

# 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: 30/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SAMUEL QUEIROZ SANTOS

BANCO: 004

AGÊNCIA: 00134

CONTA: 000000013124-0

---

Nr. da Autenticação A60E3BD05176970D

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

Número: 3190596142 Cidade: Nossa Senhora da Glória Natureza: Invalidez Permanente  
 Vítima: SAMUEL QUEIROZ SANTOS Data do acidente: 07/07/2019 Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TORNozELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO).  
 ALTA. (P1/2/4/5/10/11FC/13)

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNozELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

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

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3190596142

**Nome do(a) Examinado(a):** SAMUEL QUEIROZ SANTOS

**Endereço do(a) Examinado(a):** POV LAGOA DO ROCADO , sn - Monte Alegre de Sergipe/SE - CEP 49690-000

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 3.585.754-4 - SSP - 22/09/2010

**Data e Local do Acidente :** 07/07/2019

**Data e Local do Exame :** 04/12/2019 RUA SANTA LUZIA, 829 - ARACAJU/SE - CEP 49010-310

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

FRATURA EXPOSTA DA DIÁFISE E EPÍFISE DISTAL DA FÍBULA A ESQUERDA.

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

PERICIADO VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 07/07/2019E RECEBEU ALTA NO DIA 20/07/2019. O QUADRO FOI TRATADO COM COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR POR 03 MESES APÓS RETIRADO FOI PRESCRITO ROBÔ FOOT; EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

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

AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO PERICIADO EM USO DE ROBO FOOT, DEPOIS DE RETIRADO OBSERVAMOS MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE (++) COM APOIO DE MULETAS, FORÇA MUSCULAR DA Perna E PÉ DIMINUÍDA (++/5), EM VIRTUDE DA DOR E BLOQUEIO NO TORNOZELO E PÉ, PRESENÇA DE CICATRIZES CIRÚRGICAS NUMULARES NA FACE MEDIAL DA Perna, TORNOZELO E PÉ, ATROFIA MUSCULAR DA PANTURRILHA E PÉ, POR RESTRIÇÃO DA ATIVIDADE NEUROMUSCULAR, TUMORAÇÃO DE GRANDE VOLUME NA DIÁFISE DISTAL E EPÍFISE DA FÍBULA (CALO ÓSSEO), DOR, EDEMA E BLOQUEIO SEVERO NA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO E PÉ, RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO E PÉ.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [ ] Não**

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [ ] Não**

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

DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO EM PÉ ESQUERDO.

**VII. Segundo 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 (\*).**

Vide motivo do impedimento 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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

PÉ ESQUERDO.

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
(X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_

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

Região Corporal

\_\_\_\_\_

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

Região Corporal

\_\_\_\_\_

% 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 a valoração do dano corporal.**

*Manoel Otacílio Nascimento Júnior*

Manoel Otacílio N  
Clínica e Auditório M  
CRM 1827

---

MANOEL OTACILIO NASCIMENTO JUNIOR CRM : 1827 / UF :SE

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190596142**

**Vítima: SAMUEL QUEIROZ SANTOS**

**Data do Acidente: 07/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA**

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), SAMUEL QUEIROZ SANTOS**

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 04/12/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para você

Carta nº 15221333

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190596142**

**Vítima: SAMUEL QUEIROZ SANTOS**

**Data do Acidente: 07/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), SAMUEL QUEIROZ SANTOS**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190596142**

**Vítima: SAMUEL QUEIROZ SANTOS**

**Data do Acidente: 07/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), SAMUEL QUEIROZ 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190596142**      **Vítima: SAMUEL QUEIROZ SANTOS**

**Data do Acidente: 07/07/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), SAMUEL QUEIROZ 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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =      R\$ 1.687,50

**Recebedor: SAMUEL QUEIROZ SANTOS**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 004**

**Agência: 000000134**

**Conta: 0000013124-0**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

**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, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



## PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINOS ESPECÍFICOS DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Por este instrumento particular, eu ( nome completo ) Samuel Queiroz Santos ( nacionalidade ) brasileiro, ( profissão ) Lavrador, portador da cédula de identidade RG nº 3.585.754-4, emitido pela SSP / (UF) SE, inscrito sob o CPF nº 068.081.045-16, residente na ( endereço completo ) Rua Lages do Pugnho, na cidade de Monte Alegre 156, ( UF ) SE, CEP 49670-000, nomeio e constituo meu procurador, ( nome do representante ) Jose Marcos Duarte Reis ( nacionalidade ) Brasileiro ( profissão ) Comerciante, portador da cédula de identidade RG nº 21233829, emitido pela SSP / (UF) SE, inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na ( endereço completo ) Rua Dos Guile, na cidade de N. Sra Da Glória, ( UF ) SE, CEP 49.680-000, a quem confiro amplos e gerais poderes para, tratar, requerer, assinar papéis e documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO SEGURO DPVAT** da vítima ( nome da vítima ) \_\_\_\_\_, junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.



Local e data) Monte Alegre do Sergipe/SE  
03/10/2019

(assinatura) X Samuel Queiroz Santos  
(RG) 3.585.754-4



*Monte Alegre de Sergipe/SE*  
03/10/2019

OBS: ( a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE )

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0353195/19

**Vítima:** SAMUEL QUEIROZ SANTOS

CPF: 068.081.095-16

**Data do acidente:** 07/07/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** SAMUEL QUEIROZ SANTOS

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Bulletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

**JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA : 020.003.675-00**

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

**SAMUEL QUEIROZ SANTOS : 068.081.095-16**

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](http://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: 10/10/2019  
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA  
CPF: 020.003.675-00

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/10/2019  
Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO  
CPF: 221.365.090-04

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

JOSE MARINO GOYA ARAUJO

## TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.033 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.03.1945 que aprovou a CCL. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela devem ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção de aposentadorias e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de informações contido neste documento é o seu estoado de conservação, expulham a conduta e qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além do conteúdo de registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFEDERAÇÃO DAS RECURSOS DO FATO - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL SITE: [WWW.MTE.GOV.BR](http://WWW.MTE.GOV.BR)

## MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

### CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

200.52923.10-4

1844006

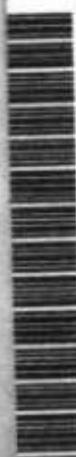
0040

SE

Samuel Queroz Santos



### QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



SAMUEL QUEIROZ SANTOS

PLAÇA: ETEVALDO DE QUEIROZ SANTOS  
IVANILDES FERREIRA SANTOS

SEXO: MASCULINO

NASCIMENTO: 06/07/1983

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

DOCUMENTO: NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - SE

NATURALIDADE: LEI Nº 9.040, DE 18 DE MAIO DE 1995

DATA: 08/01/2016-16

CPF: 088.091.096-16

TIT. ELEITOR:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRT/SE/SE - 14/11/2012

Samuel Queroz Santos  
Assento de autorização  
para a emissão da carteira

### ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

PLAÇA

DATA DE NASC. DE DOCUMENTO

ABRANGÊNCIA E LIMITE DO DOCUMENTO

NOVA

DOCUMENTO

ABRANGÊNCIA E LIMITE DO DOCUMENTO

NOVA

DOCUMENTO

ABRANGÊNCIA E LIMITE DO DOCUMENTO

NOVA

DOCUMENTO

ABRANGÊNCIA E LIMITE DO DOCUMENTO

LEGENDA  
A- DISSIMILAR B- DIFERENCIAR C- DIFERENCIAR  
D- MIGRAR E- MIGRAR F- MIGRAR



## RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Samuel Quenoz Santos

DATA DA ENTRADA: 08/07/19

DATA DA SAÍDA: 19/07/19

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 é homem de edades avançada no região da pena esquerda. Negó entorse. Negó sangue. Paciente refere estar blindizado e não sabe informar estado vacinal. Paciente refere trauma no Tornozelo que provocou a sua ferida exposta. Ficou a paciente na enfermaria após as cirurgias aguardando a operação definitiva.

### HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Foi submetido a tratamento cirúrgico de fratura de Tornozelo Esquerdo

### EXAMES COMPLEMENTARES:

RX de Tornozelo Esquerdo A/P + P.

### MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. J. Alencar Pardosa

Dr. Iditz Tavares

Dr. Mário Costa Vieira Filho.

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO  TRANSFERIDO  ÓBITO

ARACAJU, 28 de 06 de 2019

Nilson dos Santos Escom

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

Dr. Nilson Escom  
Clínica Médica CRMSE 3618

• O atingia é medico

Ortopedia + Neurol

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 17625  
CNS:

DATA: 07/07/2019 HORA: 21:39 USUARIO: ELSANTOS  
SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: SAMUEL QUEIROZ SANTOS  
IDADE: 26 ANOS NASC: 06/07/1993  
ENDERECO: Povoado LAGOA DO ROCADO  
COMPLEMENTO: 700502389027350 BAIRRO: ZONA RURAL  
MUNICIPIO: MONTE ALEGRE DE SERGIPE UF: SE CEP: 49690-000  
NOME PAI/MAE: ETEVALDODE QUEIROZ SANTOS /IVANILDES FERREIRA SANTOS  
RESPONSAVEL: ROBERTA-ESPOSA TEL: 79 9986594  
PROCEDENCIA: MONTE ALEGRE-SE 54  
ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)  
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: NAO  
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

EXAMES COMPLEMENTARES: [ ] RAIOS X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC  
[ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Paciente vítima de colisão contra-moto, relato dor na região do peito esquerda, mega fadiga e náusea. Paciente também sofreu estar alcoolizado e não sabe informar estado vacinal.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

SF 0,9% 1000 ml 5cc 5cc

SG 10% 1000 ml IV 40 gotas/minute

Keflim 2g ID

Profenid 100mg + 100ml SF IV

Dr. José Antônio Bento Carvalho  
Clínica Geral Videolaparoscópica  
CRM 119

5cc 5cc

DATA DA SAIDA:

HORA DA SAIDA: :

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

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

*Roberto Fernando Gomes*  
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

REGISTRO: *Cleme*

DATA: *7/07/2014*

HORARIO: *2230*

TIPOLOGIA: *Oncomer*

Solicito:

① Rx do peito esquerdo em duas posições

Solicite avaliação da | Ontopedia

Orthopaedics  
Neurosurgery

Dr. José Aparecido Sávio Cardoso  
cirurgia Geral e Videolaposcopia  
CRM 1165

7/7/2019 Name: Aviha So 2020 6th/7th Grade  
Project flower season for plant diversity

22:55h. flower exposed on point of  
tri. CSM 1515 - strict rock.

TC so cranio: jn. acutum br.  
plat brach.

 Caio Lopes Pinto

$$f(x) \propto \cos(\ln x) + n_2 \quad (63)$$

Prof. Acuñando Sacat el Panteón

**Dr. Mário Costa Vieira Filho**  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 4257 / FETOT 15697

3

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

---

FICHA DE INTERNACAO  
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 2003  
Numero do CNS....: 0000000000000000  
Nome.....: SAMUEL QUEIROZ SANTOS  
Documento.....: 35857544      Tipo :  
Data de Nascimento: 6/07/1993      Idade: 26 anos  
Sexo.....: MASCULINO  
Responsavel.....: ETEVALDO DE QUEIROZ SANTOS  
Nome da Mae.....: IVANILDES FERREIRA SANTOS  
Endereco.....: Povoado LAGOA DO ROCADO 700502389027350  
Bairro.....: ZONA RURAL      Cep.: 49690-000  
Telefone.....: 79 998659454  
Municipio.....: 2804201 - - SE  
Nacionalidade....: BRASILEIRO  
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA      No. do BE: 17625  
Clinica.....: 918 - CENTRO CIRURGICO SRPA  
Leito.....: 999.0081  
Data da Internacao: 08/07/2019  
Hora da Internacao: 08:36  
Medico Solicitante: 116.335.815-00 - ANTONIO FRANCO CABRAL  
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO  
Diagnostico.....: NAO INFORMADO  
Identif. Operador.: JOSEANESANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

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



Paciente: Somuel Queiroz Santos Data: 08.07.19  
Diagnóstico: Fx ex parte de TN3 E

PRESCRIÇÃO

1 Diete vo livre quando acreditado 09/07  
2 Dipirona 2ml + 18 ml AD IV 6/6H ✓ 6-20-06  
3 Prosemid 100mg + 100mg SF e 8% IV 12/12H 04-02  
4 Transt 100mg + 100mg SF e 8% IV 8/8H SAR SOS  
5 Bromopropida 2ml + 8ml AD IV 8/8H SOS  
6 Cefalotina 1g EV 8/8H ✓ 20-06  
7 Clexane 40mg SC x 1 dia. ✓ 20  
8 Sfate 1500mg ev p/ 24H ✓ 20  
9 CCGG + SSVV  
10 Curativo d'áris 09/07

Dr. Hélio  
Ortopedista e Traumatólogo  
CRM/SE 113

Dr. Sául Lellis  
Ortopedista e Traumatólogo  
CRM/SE 113

11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30

Hora	PA	Diurese	Glicemias	Temp. Axilar	Assinatura do Técnico e Observações
					REALIZADO EM <u>08/07/19</u>
					AS <u>08/07/19</u> HORAS
					TECNICO EM RADIOLÓGIA