

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 - Órgão 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.

PERICIA DO VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 07/07/2019 E RECEBEU ALTA NO DIA 20/07/2019. O QUADRO FOI TRATADO COM COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR POR 03 MESES APÓS RETIRADO FOI PRESCRITO ROBO 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 PERICIA DO EM USO DE ROBO FOOT, DEPOIS DE RETIRADO OBSERVAMOS MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE (++)/4+ 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 às 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 Otacilio Nascimento Junior

Manoel Otacilio M
Clínica e Auditoria em
CRM 1827

MANOEL OTACILIO NASCIMENTO JUNIOR CRM : 1827 / UF :SE



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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



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. 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. 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, 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



**PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS 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 Lagoa do Riacho, na cidade de
Monte Alegre SE, (UF) SE, CEP 49690-000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) João Marcos da O. Resa
(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 Sinos, na cidade de
N. Sra. Valéria, (UF) SE, CEP 49.680-000, a quem confiro
amplios 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 de Sergipe SE
03/10/2019

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



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

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 07/07/2019

Titular do CPF: SAMUEL QUEIROZ
SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Bolétim 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 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

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE MARINO GOYA ARAUJO

TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão 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 da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta e qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, o seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o 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.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FIO - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

200.52923.10-4

1844006

0040

SE

Samuel Queros Santos



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

SAMUEL QUEIROZ SANTOS

FILIAÇÃO: ETEVALDO DE QUEIROZ SANTOS
NOME: NAILDES FERREIRA SANTOS
NASCIMENTO: 05/07/1993 SEXO: MASCULINO
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
NATURALIDADE: NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - SE
DOCUMENTO: C. 1.3.585.754-4 22/09/2010 SSP SE
LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995
CPF: 055.081.095-16 CNH: SEÇÃO:
TÍT. ELEITOR: LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTESE - 14/11/2012

Cláudio Augusto de Moraes Almeida
Secretário de Estado do Trabalho e Emprego

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FUNÇÃO

IDADE DE NASC. DE PARA DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

LEGENDA

A - CANCELADO B - CANCELADO C - CANCELADO D - CANCELADO E - CANCELADO F - CANCELADO G - CANCELADO H - CANCELADO I - CANCELADO J - CANCELADO K - CANCELADO L - CANCELADO M - CANCELADO N - CANCELADO O - CANCELADO P - CANCELADO Q - CANCELADO R - CANCELADO S - CANCELADO T - CANCELADO U - CANCELADO V - CANCELADO W - CANCELADO X - CANCELADO Y - CANCELADO Z - CANCELADO

NOME DO PACIENTE: Samuel Queros SantosDATA DA ENTRADA: 08/07/19DATA 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 vítima de edusão extra-meto na região da perna esquerda. Nega enure, Nega disúria. Paciente refere estar alcoolizado e não sabe informar estado vacinal. Paciente refere trauma no tornozelo que provocou a sua fratura exposta. Ficou o paciente na enfermaria após o cirúrgico. Aguardando o tratamento definitivo.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Foi submetido a tratamento cirúrgico de fratura de tornozelo Esquerdo.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx de Tornozelo Esquerdo AP+P.

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. J. Aparecido Bendoro

Dr. Ediz Tavares

Dr. Marcio Costa Vieira Filho

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO ☒ TRANSFERIDO () ÓBITO ()ARACAJU, 28 de 08 de 2019

Nilson dos Santos Escam

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

Dr. Nilson Escam
Clínica Médica
CRM/SE 3618

- Dor e medicação

Ortopedia + Neuro

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE
No. DO BE: 17625 DATA: 07/07/2019 HORA: 21:39 USUARIO: ELSANTOS
CNS: SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : SAMUEL QUEIROZ SANTOS DOC....: 35857544
IDADE.....: 26 ANOS NASC: 06/07/1993 SEXO...: MASCULINO
ENDereco.....: POVOADO LAGOA DO ROCADO NUMERO:
COMPLEMENTO...: 700502389027350 BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO.....: MONTE ALEGRE DE SERGIPE UF: SE CEP....: 49690-000
NOME PAI/MAE...: ETEVALDO DE 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: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Paciente vítima de colisão carro-moto, rebato dor na região do punho esquerda, nãg ãnarse a sãncipe. Paciente também sofreu estar alcoolizado e nãg sobre infermar estado uocional.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MEDICACAO

SF 0,9% 1000ml 500 500

SG 10% 1000ml IV 40 gotas/minuto

Keflim 2g IV

Profamid 100mg + 100ml SF IV

Dr. José Aparecido Brito Cardoso
Cirurgia Geral e Videolaparoscopia
CRM 1115

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 [] APÓS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

REGISTRO: *Uem*

DATA: 7/08/2019

HORARIO: 2230

Teléfono: *André*

Solicitto:

① Rx do pé da esquerda em duas posições

Solicito avaliação da | Ortopedia
Neurocirurgia

Jifem da ci f sup.

Dr. José Aparecido Batista Cardoso
Cirurgia Geral e Videolaparoscopia
CRM 1165

7/7/2019 Horário: 22:55h. Aviso de novo com contusão

22:55h.

Fratura exposta da 1ª falange distal.

Dr. QSN 15, S1 - Sfract. fech.

TC do crânio: sem alterações
Alta bran.

Dr. Carlos Lopes
CRM 4257 / TEOT 15697

Fr. exposta T12 (L5).

Dr. Leonardo Saca el Pincenot

Dr. Manoel Costa Vieira Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 4257 / TEOT 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 Saida:
 Especialidade:
 Tipo de Saida:
 CID Principal:
 CID Secundario:
 Principal:
 Secundario:
 Outro:



Paciente:

Somuel Queiroz Santos

Data: 08.07.19

Diagnóstico:

Fx exposta de TNB E

PRESCRIÇÃO

- 1 Dieta ao livre quando acordado
2 Dipirone 2ml + 18 ml AD IV 6/6h
3 Profenid 100mg + 100mg SFAP IV 12/12h
4 Tramal 100mg + 100mg SFAP IV 8/8h
5 Bromoprida 2ml + 18ml AD IV 8/8h
6 Cefalotina 1g EV 8/8h
7 Clexone 40mg SC 1x 12h
8 SFAP 1500mg EV p1 24h
9 CCGG + SSVV
12 Curativos locais

Dr. Luiz Tavares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 156.204

Dr. Saulo Lellis
Ortopedia e Traumatologia
CRM 4734

M (08/07)

Hora

PA

Diurese

Glicemias

Temp. Axilar

Assinatura do Técnico e Observações

REALIZADO EM 08/07/19
AS HORAS

TÉCNICO EM RADIOLOGIA