consumidor tem o direito de receber uma compensação caso sejam violados os índices de continuidade e qualidade relativos à energia consumida e para serviços essenciais, lit. e anual.		META FIC: 3,98	8,73	13,45
		APUR FIC: 0,00	0,00	0,00
		META DMIC: 3,54		
		APUR DMIC: 0,00		

RESERVADO AO FOLIO: 4448 F889 B885 30ER C48T 748C 8955 B888

Reservado ao FOLIO, versão 01/11/2019

MENSAGEM



Companhia Sul Sergipense de Eletricidade
Rua Capitão Salomão, 314-Centro Estância/SE
CEP: 49200-000 CNPJ: 13.255.856/0001-06

www.sulgipe.com.br

0800-284-9909

FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA

UC / DV

54505 / 8

ESTER F DOS SANTOS

PCA JOSÉ ALVES DE OLIVEIRA, 248,
CENTRO - Cristinápolis/SE - 49.270-000

Medidor: 948175 - B

Mês/Ano Referência	Consumo kWh	Vencimento	Valor R\$
09/2018	110	02/10/2018	131,04

DADOS CADASTRAIS

CNPJ/CPF:
Grupo: B Ligação: Bifásico
Classe: RESIDENCIAL - RESIDENCIAL NORMAL

Tensão de Fornecimento (V): 220
Limites adequados de Tensão (V): 202 a 231
LIMITES DAS TENSÕES DE FORNECIMENTO CONFORME
ANEXO I DO MÓDULO 8 DO PRODIST
CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 054505

HISTÓRICO DE CONSUMO - kWh

Mês/Ano	Consumo	Obs.	Pagamento	Valor R\$
08/2018	241	Lido	Em aberto	263,90
07/2018	194	Lido	17/09/18	
06/2018	263	Lido	15/08/18	
05/2018	252	Lido	26/07/18	
04/2018	301	Lido	20/06/18	
03/2018	290	Lido	23/05/18	
02/2018	286	Lido	10/04/18	
01/2018	217	Lido	02/03/18	
12/2017	137	Lido	05/02/18	
11/2017	234	Lido	15/01/18	
10/2017	209	Lido	08/12/17	
09/2017	178	Lido	13/11/17	

DADOS DE FATURAMENTO

Apresentação	18/09/2018
Mês/Ano Faturamento	09/2018
Leitura atual	(17/09/2018) 21796
Leitura anterior	(15/08/2018) 21686
Próxima leitura	19/10/2018
Consumo Medido (kWh)	110
Consumo Diário (kWh)	3,33
Clas de Consumo	33
Ocorrência do Mês	Lido
Média kWh últimos 12 meses	234

IDENTIFICAÇÃO

Nota Fiscal / Série: 00 482 435 / B
03 046 5202 004105 11
Local de Entrega: 1

COMPOSIÇÃO DA FATURA - R\$

(Art 31, resolução 186/2005 - ANEEL)	
Energia	34,20% 37,35
Distribuição	26,30% 28,72
Transmissão	7,30% 7,97
Encargos Setoriais	7,40% 8,08
Tributos	24,80% 27,08
Outros	21,83
TOTAL	131,04

ITENS FATURADOS

Descrição	Qtde.	Tarifa	Valor(R\$)
CONSUMO	110 x 0,04348 =		70,75
ADIC. BAND. VERMELHA	110 x 0,05000 =		5,50
ICMS			27,30
PIS			1,00
COFINS			4,83

Outras cobranças

JUROS E CORREÇÃO	06/2018	4,93
MULTA P/ ATRASO PAGTO	06/2018	5,12
JUROS E CORREÇÃO	07/2018	5,33
MULTA P/ ATRASO PAGTO	07/2018	3,79

Cobranças de terceiros

CIP- Prefeitura Municipal	2,66
---------------------------	------

TOTAL A PAGAR R\$ 131,04

TRIBUTOS	Base de cálculo(R\$)	Alíquota(%)	Valor(R\$)
ICMS	109,21	25,00	27,30
PIS/PASEP	109,21	0,92	1,00
COFINS	109,21	4,24	4,83

REAVISO DE FATURA VENCIDA

Informamos que até o momento não
registramos o pagamento do(s) débito(s)
relacionado(s) abaixo

MÊS/ANO	VALOR
08/2018	R\$ 263,90

VENCIMENTO DESTA REAVISO
03/10/2018

O não pagamento dos débitos em aberto
no prazo de vencimento desta reaviso
sujeita esta unidade consumidora a
suspensão do fornecimento de energia
elétrica conforme art. 172 da resolução
normativa n. 414/2010 da Agência
Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

DADOS TÉCNICOS

Inst. transformadora...	1030009
Número do medidor...	948175
Fator de multiplicação...	1,000
Tipo de ligação...	Bifásico

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjunto TGMAR DO GERU	Referência: 07/2018	MENSAL	TRIMESTRAL	ANUAL
EUSO: 72,18		META DIC: 6,15	12,30	24,80
O consumidor tem o direito de solicitar à distribuidora a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICI a qualquer tempo.		APUR DIC: 0,00	0,00	0,00
O consumidor tem direito de receber uma compensação, caso sejam violados os limites de continuidade individuais relativos à unidade consumidora para as seguintes mensal, tri e anual.		META FIC: 3,42	6,85	13,70
		APUR FIC: 0,00	0,00	0,00
		META DMIC: 3,63		
		APUR DMIC: 0,00		

RESERVADO AO FISCO: SESE 3487 77DO FRBO 3BE5 2055 10E1 B9FB

Res Anp: 2395/19 Band. Palmar, 2, 2018

MENSAGEM

19 OUT 2018

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 88 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE JOAQUIM FIGUEIREDO HENRI

inscrito (a) no CPF/CNPJ 469.600.315-91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ROSAMERINA DOS REIS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 906.583.885/68,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima ROSAMERINA DOS REIS SANTOS

inscrito (a) no CPF sob o Nº 906.583.885-68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>RUA JOAQUIM ALVES OLIVEIRA</u>		Número: <u>248</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>CRISTIANÓPOLIS</u>	Estado: <u>SE</u>	CEP: <u>49270-000</u>
E-mail: _____			Tel. (DDD): <u>79 9995-7633</u>

Local e Data: CRISTIANÓPOLIS-SE 06/07/2020

Assinatura

Assinatura do Declarante

RELATÓRIO MÉDICO

Sistema de Saúde

NOME DO PACIENTE: POSSUELA DOS REIS FARIAS
 DATA DA ENTRADA: 20/04/2019
 DATA DA SAÍDA: 23/04/2019

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário, sem ter contato profissional com o paciente, isto é, a responsabilidade do atendimento cabe aos médicos que o assistiram.

INTERNAMENTO: PS ☒ ENFERMARIA ☒ UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente em internamento na Unidade de Tratamento de 20/04/2019, apresentando fratura exposta da tíbia. Foi submetido a cirurgia e após recuperação clínica foi em alta com prescrição.

12 FEV 2020

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

20/04/19: Fixação externa da fratura da tíbia

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx: Fratura da tíbia

MÉDICOS ASSISTENTES:

MARCO FARIAS ALVES

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO ☒ TRANSFERIDO () ÓBITO ()

ARACAJU, 13 de NOVEMBRO de 2019

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

Ø Allergic Medicamentosa

MS/DATASUS		HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO		FAE LANÇADA	
No. DO BE: 1888884 CNS:		DATA: 09/04/2019 SETOR: 06-SUTURA		HORA: 21:37 USUARIO: AAOLIVEIRA	
IDENTIFICACAO DO PACIENTE					
NOME	COSMERINA DOS REIS SANTOS			DOC....:	
IDADE.....	46 ANOS	NASC: 00/00/0000	SEXO...:	FEMININO	
ENDEREÇO.....	RUA FIRMINIO DOREA	Bairro: CENTRO	NUMERO:	17	
COMPLEMENTO....		UF: SE	CEP....:	-	
MUNICIPIO.....	CRISTINAPOLIS		TEL....:		
NOME PAI/MAE...				99 9 541262	
RESPONSÁVEL....	TRAZIDA PELO SAMU / A PRÓPRIA			TRAUMA: NAO	<i>[assinatura]</i>
PROCEDENCIA....	CRISTINAPOLIS	PLANO DE SAUDE.....:	NAO		
ATENDIMENTO....	VITIMA DE ATROPELAMENTO	VEIO DE AMBULANCIA:	SIM		
CASO POLICIAL..:	NAO				
ACID. TRABALHO:	NAO				
PA: [X] mmHg	PULSO: []	TEMP.: []	PESO: []		
XAMES COMPLEMENTARES:	[] RAIO X	[] SANGUE	[] URINA	[] TC	
	[] LIQUOR	[] ECG	[] ULTRASSONOGRAFIA		
SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO					
DADOS CLINICOS: Paciente veio à urgência trazida pelo SAMU em protocolo, vítima de colisão bicicleta-carro. Alega perda de consciência, trauma nos membros superiores e inferiores e dor no abdômen. Ao EF: (R) Voz aérea diminuída, sem estertor. (C) Paciente apresenta boa saturabilidade pulmonar. (P) Pulso presentes e com pleia. (O) Pupilas isocóricas e reativas. (E) Pele rosada, sem lesões. Anotações da enfermagem: paciente apresentava suspeita de fratura aberta na perna esquerda. E apresentava pequena hematoma no joelho direito.					
DIAGNOSTICO:			CID:		
PRESCRIÇÃO			HORARIO DA MEDICACAO		
① SF 0,9% - 2000 ml IVI @ 140 gotas/min					
② Kefir 2g IVI					
③ Tramal 100mg + SF 100ml IVI					
④ SAT 5000 µ (IM)					
DATA DA SAÍDA: / /			HORA DA SAÍDA: :		
ALTA: [] DECISÃO MÉDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTÊNCIA					
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO					
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):					
TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):					
OBITO: [] ATE 48HS [] APÓS 48HS			[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATC		
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL			ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO		
REALIZADO EM 09/04/19 AS 22:48 HORAS					
TÉCNICO RAI RADIOLOGIA					

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 187033
Numero do CNS.....: 0000000000000000 700. 6064 9064 6764
Nome.....: COSMERINA DOS REIS SANTOS
Documento.....: Tipo :
Data de Nascimento: 19/12/1972 Idade: 46 anos
Sexo.....: FEMININO
Responsavel.....: Jose Simplicio dos Santos
Nome da Mae.....: Luzia Nascimento dos Reis
Endereco.....: RUA FIRMINIO DOREA 17
Bairro.....: CENTRO Cep.: 00000-000
Telefone.....:
Município.....: 2801702 - - SE
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 1888884
Clinica.....: 918 - CENTRO CIRURGICO SRPA
Leito.....: 999.0736
Data da Internacao: 09/04/2019
Hora da Internacao: 23:30
Medico Solicitante: 985.392.305-00 - MARCIO FARIAS ALVES
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador..: BMGSANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

Proc.Realizado:
Dt.Hr Saida:
Especialidade:
Tipo de Saida:
CID Principal:
CID Secundario:
Principal:
Secundario:
Outro:

23/04/2019
Alta hosp.
22/08/2019

EXAME DE RADIOLOGIA - HUSE

REALIZADO EM 14/11/19
AS 22:00:45 HORAS

TÉCNICO EM RADIOLOGIA

Cosmerina dos Reis Santos
cartão SUS : 700.6064 9064 6764

LAUDO MÉDICO SUPLEMENTAR

100

Nº DO LAUDO DA AIH	SEQUÊNCIA	Nº DO LAUDO DE ALTO CUSTO	Nº DO CARTÃO SUS	Nº DO PRONTUÁRIO
UNIDADE SOLICITANTE			CÓDIGO DA UNIDADE	CGC
NOME DO(A) PACIENTE <i>Carlos ...</i>				DATA DO NASCIMENTO
NOME DA MÃE				SEXO ☐ Masculino ☐ Feminino
ENDEREÇO COMPLETO				MUNICÍPIO EM QUE RESIDE
DATA DA INTERNAÇÃO	HORÁRIO DA INTERNAÇÃO Hs Min	CARÁTER ☐ URG. ☐ ELETIVA	TIPO	Nº DO LEITO
			ENFERMARIA	CPF MÉDICO SOLICITANTE

TIPO DE SOLICITAÇÃO

☒ 1- PERMANÊNCIA A MAIOR	☐ 4- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	☐ 7- DIÁLISE
☐ 2- MEDICAMENTOS ESPECIAIS	☐ 5- HEMODINÂMICA	☐ 8- RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
☐ 3- NUTRIÇÃO PARENTERAL	☐ 6- DIÁRIA DE RECEM NASCIDO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
☐ 9- HEMODERIVADOS	☐ 12- UTI II	PROCEDIMENTO 1 QTDE
☐ 10- USO DE ÓRTESE/PRÓTESE	☐ 13- UTI III	PROCEDIMENTO 2 QTDE
☐ 11- CIRURGIA MÚLTIPLA	☐ 14- OUTROS	PROCEDIMENTO 3 QTDE
☐ 15- DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	☐ 16- DIÁRIA DE UTI I	PROCEDIMENTO 4 QTDE
☐ 17- MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	☐ 18- MUDANÇA DE AIH 1 PARA AIH 5
☐ 21- NOVA AIH	☐ 23- CUIDADOS PROLONGADOS	☐ 19- MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5
☐ 22- PSIQUIATRIA	☐ 24- ACOMPANHAMENTO PÓS-TRANSPLANTE	☐ 20- MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5 - PÓS TRANSPLANTE
☐ 25- REABILITAÇÃO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
MÉDICO SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO) <i>Jose Edmar M. Almeida</i> Cirurgião Geral CRM-SE 972	DIRETOR CLÍNICO DA UNIDADE (ASSINATURA E CARIMBO)	DATA DA SOLICITAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

DADOS DA HISTÓRIA CLÍNICA E DO EXAME FÍSICO

Em anexo ...
... ..

EXAMES COMPLEMENTARES

TRATAMENTO

PROCEDIMENTO AUTORIZADO

DESCRIÇÃO DO NOVO PROCEDIMENTO

AUTORIZADO

MOTIVO DA REJEIÇÃO

☐ SIM ☐ NÃO

DATA DA AUTORIZAÇÃO OU REJEIÇÃO

MÉDICO SUPERVISOR (ASSINATURA E CARIMBO)	MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO)	CPF / MÉDICO AUTORIZADOR	MÉDICO COORDENADOR DA AUDITORIA (ASSINATURA E CARIMBO)
---	--	--------------------------	---

HUSE

BOLETIM DE ANESTESIA



Fundação Hospitalar de Saúde

PACIENTE: Osmeirino dos Reis Santos

REGISTRO:

UNIDADE: MEDICO:

LEITO:

CIRURGIA PROGRAMADA Fixação externa de tibia exposta

CIRURGIA REALIZADA

DATA

10/04/19

ANESTESIOLOGISTA

Dr. Samuel

TÉCNICA ANESTÉSICA

Propofol + N₂O

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

CIRURGIÃO

Dr. Márcio Farias

AUXILIAR

ASA

IE

HORA DE INÍCIO

00:15h

HORA DE TÉRMINO

1:20h

ACESSO VENOSO

MSCE

POSICÃO

00h 15 30 45 1h 15 30 45 2h 15 30 45 15 30 45 15 30 45

AGENTES INALATÓRIOS

FLUIDOS

RL 500 RL 500 RL 500

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

CEC OUTROS

MONITORIZAÇÃO

PA NÃO INVASIVA

☒

PVC

PA INVASIVA

☒

TEMPERATURA

ELETRCARDIOGRAFIA

☒

DIURESE

OXIMETRIA

☒

VENTILAÇÃO

CAPNOGRAFIA

☒

PAM

CONDIÇÃO DE ATUAÇÃO PARA CIPA

AGENTES ANESTÉSICOS

DOSE

ANABIOTECO PROTEÇÃO

NOME

1ª Dose as: horas

2ª Dose as: horas

3ª Dose as: horas

OBSERVAÇÕES

Propofol com 13-14
com gotinha 26G, e in
jeção de N₂O com 15
gotinha 0,1ml
ENCAMINHADO PARA: UTI UNIDADE

Dr. Samuel S. Nascimento
Médico Anestesiologista
CRM/SE 2912

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: **Osmerina dos Reis Santos**

DIAG. PRÉ-OPERATÓRIO: Fx exposta de tibia E

CIRURGIA REALIZADA: Limpeza cirurgica + fixação externa

CIRURGIÃO: DR Márcio Farias

AUXILIARES: MR2 Walber / MR3 Rodrigo Alencar

ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

ANESTESISTA: DR *SPR*

DIAG. PÓS OPERATÓRIO: o MESMO

() CIRURGIA LIMPA

() CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA

(X) CIRURGIA CONTAMINADA

() CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? () SIM (X) NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

() VIAS AÉREAS SUP. () PULMONAR () URINÁRIA () SNC () TGI

() CUTÂNEO () AP. CARDIO-VASCULAR () PLEURA () OUTROS

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1- PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

2- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

3- LIMPEZA ABUNDANTE COM SF0,9%

5- SUTURA DA LESÃO

6- FIXAÇÃO COM FIXADOR EM *NEVA*

7- LIMPEZA COM SF0,9%

8- CURATIVO

9 Confirmação fluoroscópica

10- *SAFA*

11-

12-

DATA: 09/04/2019

Márcio de Farias Alves
Cirurgião / Traumatologia / Ortopedia da Janela
CRM / SE 3407 TEOT 13974

Assinatura do Cirurgião



GOVERNO DE SERGIPE
Secretaria de Estado da Saúde

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE SAÚDE - FHS
BLOCO CIRÚRGICO
CONSUMO DE SALA

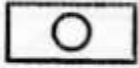


PACIENTE: Demerina dos Reis Santos DATA: 08/04/19
ENFERMEIRO: De Rocio ANESTESIOLOGISTA: Dr. Samuel
CIRURGIÃO: Estênio Távila TIPO DE ANESTESIA: Raqui Nº PRONTUÁRIO: 187033
INSTRUMENTADOR: João CIRCULANTE: João

RELACÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS CONSUMO DE SALA

FORM	QTD	ETIMATO	AMP	QTD	UND
ANTAK	AMP	FENTANIL 2ML	AMP	LUVAS ESTER Nº7 - 7.5 (8) 8.5	UND
ADRENALINA	AMP	FENTANIL 10ML	AMP	MICROPORE	CM
ATROPINA	AMP	KETALAR (DEXTHROETAMINA)	FR	PVPI DEGERMANTE	ML
ÁGUA DESTILADA	AMP	ISOLURANO	FR	PVPI TÓPICO	ML
AMINOFILINA	AMP	PROPOFOL	FR	SERINGAS ML	UND
BICARBONATO DE SÓDIO	AMP	ESMERON	FR	SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº	UND
CLORETO DE POTÁSSIO	AMP	PAYULON	AMP	SONDA DE ALÍVIO Nº	UND
COLÍRIO	GTS	TRACRIUM	AMP	SONDA NASOGÁSTRICA Nº	UND
CEDILANIDE	AMP	MARCAÍNA 0.5% C/V	FR	SONDA NELATON Nº	UND
CLINDAMICINA	AMP	MARCAÍNA 0.5% S/V	FR	SONDA DE FOLEY Nº	UND
CIPROFLOXACINO	UND	NEDCAÍNA PESADA	FR	TRAQUEÓSTOMO Nº	UND
DECADRON	AMP	XILOCAÍNA 1% C/V	FR	TORNEIRINHA 3 VIAS	UND
DIPIRONA	AMP	XILOCAÍNA 1% S/V	FR	TUBO ARAMADO Nº	UND
EFORTIL	AMP	XILOCAÍNA 2% C/V	FR	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	UND
EFEDRINA	AMP	XILOCAÍNA 2% S/V	FR	FILTRO BARREIRA	UND
FERNEGAN	AMP	XILOCAÍNA GELÉIA	FR	ACIFLEX Nº	UND
FLAGYL	UND	XILOCAÍNA SPRAY	TB	ALGODÃO C/AG Nº	UND
GARAMICINA	AMP	ÁGUA OXIGENADA	DOS	ALGODÃO S/AG Nº	UND
GHEOSE	AMP	AGULHA DE RAQUE Nº	ML	CAT GUT CROMADO S/AG Nº	UND
GLUCONATO DE CÁLCIO	UND	AGULHA DESCARTÁVEL Nº	UND	CAT GUT CROMADO C/AG Nº	UND
HEPARINA	FR	ALCOOL 70%	UND	CAT GUT SIMPLES S/AG Nº	UND
HIDROCORTIZONA	FR	ALGODÃO ORTOPÉDICO	ML	CAT GUT SIMPLES C/AG Nº	UND
HIPOGLOS	TB	ATAD. CREPOM	UND	FITA CARDÍACA Nº	UND
HISOGEL	UND	ATAD. GESSADA	UND	MONONYLON Nº	UND
KEFLIN	FR	CAPA P/ MICROSCÓPIO	UND	PROLENE Nº	UND
LASIX	AMP	CATETER DE OXIGÊNIO Nº	UND	VICRYL	UND
MANITOL 20%	UND	CERA P/ OSSO	UND	EQUIPO Nº	UND
POMADA SULFA	TB	CLOREXIDINA	UND	BISTURI ELÉTRICO	USO
POMADA COLAGENASE	TB	COLETOR DE URINA	UND	CAPINÓGRAFO	USO
POMADA OPTÁLMICA	TB	COMPRESSA GR	UND	CARRO DE ANESTESIA	USO
PLASIL	AMP	COMPRESSA PQ	UND	DEFIBRILADOR	USC
REVIVAN	FR	COTONETE	UND	FURADEIRA	USC
ROCEFIM	UND	DRENO DE ICHER Nº	UND	FOCO CIRÚRGICO	USC
SORO RINGER LACTATO	UND	DRENO DE PENROSE Nº	UND	INTENSIFICADOR () RX ()	USC
SORO FISIOLÓGICO	UND	DRENO DE SUÇÃO Nº	UND	MONITOR CARDÍACO	USC
SORO GLUCOFISIOLÓGICO	UND	DRENO DE TÓRAX Nº	UND	MICROSCÓPIO	USC
SORO GLUCOSADO	AMP	ELETRODOS	UND	NEGATOSCÓPIO	USC
TRASAMIN	AMP	EQUIPO	UND	OXÍMETRO DE PULSO	USC
PROFENID	AMP	EQUIPO DE SANGUE	UND	AR COMPRIMIDO	
REMIFETANIL (ULTIVA)	FR	ESCALPE Nº	UND	NITROGÊNIO	
FENTANIL + DROPERIDOL	AMP	ESCOVA DESCARTÁVEL	UND	OXIGÊNIO	
FLUMAZENIL	AMP	ESPARADRAPO	CM	PROTÓXITO DE AZÔNIO	
DIAZEPAM	AMP	ESTENSOR	UND		
DIMORF 0.2MG (MORFINA)	AMP	ÉTER	ML		
DIMORF 2MG (MORFINA)	AMP	FORMOL 10%	ML		
DIMORF 10MG (MORFINA)	AMP	GASE ALGODOADA	UND		
DOLANTINA (PETIDINA)	AMP	GASE SIMPLES	UND		
DORMANID 5MG (MIDAZOLAM)	AMP	GASE VASILINADA	UND		
DORMANID 15MG (MIDAZOLAM)	AMP	GELCO Nº	UND		
NARCAN (NALOXONA)	AMP	LÂMINA DE BISTURI Nº	UND		
NILPERIDOL (FENTANIL DROPERIDOL)	AMP	LÁTEX	UND		
TRAMAL (TRAMADOL)	AMP				

Registro de Enfermagem no Trans-Operatório

NOME		Camarina dos Reis Santos		PRONTUÁRIO		187033	
RECEBIDO NA S.O. POR				DATA		09/04/18	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA		ACORDADO		SONOLENTO		AGITADO	
CIRCULANTE		Grave 484348		PROCEDÊNCIA		COMATOSO	
ENTRADA S.O.		02:50 h		INÍCIO DA ANESTESIA		04:10h	
SAÍDA DA S.O.		01:30 h		FIM DA ANESTESIA		04:25h	
CIRURGIÃO		Dr.º Marcos Farias		1º AUXILIAR		Dr.º Rodrigo	
ANESTESISTA		Dr.º Samuel		2º AUXILIAR			
INSTRUMENTADOR		Maíra		LATERALIDADE		() DIREITA () ESQUERDA () NA	
CIRURGIA PROPOSTA							
CIRURGIA REALIZADA		Trat. cirúrgico de Fratura exposta e					
Tubo E		TÉCNICA ANESTÉSICA					
GERAL VENOSA		GERAL INALATÓRIA		GERAL COMBINADA		GERAL BALANCEADA	
PERIDURAL C/ CATETER		PERIDURAL S/ CATETER		SEDAÇÃO		BLOQUEIO DO PLEXO	
TUBO ENDOTRAQUEAL () ORAL () NASAL		Nº:		TUBO ARAMADO		Nº:	
						MÁSCARA LARINGEA	
ASSEPSIA							
PVPI TÓPICO		PVPI ALCOÓLICO		PVPI DERGEMANTE		CLOREXID. ALCOÓLICA	
						CLOREXID. DEGERMANTE	
						CLOREXID. AQUOSA	
EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS UTILIZADOS							
BOMBA DE INFUSÃO		DEFIBRILADOR		MONITOR CEREBRAL (BIS)		INTENSIFICADOR DE IMAGEM	
FIBROSCÓPIO		MONITOR CARDÍACO		PA (NÃO INVASIVA)		PA (INVASIVA)	
				OXÍMETRO		CAPNÓGRAFO	
FOCO AUXILIAR		FONTE DE LUZ		VIDEOLAPAROSCÓPIO		BRONCOSCÓPIO	
						OUTROS	
COXINS DE CONFORTO UTILIZADOS							
CABEÇA		MSD		MSE		MIE	
						MID	
BISTURI ELÉTRICO							
BIPOLAR				MONOPOLAR			
PLACA BISTURI				COMPRESSAS			
				GRANDES ENTREGUE 15 DEVOLVIDA 15			
LOCAL							
ELETRODOS				PEQUENAS			
INCISÃO CIRÚRGICA				ENTREGUE DEVOLVIDA			
AVP D (E)							
AVC D E							
GASOMETRIA: SIM () NÃO ()							
POSIÇÃO DO PACIENTE							
DORSAL		VENTRAL		LAT. ESQ		LAT. DIR	
				CANIVETE		TRENDELEMBURG	
						LITOTOMIA	

4-20

4-20

PRESCRIÇÃO MÉDICA - ORTOPEDIA

DATA: 10/04/2019

Mário de Fátima Alves
Mariana e Mariana
GRUPO SE 300 1974

- A SRPA

2 Jan^y 10th / 19

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÕES DIÁRIAS

DATA: 23 / 04 / 2019.

15 ° DIH

NOME: Cosmerina dos Reis Santos 46anos - A 6.1

DIAGNÓSTICO(S): Fratura Exposta 1/3 Distal Tíbia E

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º. Dieta Livre	
2º. Gelco Salinizado	
3º. Kefazol 1 g EV 8/8hs ou Keflin 1 g EV 6/6hs SUSP	
4º. Gentamicina 240mg + SF 0,9% 200 ml EV 1x dia SUSP	
5º. Dipirona 2ml + 8 ml AD EV ou Paracetamol 40gts VO 6/6hs	12. 18. 24 06
6º. Nauseidron 8mg EV 08/08hs SOS	
7º. Antak 50mg EV ou 150mg VO 12/12hs / Omeprazol 40mg EV ou VO às 6hs	06
8º. Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% EV ou VO 8/8hs SOS	
9º. Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% EV 12/12hs SUSP	
10º. Captopril 25mg VO 8/8hs se PAS > 180 mmHg e PAD > 110 mmHg SOS	
11º. Glicose 25% 04amp. EV se Glicemia < ou = 80mg/dl SOS	
12º. Clexane 40mg SC 1 x dia ou Heparina 5000UI SC 2 x dia	20
13º. Dextro 6/6hs SUSP	
14º Insulina Regular SC, após o dextro. 201 - 250: 02UI 251 - 300: 04UI 301 - 350: 06UI 351 - 400: 08UI > ou = 401: 10UI	
15º. Curativos Diários 1 x dia	(x) SF 0,9% + Gazes
16º SSVV 6/6hs	
16º Cipro 400mg EV 12/12hs	20 18 24 06
17º Clindamicina 600mg EV 6/6hs	12 18 24 06
18º	
19º	
20º	

Médico

24/05
Enfermeira
CORENSE 374.919

Nome do Paciente: OSNICK, RAFAEL DOS REIS SILVA

Idade: 46

Sexo:

Unidade de Produção:

Leito: 16.1

Nº do Prontuário:

DATA	HORA	HISTÓRICO
15/04/2019		serviço social. Recebeu de PC de acompanhamento. Boa orientação. Dr. Raimundo Cezar S. Santos Enfermeiro COREN 73522
19/04/19		Atendimento em sala de emergência, paciente B.E. supino, apresentando sinais vitais estáveis, sem queixas, em uso de oxigênio por via nasal 2L/min. Após avaliação de enfermagem. Dr. Raimundo Cezar S. Santos Enfermeiro COREN 73522
20/04/19		Enfermeira / Plantão: Paciente com sinais orientados, em ambiente silencioso, em uso de oxigênio por via nasal 2L/min, curativo glúten em MTE, em uso de fixadores. Ausência de sinais de infecção. Medicando com Dorflex 100mg a cada 6h. SSVV bem tolerado. Pz está estável. Dr. Raimundo Cezar S. Santos Enfermeiro COREN 73522
21/04/19		Atendimento em sala de emergência, paciente B.E. supino, apresentando sinais vitais estáveis, sem queixas, em uso de oxigênio por via nasal 2L/min. Após avaliação de enfermagem. Dr. Raimundo Cezar S. Santos Enfermeiro COREN 73522

Nome do Paciente: Almeida da Silva, Ana Idade: 46a Sexo: Fem
Unidade de Produção: SRPA / UPC Leito: 20 Nº do Prontuário: 187033

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
10-04-19	13:30	Paciente admitida na SRPA em PO4 de fratura aberta, sob efeito analgésico com labor de observação por AUP, observando com fixação da lesão da enfermagem. Paciente tranquila, sem queixas, dormindo no momento.
10-04-19	06:00	Paciente passou período sem apresentar intercorrências, monitorizada multi-parâmetros adm. medics. dos parâmetros. Queda SSV. R: 130x84mmHg TC: 95 bpm Sat: 92% Tax: 36,6°C. Segue em observação. Eliza, Dora, Patrícia
10-04-19	07:00	Paciente encontra-se leito calma, consciente, orientada em uso Serotopia SSV-FC=106, SpO2=94, P.A.=136x90, R=17, segue sob observação de Enfermagem. Valde
10-04-19	08:00	Administrado medicamentos horário. Valde
10-04-19	08:10	Realizado banho leito e esteticas leito troco de folhas. Segue sob observação de Enfermagem. Valde S8440
10-04-19	09:30	Paciente encaminhada p/ UPC. Valde.
10-04-19	10h	Paciente admitida neste setor UPC, proveniente de SRPA, ainda sem medicações das lesões feita comunicação a enfermeira Juliana, que liga para o setor para comunicar, realizada as medicações tramal e dipirona CPN, encontra-se calma, consciente, verbalizando, suprimindo, afilil, megaalergia, segue orientada dieta oferecida, diurese +, segue observação — morima2716179AC-



Fundação
Hospitalar
de Saúde

Página nº 1

Nome do Paciente:

Guirina do Reis Leite

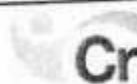
Idade:

Sexo:

U.P.:

Matricula:

[illegible]



PREFEITURA MUNICIPAL DE
Cristinápolis
UM NOVO TEMPO PARA NOSSA GENTE

ESTADO DE SERGIPE
MUNICÍPIO DE CRISTINÁPOLIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Receituário Médico

RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE: COSMERINA DOS REIS SANTOS
VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILIAR ONDE
FOI SOCORRIDO PELO SAMU E REFERIDA AO
HOSPITAL JUAZ ALVES DI FRATURA EXPOSTA
A ONDE FOI SOCORRIDA E INTERNADA PELO
SERVIÇO DE CIRURGIA PARA IMPLANTAÇÃO
DE PLACA FIXA DE TITÂNIO. A MENINA FOI
LIBERADA E SE ENCONTRA EM REPOUSO EM
SEU DOMICÍLIO. DEVIDO À FRATURA
A MENINA ENCONTRA-SE IMPOSSIBILITADA DE
REALIZAR SUAS ATIVIDADES LABORAIS.

CID: 582.

24
10
19

Rua Jornalista Omer Monte Alegre, 150 - Centro - Cristinápolis/SE
CEP: 49.270-000 - Tel: (79) 3542-1482 / 1205
E-mail: Saudecristinapolis@yahoo.com.br - CNPJ: 11.398.566/0001-30



12 FEB 2020

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200068880 **Cidade:** Cristinápolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: COSMERINA DOS REIS SANTOS **Data do acidente:** 09/04/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXTENSA DE TÍBIA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) PG 6
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200068880 **Cidade:** Cristinápolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: COSMERINA DOS REIS SANTOS **Data do acidente:** 09/04/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXTENSA DE TÍBIA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) PG 6
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: COSMERINA DOS REIS SANTOS
 IDENTIDADE: 1408171 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/SE DATA DE EMISSÃO: 18.10.2016
 CPF: 906.583.885-68
 ENDEREÇO: RUA FIRMINO ALVES N. 72 CENTRO
CRISTINÓPOLIS SERGIPE CEP: 49270-000
 VÍTIMA: COSMERINA DOS REIS SANTOS
 CPF: 906.583.885-68 DATA DO ACIDENTE: 09.04.2019 DATA NASCIMENTO: _____
 COBERTURA SOLICITADA DO SEGURO DPVAT: _____

OUTORGADO: JOSE JOSE FIGUEIREDO HORN
 IDENTIDADE: 306804174 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/BA DATA DE EMISSÃO: 27/08/14
 CPF: 469.600.315-91
 ENDEREÇO: PRF JOSÉ ALVES OLIVEIRA 248 CENTRO
CRISTINÓPOLIS SERGIPE CEP: 49270-000

OUTORGADO: _____
 IDENTIDADE: _____ ÓRGÃO EMISSOR: _____ DATA DE EMISSÃO: _____
 CPF: _____
 ENDEREÇO: _____ CEP: _____

A presente PROCURAÇÃO concede poderes específicos para solicitar o SEGURO DPVAT, apresentar e firmar documentos a que tem direito o Outorgante junto à Seguradora Líder dos Consórcios e suas respectivas Seguradoras Consorciadas, em razão do acidente de trânsito da vítima acima mencionada, conforme Boletim de Ocorrência anexo ao processo, podendo o referido Procurador(a) autorizado(a) receber e dar quitação da quantia que o(a) Outorgante tenha direito, creditar na conta indicada pelo mesmo junto à rede bancária, bem como quitar, requerer e retirar documentos em Órgãos Públicos, Municipais, Estaduais, Federais ou Órgãos Privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo, também, poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do(a) Outorgante, bem como fornecer dados para crédito de indenização do sinistro DPVAT.

CRISTINÓPOLIS 20/01/2020
 Local e data

Cosmerina dos Reis Santos
 OUTORGANTE (reconhecer a assinatura autêntica/verdadeira)
 Nome:

A ROGO (reconhecer a assinatura autêntica/verdadeira)
 Nome: _____
 RG: _____
 CPF: _____

Rosângela Pinheiro Silva
 Testemunha (reconhecer a assinatura autêntica/verdadeira)
 Nome: _____
 RG: _____
 CPF: _____

Dr. Wilmar Dias de Azevedo
 Testemunha (reconhecer a assinatura autêntica/verdadeira)
 Nome: _____
 RG: _____
 CPF: _____

POR AUTENTICIDADE

CARTÓRIO 2º OFÍCIO	Reconheço as <u>1</u> firmas de <u>Cosmerina dos Reis Santos</u> - 11 -
HUMBERTO ALMEIDA SIQUARA TITULAR	Em Teste <u>Assinado</u> da verdade
RENATA DANTAS SOARES RAMOS ESCREVENTE	Cristinópolis <u>In Autenticidade</u>

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
 Sub. Oficial - Thales Almeida Siquara
 Praça da Bandeira nº 245
 Cristinópolis-SE - CEP: 49270-000



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0056052/20

Vítima: COSMERINA DOS REIS SANTOS

CPF: 906.583.885-68

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 09/04/2019

Titular do CPF: COSMERINA DOS REIS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE JORGE FIGUEREDO HORA : 469.600.315-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

COSMERINA DOS REIS SANTOS : 906.583.885-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/02/2020
Nome: JOSE JORGE FIGUEREDO HORA
CPF: 469.600.315-91

JOSE JORGE FIGUEREDO HORA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/02/2020
Nome: WILLIANS SANTOS DE FREITAS
CPF: 044.100.755-43

WILLIANS SANTOS DE FREITAS

Rio de Janeiro, 13 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200068880

Vítima: COSMERINA DOS REIS SANTOS

Data do Acidente: 09/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE JORGE FIGUEREDO HORA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), COSMERINA DOS REIS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200068880

Vítima: COSMERINA DOS REIS SANTOS

Data do Acidente: 09/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE JORGE FIGUEREDO HORA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), COSMERINA DOS REIS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: COSMERINA DOS REIS SANTOS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000004874

Conta: 0000022024-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal: 12 FEV 2020

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 4874 CONTA: 22014 3 AGÊNCIA: CONTA:

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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CRISTIANAPOLIS-SP 06/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012345/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/02/2020 10:50 Data/Hora Fim: 01/02/2020 11:09
Delegado de Polícia: Francisco Gerlando Gomes Dos Santos

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Cristinápolis
Data/Hora do Fato: 09/04/2019 19:20

Local do Fato

Município: Cristinápolis (SE)
Bairro: Centro
Logradouro: RODOVIA FEDERAL BR-101, KM 204 - IMEDIAÇÕES DE ZÉ BAIXINHO

Nº: S/N
CEP: 49.270-000

Tipo do Local: Via Pública

12 FEV 2020

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Idade:

Endereço

Município: Cristinápolis - SE

Nome Civil: COSMERINA DOS REIS SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Nasc: 19/12/1972

Idade: 47 anos

Naturalidade: SE - Boquim

Profissão: Agricultor

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Luzia Nascimento dos Reis

Nome do Pai: Jose Simplicio dos Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 906.583.885-68

Endereço

Município: Cristinápolis - SE

Logradouro: RUA FIRMINO ALVES

Bairro: CENTRO

Telefone: (79) 99954-1062 (Celular)

Nº: 77

CEP: 49.270-000

Valter de Souza
RG 378.380/SSP/SE
Escritório de Polícia Ad. Hrr

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

RELATA A COMUNICANTE QUE NO DIA 09/04/2019, POR VOLTA DAS 19:20 HORAS FOI ATROPELADA NA RODOVIA FEDERAL BR-101, POR UM VEICULO CARRETA BITREN DE PLACA E CONDUTOR DESCONHECIDOS; QUE NO DIA 09/04/2019, POR VOLTA DAS 19:20 HORAS A COMUNICANTE/VITIMA CONDUZIA UMA BICICLETA A MARGEM DA RODOVIA FEDERAL BR-101, QUANDO NO KM 204, NAS IMEDIAÇÕES DO ESTABELECIMENTO COMERCIAL DE ZÉ BAIXINHO, HAVIA DUAS CARRETAS ESTACIONADA; QUE NO MOMENTO EM QUE A VITIMA IA ATRAVESSAR A PISTA DE ROLAMENTO A CARRETA QUE ESTAVA ESTACIONA A FRENTE DEU PARTIDA NESTE MOMENTO A COMUNICANTE/VITIMA FOI ATROPELADA PELA CARRETA BITREN DE CONDUTOR E PLACA DESCONHECIDOS; QUE O PNEU DIANTE DA CARRETA PASSOU POR CIMA DA PERNA ESQUERDA DA VITIMA; QUE A VITIMA FOI



Delegado de Polícia Civil: Francisco Gerlando Gomes Dos Santos
Impresso por: Jonilton Silva de Santana
Data de Impressão: 01/02/2020 11:09
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012345/2020

SOCORRIDA POR ZÉ BAIXINHO; QUE A VITIMA FOI CONDUZIDA PARA O HOSPITAL GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO, DA CIDA DE DE ARACAJU, AONDE DEU ENTRADA ÀS 21:37 DO DIA 09/04/2019; QUE A VITIMA FOI SUBMETIDA A CIRURGIA NA PERNA FRATURADA; QUE ATE A PRESENTE DATA SENTE DIFICULDADE PARA SE LOCOMOVER; QUE FOI EXPEDIDO RELATÓRIO MÉDICOS DO ÓRGÃO DE SAÚDE AONDE FOI ATENDIDA.; QUE O CONDUTOR DO VEICULO QUE A ATROPELOU SE EVADIU SEM PRESTAR SOCORRO A VITIMA. DIANTE DO FATO PEDE REGISTRO.

ASSINATURAS


Valter de Souza
RG 378.180/SSP/SE
Escrivão de polícia Ad Hoc


Cosmorina dos Reis Santos
(Comunicante / Vítima)

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

12 FEV 2020

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal: 12 FEV 2020

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 4899 CONTA: 22014 3 AGÊNCIA: CONTA:

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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CRISTIANAPOLIS-SP 06/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

03M

04AS

0 Alergia Medicamentosa

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

FAE LANÇADA

No. DO BE: 1888884
CNS:DATA: 09/04/2019
SETOR: 06-SUTURA

HORA: 21:37

USUARIO: AAOLIVEIRA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: COSMERINA DOS REIS SANTOS
 IDADE: 46 ANOS NASC: 00/00/0000
 ENDereco: RUA FIRMINIO DOREA
 COMPLEMENTO: BAIRRO: CENTRO
 MUNICIPIO: CRISTINAPOLIS UF: SE
 NOME PAI/MAE: /
 RESPONSÁVEL: TRAZIDA PELO SAMU / A PROPRIA
 PROCEDENCIA: CRISTINAPOLIS
 ATENDIMENTO: VITIMA DE ATROPELAMENTO
 CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

DOC...:
 SEXO...: FEMININO
 NUMERO: 17

TEL...:

99 9 541262

TRAUMA: NAO
 (Pau
 Yany)

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

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

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

DADOS CLINICOS: Paciente virgem, vítima de acidente de trânsito, vítima de colisão bicicleta-carro. Alega perda de consciência, em episódios episódicos, episódios de náusea e vômito e estômago e estômago. No EF: (H) Vozes aéreas presentes, sem estertor. (C) Paciente apresenta boa respirabilidade pulmonar. (P) Pulso presentes e amplos pelo braço e pernas. (P) Pupilas isocóricas e hiperreflexas. (P) Reflexo rotuliano, reflexo indelétrico. ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM: palpção. Apresenta suspeita de fratura aberta na perna esquerda. E apresenta pequena abrasão no joelho direito.

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MEDICACAO

① SF 0,9% 2000 ml (IV) 140 gotas/min

② Kefir 2g (IV)

③ Ibmol 100mg + SF 100ml (IV)

④ SAT 5000 ml (IM)

Dr. José Aparecido Batista Costa
 Cirurgião Geral e Vascular
 CRM 1115

DATA DA SAÍDA: / /

HORA DA SAÍDA: :

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

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

REALIZADO EM 09/04/19
 AS 22:48 HORAS

TÉCNICO SAI RÁDIO 10:15