

5

Souto

NOME	Camel Queno	IDADE	26	DATA	9/7/19
DIAGNÓSTICO	fratura exposta metacarpo lateral tombado				
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO			
1	Dieta zero a partir das 22:00 h.	SOS			
2	Gelco salinizado				
3	Keflin 1 g de 6/6 h IV				
4	Nauseadron 8mg IV 8/8 hs ou PLASIL 2ml + 18ml sf 08/08 Hs SOS				
5	Dipirona 2 ml + 8 ml AD IV ou Paracetamol 40 gts VO 6/6 hs SOS				
6	TRAMAL 100mg + 100ml SF 0,9% IV ou VO 8/8 hs SOS				
7	Glicose 25% - 4 AMP. EV se GC <=80				
8	Captopril 25 mg VO 8/8 hs se PAS >180 mmHg e PAD >110mmHg SOS				
9	Omeprazol 40mg IV 1x ao dia ou Antak 2ml + 18 ml AD IV 12/12 hs				
10	Profenid 100mg+100ml SF 0,9% IV 12/12 hs SOS				
11	Lactulona 20ml VO 8/8 SOS				
12	Luftal 40 gots VO 8/8hs SOS				
13	*Dextro, se for diabético				
14	INSULINA REGULAR, SC, após dextro: 201-250: 02UI 301-350: 06UI 251-300: 04UI 351-400: 08UI > ou = 401: 10UI				
15	SSVV+Cuidados				
16	Curativo 1x ao dia				

elevar a 40° 1x (SC) x dia

II° DIT I° DPO

PAC com fixador

Transfusão de sangue

Agua de boca Sufite de fr

FM

Félix Antonio Lopez Freitas
Ortopedia - Traumatologia
CRM-SE 6730
CBO 362010

Cris
Crislaine Rocha
COREN-379544 - ENF

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

DATA: 18/07/2019.

Nº DIH

NOME: SORWEN QUEIROZ SANTOS 26mos - A7.3

DIAGNÓSTICO(S): fratura exp. femoral (C)

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	18 24 06
4º. Gentamicina 240mg + SF 0,9% 200 ml EV 1x dia SUSP	18 24 06
5º. Dipirona 2ml + 8 ml AD EV ou Paracetamol 40gts VO 6/6hs	06
6º. Nausebron 8mg EV 08/08hs SOS	
7º. Antak 50mg EV ou 150mg VO / Omeprazol 40mg EV ou VO às 6hs	
8º. Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% EV ou VO 8/8hs SOS	
9º. Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% EV 12/12hs SOS	
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	30
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

1º Simone da Silva
Com 374 gts

Dr. Raimundo César S. Santos
Enfermeiro
COREN/SE 13527

Luciene E. dos Santos
Enfermeira
COREN/SE 13586

Daniel Bispo de Andrade Filho
Ortopedista-Traumatologista-Ortopedia
CRM 1295

Dr. Daniel Bispo CRM 1295



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



Fundação
Hospitalar
de Saúde

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: Samuel Onuiz Santos

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fx exposta de TNE (5)

CIRURGIA REALIZADA: fixação externa (damage control)

CIRURGIÃO: Dr. Saulo Lellis

AUXILIARES: Dr. Hertz

ANESTESIA: Doqui

ANESTESISTA Dr. Erick

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: G menor

() CIRURGIA LIMPA

() CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA

(X) CIRURGIA CONTAMINADA

() CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? () SIM () NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

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

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

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. Assepsia + antiseptia + colocação dos campos estéreis
2. após paciente anestesiado em DDA;
3. lavagem extensiva, com debridamento de
4. partes moles necrosadas (usado 10 litros de SGA);
5. feito fixação externa provisória em
6. TNE esquerdo;
7. Sutura da pele
curativa

DATA:

8/7/19

Dr. Saulo Lellis
Ortopedia e Traumatologia
CRM 4734

Assinatura do Cirurgião

HUSE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

REGISTRO DE ENFERMAGEM NO TRANS-OPERATÓRIO

NOME (s/abreviações): Samuel Queiroz Santa DATA: 03/07/11HORA Entrada/sala 08:45 H HORA Saída/sala _____ H HORA Incisão 09:10 H HORA rafia _____ H ALERGIA: negCIRURGIÃO: Saulo 1º AUXILIAR: HertzANESTESISTA: Enrick 2º AUXILIAR: _____INSTRUMENTADOR: Juciara CIRCULANTE: Guaneidi

CIRURGIA PROGRAMADA: _____ LATERALIDADE

CIRURGIA REALIZADA: Fixação externa em tornozelo ☐ DIRETA ☐ ESQUERDA ☐NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ ACORDADO ☐ SONOLENTO ☐ TORPOROSO ☐ COMATOSOTÉCNICA ANESTÉSICA: ☐ GERAL VENOSA ☐ GERAL INALATÓRIA ☐ GERAL COMBINADA ☐ GERAL BALANCEADA ☒ RAQUIANESTI☐ PERIDURAL C/ CATETER ☐ PERIDURAL S/ CATETER ☒ SEDAÇÃO ☐ BLOQUEIO DE PLEXO ☐ LOCALTOT ☐ ARAMADO Nº _____ ☐ MÁSCARA LARÍNGEA ☐ TRAQUEÓSTOMO ☐ GUEDEL ☐ SNG ☐ SNEDISPOSITIVOS: SVD ☐ SILICONE ☐ SUÇÃO ☐ D. TÓRAX ☐ D. PIZZER ☐ D. KHER ☐ D. BLAKE ☐ D. PENF☒ LÁTEX ☐ DL ☐ TL ☒ AVP ☐ CATETER FOGARTYASSEPSIA: ☐ PVP TÓPICO ☐ PVP ALCOÓLICA ☐ PVP DEGERMANTE ☒ CLOREXIDINA ALCOÓLICA ☐ CLOREXIDINA DEGERMANTE ☐ CLOREXIDINA AQUOSA

EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS UTILIZADOS

☐ BOMBA DE INFUSÃO ☐ DESFIBRILADOR ☐ MONITOR CEREBRAL (BIS) ☐ INTENSIFICADOR DE IMAGEM ☐ MANTA TÉRMICA ☐ MICROSCÓPIO☐ FIBROSCÓPIO ☒ MONITOR CARDÍACO ☐ PA NÃO INVASIVA ☐ PA INVASIVA ☒ OXÍMETRO ☐ CAPNÓGRAFO ☐☐ FOCO AUXILIAR ☒ FONTE DE LUZ ☐ BRONCOSCÓPIO ☐ VIDEOLAPAROSCÓPIO ☐ OUTROS _____POSICÃO: ☐ DORSAL ☐ VENTRAL ☐ LATERAL DIRETO ☐ LATERAL ESQUERDO ☐ CANIVETE ☐ TREDEMBURG ☐ LITOTOMIACOXINS DE CONFORTO UTILIZADOS ☐ BIPOLAR ☐ MONOPOLAR☐ CABEÇA ☐ MSD ☐ MSE ☐ MD ☐ MEPLACA DE BISTURI ☐ ENTREGUE ☐ RECOLHIDOLOCAL: ☐ ENTREGUE ☐ RECOLHIDO• ELETRODOS ☐ ENTREGUE ☐ RECOLHIDO✚ INCISÃO CIRÚRGICA ☐ ENTREGUE ☐ RECOLHIDO

SINAIS VITAIS

PRÉ-OPERATÓRIO

INTRA-OPERATÓRIO

PÓS-OPERATÓRIO

SpO2 (%) FC (BPM) PA (mmHg) PAI (mmHg) TEMP (°C) FR (RPM) GLICEMIA LPP (lc)

99% 75 141 85

99% 75 107 57

99% 76 128 65

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA



ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA		SIM	NÃO	NA
1	Dados pessoais confirmados com o paciente+equipe+prontuário+pulseira	X		
2	Procedimento/sítio cirúrgico confirmado com paciente+equipe+prontuário+exames	X		
3	Termo de consentimento assinado			
4	Checado funcionamento do equipamento anestésico	X		
5	Alergias conhecidas: _____		X	
6	Via aérea difícil e/ou risco de broncoaspiração Se SIM, os materiais devem estar disponíveis em sala			
7	Avaliado risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/kg em crianças) Se SIM, paciente deve ter 2 AVP calibrosos punccionados ou CVC e fluido previsto em sala			

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA		SIM	NÃO	NA
8	Todos os membros da equipe se apresentam informando nome e função	X		
9	Equipe confirma nome do paciente, local da cirurgia e procedimento	X		
10	Imagens essenciais disponíveis na sala operatória	X		
11	Antibioticoprofilaxia administrada nos últimos 60min.	X		
12	Materiais e implantes no prazo de validade	X		

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÃO		SIM	NÃO	NA
13	Contagem de instrumentais, compressas e agulhas estão corretas	X		
14	Biópsia identificada com: Nome completo, data de nascimento, nº do prontuário, cirurgião e data do procedimento. Nº de amostras _____			
15	Identificados problemas com equipamentos durante o procedimento			
16	Recomendações especiais para o pós operatório			

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM		
hora	REGISTRO	ASSINATURA
8:40	Paciente admitido em SO, sala 09, calmo, consciente, orientado, em uso de ventilação por AVP em MSE, monitorização em MTE (Tornozelo) Tec. Jucyneidy	
	Instalado monitorização cardíaca, em seguida, realizado teste- sua por Dr. Tec. Jucyneidy	
1h	Iniciado procedimento pela Dr. Soub	
0h	Termino do procedimento, paciente encaminhado para SRPA	

Assinatura:
 650920

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLORIA

No. DO BE: 440693
CNS:DATA: 07/07/2019 HORA: 17:25 USUARIO: MKSANTOS
SETOR: 04-SALA DE PROCEDIMENTOS

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : SAMUEL QUEIROZ SANTOS DOC...: 0
IDADE.....: 26 ANOS NASC: 06/07/1993 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: POVOADO LAGOA DO ROSADO NUMERO: 0
COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO.....: MONTE ALEGRE DE SERGIPE UF: SE CEP...: 49690-000
NOME PAI/MAE...: JOSE ETEVALDO QUEIROZ SANTOS /IVANILDE QUEIROZ SANTOS
RESPONSAVEL...: O PROPRIO TEL...: 079
PROCEDENCIA...: MONTE ALEGRE DE SERGIPE-SE
ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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: C. P. S. P. DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

paciente vítima de acidente (motociclista) apresentando lesões múltiplas no corpo com
sujeito a avaliação médica de M.E. e aplicação de curativos e pontos de
feridas abertas

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

@ Curativos e pontos

@ Na ferida - HUS - sítio - pontos pontos

@ Antepressor 120 mg

@ Nuprin 400 mg

Feito o atendimento

18:36 - J. S. Vieira

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: 18:55

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

Mora Suiza Santos Andrade

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 SUSEP¹ 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu João Marcos de Oliveira Rosa inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.003.625/00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Samuel Queiroz Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 068.081.095/16 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Samuel Queiroz Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, 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 Das Silas</u>		Número	<u>212</u>	Complemento	<u>Casa - A</u>
Bairro	<u>Silas</u>	Cidade	<u>Marã Senhora do Blóia</u>	Estado	<u>SC</u>	CEP
Email	<u>Marcosdegloria@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>79-99925-2568</u>	Telefone celular (DDD)	<u>79-99918-9207</u>

Marã Senhora do Blóia 03 de Outubro de 2019
Local e Data

João Marcos de Oliveira Rosa
Assinatura do Declarante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 068.081.095-16 4 - Nome completo da vítima: Samuel Queiroz Santos

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

5 - Nome completo: Samuel Queiroz Santos 6 - CPF: 068.081.095-16
7 - Profissão: Advogado 8 - Endereço: Rua Lagoa do Rodado 9 - Número: 512 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Zona rural 12 - Cidade: Monte Alegre 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49.690-000
15 - E-mail: marcondesloira@gmail.com 16 - Tel (DDD): 79.9918 9207

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:

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\$1.00 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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 Lider 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) ☐ Divorciado ☐ 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(a) ao nascer? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pai/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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: N. Sra. da Glória 03.10.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Samuel Queiroz Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO - SE



BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 103830/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 03/10/2019 10:23 Data/Hora Fim: 03/10/2019 10:52
Delegado de Polícia: Fabio Santos Santana

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Delegacia Regional de Nossa Senhora da Glória Aisp
Data/Hora do Fato: 07/07/2019 16:30

Local do Fato

Município: Nossa Senhora da Glória (SE)
Logradouro: Povoado Tanque de Pedras

Bairro: Povoado

CEP: 49.680-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: SAMUEL QUEIROZ SANTOS (VITIMA , COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: SE - Nossa Senhora	Sexo: Masculino	Nasc: 06/07/1993
Profissão: Agricultor			
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Ivanildes Ferreira Santos	Nome do Pai: Etevaldo Queiroz Santos		

Endereço

Município: Monte Alegre de Sergipe - SE
Logradouro: POVOADO LAGOA DO ROÇADO

CEP: 49.690-000

Telefone: (79) 9984-0255 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição PAS/MOTOCICLETA	CPF/CNPJ do Proprietário 053.752.195-06
Placa QKW9373	Renavam 1090813020
Número do Chassi 9C2KD1000GR028070	Ano/Modelo Fabricação 2016/2016
Cor VERMELHA	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Monte Alegre de Sergipe	Marca/Modelo HONDA/NXR 160 BROS
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Samuel Queiroz Santos	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

RELATA o noticiante que trafegava pela estrada de chão que dá acesso ao Povoado Tanque de Pedra, quando colidiu com um veículo de passeio não identificado. Que foi socorrido por populares e conduzido ao Hospital Regional da cidade de



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 103830/2019

Nossa Senhora com fratura exposta na perna esquerda, sendo transferido em uma ambulância para o HUSE/ARACAJU aonde permaneceu internado por aproximadamente (13) treze dias. Que o condutor do veículo causador do acidente abandonou o local sem prestar os devidos socorros dificultando assim a sua identificação. É o relato.

ASSINATURAS

Jose Roberto de Melo Santos

Cleber Martins da Silva

Agente de Polícia

Matrícula 4712882

Responsável pelo Atendimento

Samuel Queiroz Santos

(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima esboçadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei sob juramento, conforme prevista nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

**PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE
PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Samuel Queiroz Santos
(nacionalidade) brasileiro , (profissão) Lavador , portador da cédula
de identidade RG nº 3.585.754-4 , emitido pela SSP / (UF) SE ,
inscrito sob o CPF nº 068.086.045-16 , residente na (endereço
completo) Rua Lúcia da Rocha , na cidade de
Monte Alegre SE , (UF) SE , CEP 49690-000 , nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) Ygor Marcos da O. Roca
(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 Sílios , na cidade de
N.ª 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 de Sergipe SE
03/10/2019

(assinatura) X Samuel Queiroz Santos

(RG) 3.585.754-4



OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

AMBULATÓRIO DE RETORNO DO HUSE

RELATÓRIO MÉDICO

O paciente Samuel Duenas
Sousa e Brito, 71 anos,
portador de Mieloma
5826

Dr. Antônio Franco Castro
Ortopedia/Traumatologia
CRM 106

Centro de Especialidade

BPFI

Localidade e Data

dkl

Av. Trancredo Neves, S/N - Esp. do Capucho - Aracaju - Sergipe

Telefone: (79) 32349760 Fax: (79) 32349720

alergia à medicação

Ortopedia + Neuro

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 17625
CNS:

DATA: 07/07/2019
SETOR: 06-SUTURA

HORA: 21:39

USUARIO: ELSANTOS

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...: ETEVALDO DE QUEIROZ SANTOS /IVANILDES FERREIRA SANTOS
RESPONSAVEL....: ROBERTA-ESPOSA
PROCEDENCIA....: MONTE ALEGRE-SE
ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

DOC....: 35857544
SEXO...: MASCULINO
NUMERO:
TEL....: 79 9986594
54

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, relato dor na região do punho esquerdo, perda de consciência e síncope. Paciente também relata estar alcoolizado e não sabe informar estado urológico.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

SF 0,9% 1000ml 500 500

SG 10% 1000ml IV 40 gotas/minuto

Keflin 2g IV

Profenid 100mg + 100ml SF IV

Dr. José Aparecido Almeida Cardoso
Cirurgia Geral e Videolaparoscopia
CRM 1195

500 500

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: [] ATÉ 48HS [] APÓS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

REGISTRO: *Uem*

DATA: 21/08/2019

HORARIO: 2230

Teléfono: *Rodriguez*

TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída por
 Decreto-Lei nº 24.143, de 24.10.1932 e posteriormente reformulada
 pelo Decreto nº 5452 de 01.05.1945 que aprova a CTPS.
 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 habilita-
 ção 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, esta deve ser protegida e
 cuidada, pois além de conter o registro de sua vida
 Profissional, a garantia da preservação e validade
 de seus direitos como trabalhador, cidadão,
 contribui para assegurar o seu futuro e o de seus
 dependentes, tendo validade, também, como
 documento de identificação.

CONTÉM INFORMAÇÕES RELEVANTES DO
 FOLIO - FOLIO DE ANOTAÇÕES DO 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 Queiroz Santos



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

SAMUEL QUEIROZ SANTOS

FILIAÇÃO: ETEVALDO DE QUEIROZ SANTOS

NOME: IVANILDES FERREIRA SANTOS

SEXO: MASCULINO

NASCIMENTO: 08/07/1983

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - SE

DOCUMENTO: C 1 3.585.704-4 22/03/2010 SSP/SE

LEI Nº 9.049, DE 13 DE MAIO DE 1995

CPF: 003.051.095-16

TÍT. ELEITOR

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

Samuel Queiroz Santos

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

NOME: _____
 DATA/NOV. DE _____ PARA _____
 DOCUMENTO: _____

NOME: _____
 DOCUMENTO: _____

NOME: _____
 DOCUMENTO: _____

NOME: _____
 DOCUMENTO: _____

LEGENDA

1 - EMISSÃO 1 - INSCRIÇÃO 2 - ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE 3 - DATA DE EMISSÃO
 4 - ALTERAÇÃO 5 - INSCRIÇÃO 6 - INSCRIÇÃO 7 - INSCRIÇÃO 8 - INSCRIÇÃO

MODELO DE ATESTADO MÉDICO PARA FINS DE PERÍCIA

(Elaborado de acordo com a Resolução CFM nº 1.658/2002, com alterações feitas pela Resolução CFM 1.851/2008)¹

Atesto, para fins de comprovação junto à Perícia Oficial da Previdência Social ou Poder Judiciário, que examinei o paciente abaixo indicado, cuja identidade foi por mim conferida, nos termos do art. 4º da Resolução CFM nº 1.658/2002, e constatei que o examinado é portador da(s) patologia(s) adiante, com as consequências descritas a seguir:

Nome do paciente: SAMUEL QUEIROZ SANTOS

Número do documento de identidade (documento com foto) _____

- Diagnóstico: patologias verificadas e respectiva classificação CID 10

1) FRATURA DE FÍMULA: S824

2) FRATURA DE FÍMULA DO MEMBRO INFERIOR: T832

3) _____

4) _____

- O paciente se submeteu ou apresentou resultados de exames complementares?

() Não

(x) Sim. Quais (descrição breve e resultado)?

RADIOLÓGICA DO OMBRO ESQUERDO, FRATURA DESALINHADA COM LONGA PERDA DE ALINHAMENTO DO OMBRO PARA A FÍMULA COM FRAGMENTOS DE CALÍCRIO E PERDA DE MOVIMENTO EM ROTACÃO TIPIAL, ACUSADO POR RIGIDEZ DE MOVIMENTO;

- Quais as consequências da(s) patologia(s) para a saúde do paciente? Quais as funções ou sentidos de que está o paciente privado ou limitado em virtude das patologias verificadas?

LIMITA AO TRANSVERSO E AO DELOCAMENTO; LIMITA AO GYROSCO FÍSICO; LIMITAÇÃO A FLEXÃO/EXTENSÃO; LIMITA AO ABRIR/FECHAR

- As patologia(s) constatada(s) o incapacita(m) para o trabalho?

() Não.

(x) Sim. Por quê?

LIMITA AO CARGO FÍSICO; AO TRANSVERSO; E AO SE LOCOMOVER

- Em caso de resposta positiva à pergunta anterior, a incapacidade é irreversível?

() Sim.

(x) Não. Qual o tempo de repouso estimado para a recuperação do paciente, considerando que o mesmo siga o tratamento indicado para a patologia?

TEMPO INDETERMINADO

Informo, por fim, que o fornecimento do presente atestado, com o respectivo diagnóstico, foi solicitado e autorizado pelo próprio paciente ou seu representante legal, conforme assinatura (ou identificação digital) ao final, em obediência ao art. 5º da Resolução CFM nº 1.658/2002.

CAMARGO DE SÃO PAULO - SP 14/11/2019

Dr. Cesar Augusto Melo Carvalho
Médico

NOME DO MÉDICO
Nº DO CRM

CRM/SE 2434

Eu, (nome do paciente ou representante legal) Autorizo o fornecimento de atestado médico ao Poder Judiciário, com a identificação das patologias constatadas e informações a ela relacionadas.

Samuel Queiroz Santos (Assinatura do Paciente)

¹ Art 1º O atestado médico é parte integrante do Ato médico, sendo seu fornecimento direito inalienável do paciente, não podendo importar em qualquer majoração de honorários.
Art. 2º Ao fornecer o atestado, deverá o médico registrar em ficha própria e/ou prontuário médico os dados dos exames e tratamentos realizados, de maneira que possa atender às pesquisas de informações dos médicos peritos das empresas ou dos órgãos públicos da Previdência Social e da Justiça.
Art. 3º [...] III - registrar os dados de maneira legível.