

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: 03/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALCLEIDE JOAQUIM DE SANTANA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03303

CONTA: 000000041535-6

Nr. da Autenticação 5BEC55072E17BDA3

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190689902

Cidade: Poço Redondo

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: VALCLEIDE JOAQUIM DE SANTANA

Data do acidente: 01/09/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO CORPO DA MANDÍBULA A ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO FACE ASSIMÉTRICA COM AUMENTO DO VOLUME DO CORPO DA MANDÍBULA À ESQUERDA (CALO ÓSSEO), DOR E PARESTESIA NA MANDÍBULA E ARCADA DENTÁRIA INFERIOR A ESQUERDA, AUSÊNCIA DE INCISIVO CENTRAIS INFERIORES, DESVIO IMPORTANTE DA MANDÍBULA PARA A ESQUERDA, PERDA DA OCLUSÃO DENTÁRIA, ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR COM DOR, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO BILATERAL, RESTRIÇÃO IMPORTANTE DOS MOVIMENTOS DE ABERTURA DA BOCA. PERICIA DO SE ALIMENTANDO POR DIETA PASTOSA E LIQUIDA

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 20/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

Receituário

Reletores Lúcio

O Sr. Valdeci Joaquim de Brito foi submetido à redução cirúrgica da fratura da bacia Mandibula esquerda com fixação, no dia 18/09/2019, neste hospital. Sendo alta hospitalar no dia 21/09/2019.

Itaboraí 05/12/2019

Dr. Paulo Almeida Junior
Cirurgião Bucal e Implantodontista
CRO-SE 1260

BE: 391644

DATA: 01/09/2019 HORA: 16:30 USUARIO: MKOSANTOS
SETOR: 04-SALA DE PROCEDIMENTOS

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

: VALCLEIDE JOAQUIM DE SANTANA DOC...: 1026266
.....: 50 ANOS NASC: 11/08/1969 SEXO...: MASCULINO
ECO.....: POVOADO OLHOS D'AGUA NUMERO: 0
EMENTO....: 701305693476030 BAIRRO: ZONA RURAL
PIO.....: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE CEP...: 49680-000
PAI/MAE...: RAFAEL JOAQUIM DE SANTANA /NEILDES MOREIRA DE SANTANA
SAVEL....: O PROPRIO TEL...: 79 9808-1
DENCIA...: NOSSA SENHORA DA GLORIA-SE 87
IMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

la de moto, sem capote

BD: NDA (D) trauma de gar

COES DA ENFERMAGEM:

OSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Torçao 14
14
2 p/
Fratura de

Jociene R. Graca
Médico
CRM 445109

DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: 21 : 42
[] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

MACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

FERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOI

de Pereira Santos Santana
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

Dr. José Cicero da Silva
Médico
CRM/SE 5498

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

PROFISSÃO: _____

HORÁRIO: _____

DE ENFERMAGEM

ORIENTADO ☐ LETARGICO ☐ OBNUBILADO ☐ TORPOROSO ☐ COMATOSO ☐ OUTROS ☐

REGRESSA

DIABETES ☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL ☐ CARDIOPATIA ☐ AVC ☐ OUTROS: _____
QUAIS: _____

INTOLERÂNCIA

SIM ☐ NÃO ☐

MEDICAMENTO EM USO

SIM ☐ NÃO ☐

QUAIS: _____

S

Pressão Arterial / mmHG
Frequência Cardíaca bpm
Temperatura °C
Frequência Respiratória irpm
Saturação de Oxigênio %
Peso kg

VERMELHO ☐

AMARELO ☐

VERDE ☐

AZUL ☐

D:

Ass. Enfermeiro(a) / Carimbo

MÉDICO

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

DICA

PERSONAL DE GLORIA
do Exm. de Rolo X / TIPO
2455 07
QUANT. _____

REGISTRO DE ENFERMAGEM

119 20:00 hs
oto cunhado gofno esquerdo, com período típico
fisiológico, AGE

José R. Graca
Enfermeiro
COREN 445189

CAIDA:

Assinatura e Carimbo

ALERGIA A DILIRONA

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 710746
CNS:

DATA: 19/09/2019 HORA: 06:33 USUARIO: RSANTOS
SETOR: 05-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : VALCLEIDE JOAQUIM DE SANTANA
IDADE.....: 50 ANOS NASC: 11/08/1969
ENDERECO.....: PV OLHOS DAGUA
COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE CEP....: 49500-
NOME PAI/MAE...: FAFANEL JOAQUIM DE SANTANA /NEILDE MOREIRA DE SANTANA
RESPONSAVEL....: A ESPOSA ROSILEDE TEL....: 079 998
PROCEDENCIA....: NSA SRA DA GLORIA - SE 687
ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
P.D. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

EXAMES COMPLEMENTARES: ☒ RAIO X ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ TC
Gileno Alves de Souza Junior 570 ☐ LIQUOR ☐ ECG ☐ ULTRASSONOGRAFIA
Téc. em Radiologia

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

fratura de mandibula
18 dias

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

fratura de mandibula

CID: 5026

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

CR Intendo # 50

Dr. Paulo Almeida Junior
CRM 1260

DATA DA SAIDA: / /

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

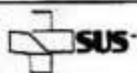
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

Rosileide Pereira Santos Santana
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HRI

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HRI

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

VALCEIRIO JOAQUIM DE SANTANA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

11/08/1969

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3

11 - NOME DA MÃE

Neilde Moreira de Santana

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

PV Olhos D'Água

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

NSA SRA da Glória

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dr.; me. olhos; mobilidade / hipotrofia; Amarelado pul

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necrose de trabécula linf. especifico

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame físico e laboratorial

23 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Fratura de Mandíbula

24 - CID 10 PRINCIPAL

S02.6

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Redução fratura de mandíbula com fixação cirúrgica

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

Belo Horizonte

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Urgência

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

3816750275100

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Paulo Roberto Almeida

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

18/9/0

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

40 - Nº DO REGISTRO DO PROFISSIONAL

41 - SÉRIE

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



HOSPITAL REGIONAL DE ITABORAÍ
DRº PEDRO GARCIA MORENO FILHO
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE
PROCESSO DE ENFERMAGEM
UNIDADE PRODUTIVA: L. Lixigina



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Valdeir de Santana IDADE: 80a LEITO: E3 DATA: 19/09/19
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fratura de mandíbula DIAS DE INTERNAÇÃO: 1d

II - HISTÓRIA CLÍNICA

ANTECEDENTES PESSOAIS:

() HAS () Etilismo
() DM () Tabagismo
() Cardiopatias: () Outros:

ALERGIAS:

() NÃO
(X) SIM: dipixema

SINAIS VITAIS:

PA: 98/ SpO2: 98%
FC: 72bpm HGT:
FR: Tax:

MEDICAÇÕES EM USO:

III - EXAME FÍSICO

1.1. SISTEMA NEUROLÓGICO

☒ Consciente ☒ Orientado () Desorientado () Sedado () Torporoso () Comatoso () Agitado () Reage a Estímulos () Não Reage	PUPILAS ☒ Isocóricas () Anisocóricas: à <u> </u> () Mióticas () Midríáticas ☒ Fotorreagentes () Não Reagentes	MOBILIDADE FÍSICA MMSS ☒ Preservada () Paresia à <u> </u> () Parestesia à <u> </u> () Plegia à <u> </u> MMII ☒ Preservada () Paresia à <u> </u> () Parestesia à <u> </u> () Plegia à <u> </u>	ESCALA DE COMA DE GLASGOW: <u>15</u> AO: <u>4</u> RV: <u>5</u> RM: <u>6</u> Espontânea 4 Orientada 5 Obedece comandos 6 A voz 3 Confusa 4 Localiza dor 5 A dor 2 Palavras inapropriadas 3 Movimento de retirada 4 Ausente 1 Palavras incompreensivas 2 Flexão anormal 3 Ausente 1 Extensão anormal 2 Ausente 1 Ausente 1
---	---	--	--

1.2. SISTEMA RESPIRATÓRIO

☒ Eupneico () Dispneico () Taquipneico () Bradipneico () Tir. Intercostal () Tir. Subcostal () Uso de m. acessória	AUSCULTA PULMONAR Murmúrios Vesiculares ☒ Presentes () Diminuídos à <u> </u> Ruídos Adventícios () Roncos () Sibilos () Estertores	VENTILAÇÃO ☒ Ambiente () Cateter <u> </u> () Venturi <u> </u> () Hudson <u> </u> () TOT () TQT Modo: <u> </u> FIO2: <u> </u> VOL: <u> </u> FR: <u> </u> IE: <u> </u> Tins: <u> </u> Pinsp: <u> </u> PS: <u> </u> PEEP: <u> </u>	DRENO DE TÓRAX () SIM (X) NÃO Data: <u> </u> Secreção: <u> </u> Volume: <u> </u> ml	☒ Normocárdico () Taquicárdico () Bradicárdico () Normotenso () Hipertenso () Hipotenso	PULSO ☒ Cheio () Filiforme ☒ Rítmico () Arritmico TEC (X) ≤ 2seg () ≥ 2seg
--	--	---	--	---	--

1.4. SISTEMA GASTROINTESTINAL

☒ Flácido () Tenso ☒ Plano () Globoso DRENO () Sim (X) Não Secreção: <u> </u> Volume: <u> </u> ml	RHA: ☒ Presente () Ausente	1.5. SISTEMA GENITURINÁRIO () Anúria (X) Espontânea () Oligúria () Cistostomia () Polaciúria () SVD () Hematúria Data: <u> </u> () Colúria () Disúria () Bexigoma	1.6. INTEGRIDADE CUTÂNEA MUCOSA PELE ☒ Normocorada () Hipocorada () Cianótica ☒ Anictérica () Ictérica LESÃO POR PRESSÃO Local: <u> </u> Grau: <u> </u> Local: <u> </u> Grau: <u> </u> Local: <u> </u> Grau: <u> </u> EDEMA () MSD () MSE () MID () MIE
--	--	---	---

1.7. NUTRIÇÃO

☒ Oral () SNG () NPT Vazão: <u> </u> () SNE Vazão: <u> </u> Secreção: <u> </u> Volume: <u> </u>	1.8. ACESSO VENOSO ☒ AVP Data: <u>19/09</u> Local: <u>USE</u> () AVP Data: <u> </u> Local: <u> </u> () AVP Data: <u> </u> Local: <u> </u> () AVC Data: <u> </u> Local: <u> </u> () AVC Data: <u> </u> Local: <u> </u>	1.9. DROGAS VASOATIVAS () Noradrenalina <u> </u> ml/h () Nitroprussiato <u> </u> ml/h () Nitroglicerina <u> </u> ml/h () Dopamina <u> </u> ml/h () Dobutamina <u> </u> ml/h () SEM USO	1.10. SEDAÇÃO () Fentanil <u> </u> ml/h () Midazolam <u> </u> ml/h () Propofol <u> </u> ml/h Outros: <u> </u> ml/h () SEM USO	1.11. DROGAS EM BIC () Amiodarona <u> </u> ml/h () Bicarbonato <u> </u> ml/h () Insulina <u> </u> ml/h Outros: <u> </u> ml/h () SEM USO
---	---	--	---	---

Anotações:

Assinatura e carimbo:

Dea de L. Santos

Enfermeira
RUBENS 341898

IV- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

☐ Ansiedade	☐ Memória prejudicada	☐ Risco de função respiratória alterada
☐ Automutilação	☐ Mobilidade física prejudicada	☐ Risco de glicemia instável
☒ Comunicação verbal prejudicada	☐ Náusea	☐ Risco de integridade da pele prejudicada
☐ Conforto prejudicado	☐ Nutrição desequilibrada	☐ Risco de integridade tissular prejudicada
☐ Confusão	☐ Padrão de sono alterado	☐ Risco de intolerância à atividade
☐ Deambulação prejudicada	☐ Padrão respiratório ineficaz	☒ Risco de infecção
☐ Débito cardíaco diminuído	☐ Perfusão tissular ineficaz	☐ Risco de queda
☐ Déficit no autocuidado com alimentação/ banho/ higiene	☐ Retenção urinária	☒ Risco de sangramento
☐ Deglutição prejudicada	☐ Termorregulação ineficaz	☐ Risco de temperatura corporal desequilibrada
☐ Desobstrução ineficaz das vias aéreas	☐ Troca de gases prejudicada	☐ Risco de volume de líquidos deficientes
☒ Dor aguda	☐ Ventilação espontânea prejudicada	☐ OUTROS:
☐ Dor crônica	☐ Volume de líquidos deficiente	
☐ Diarréia	☐ Volume de líquidos excessivo	
☐ Eliminação urinária prejudicada	☐ Risco de aspiração	
☐ Fadiga	☐ Risco de automutilação	
☐ Intolerância à atividade	☐ Risco de choque	
☐ Incontinência urinária	☐ Risco de confusão mental	
☐ Incontinência intestinal	☐ Risco de constipação	
☒ Integridade da pele prejudicada	☐ Risco de débito cardíaco diminuído	
☐ Integridade tissular prejudicada	☐ Risco de distúrbio hidroeletrolítico	
☐ Medo	☐ Risco de função cardiovascular prejudicada	

V- PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

INTERVENÇÕES	APRAZAMENTO
- Observar sinais e sintomas de infecção;	Atenção
- Realizar troca de curativo diariamente;	Atenção
- Trocar AVP a cada 72 horas;	Atenção
- Observar presença de sinais fisiológicos em AVP;	Atenção

VI - EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

17:30h - Paciente no leito acordada, consciente, orientada, eufórica, AAA, calma, respondendo às solicitações verbais, deambula, em uso de AVP em MSE com oxigenação fluída bem e eufórica em mandíbula. Nega náusea, vômito, algia, tontura, refere estar se sentindo bem e sem queixas no momento, segue sob os cuidados da equipe.

Assinatura e carimbo:

Dona de L. Santos

Enfermeira

CORENMG 441508



HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA
DRº PEDRO GARCIA MORENO FILHO
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE
PROCESSO DE ENFERMAGEM
UNIDADE PRODUTIVA: 2 Cirúrgica



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Voldeide Joaquim de Santana IDADE: 60a LEITO: 53 DATA: 20/09/19
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fratura de mandíbula DIAS DE INTERNAÇÃO: 2d

II - HISTÓRIA CLÍNICA

ANTECEDENTES PESSOAIS:

() HAS () Etilismo
() DM () Tabagismo
() Cardiopatias: () Outros:

ALERGIAS:
() NÃO
SIM: dipixena

SINAIS VITAIS:

PA: 98% SpO2: 98%
FC: 88bpm HGT:
FR: Tax:

MEDICAÇÕES EM USO:

III - EXAME FÍSICO

1.1. SISTEMA NEUROLÓGICO

☒ Consciente ☒ Orientado () Desorientado () Sedado () Aproroso () Comatoso () Agitado () Reage a Estímulos () Não Reage	PUPILAS ☒ Isocóricas () Anisocóricas à _____ () Mióticas () Midríáticas ☒ Fotorreagentes () Não Reagentes	MOBILIDADE FÍSICA MMSS ☒ Preservada () Paresia à _____ () Parestesia à _____ () Plegia à _____ MMII ☒ Preservada () Paresia à _____ () Parestesia à _____ () Plegia à _____	ESCALA DE COMA DE GLASGOW: <u>15</u> AO: <u>4</u> RV: <u>5</u> RM: <u>6</u> Espontânea 4 Orientada 5 Obedece comandos 6 A voz 3 Confusa 4 Localiza dor 5 A dor 2 Palavras inapropriadas 3 Movimento de retirada 4 Ausente 1 Palavras incompreensivas 2 Flexão anormal 3 Ausente 1 Extensão anormal 2 Ausente 1 Ausente 1
--	--	--	--

1.2. SISTEMA RESPIRATÓRIO

☒ Eupneico () Dispneico () Taquipneico () Bradipneico () Tir. Intercostal () Tir. Subcostal () Uso de m. acessória	AUSCULTA PULMONAR Murmúrios Vesiculares ☒ Presentes () Diminuídos à _____ Ruídos Adventícios () Roncos () Sibilos () Estertores	VENTILAÇÃO ☒ Ambiente () Cateter _____ () Venturi _____ () Hudson _____ () TOT () TQT Modo: _____ FIO2: _____ VOL: _____ FR: _____ IE: _____ Tins: _____ Pinsp: _____ PS: _____ PEEP: _____	DRENO DE TÓRAX () SIM ☒ NÃO Data: _____ Secreção: _____ Volume: _____ ml	1.3. SISTEMA CARDIOVASCULAR ☒ Normocárdico () Taquicárdico () Bradicárdico () Normotenso () Hipertenso () Hipotenso PULSO ☒ Chelo () Filiforme ☒ Rítmico () Arritmico TEC ☒ ≤ 2seg () ≥ 2seg
--	--	---	--	---

1.4. SISTEMA GASTROINTESTINAL

☒ Flácido () 150 () Plano () Globoso DRENO () Sim ☒ Não Data: _____ Secreção: _____ Volume: _____ ml	RHA: ☒ Presente () Ausente	1.5. SISTEMA GENITURINÁRIO () Anúria () Oligúria () Polaciúria () Hematúria () Colúria () Disúria () Bexígota ☒ Espontânea () Cistostomia () SVD Data: _____ ☒ Normocorada () Hipocorada ☒ Acianótica () Cianótica ☒ Anictérica () Ictérica	1.6. INTEGRIDADE CUTÂNEA MUCOSA PELE ☒ Normocorada () Hipocorada ☒ Acianótica () Cianótica ☒ Anictérica () Ictérica LESÃO POR PRESSÃO Local: _____ Grau: _____ Local: _____ Grau: _____ Local: _____ Grau: _____ Local: _____ Grau: _____ EDEMA () MSD () MSE () MID () MIE
---	--	---	---

1.7. NUTRIÇÃO

☒ Oral () SNG () NPT Vazão: _____ () SNE Vazão: _____ Secreção: _____ Volume: _____	1.8. ACESSO VENOSO ☒ AVP Data: <u>20/09</u> Local: <u>USG</u> () AVP Data: _____ Local: _____ () AVP Data: _____ Local: _____ () AVC Data: _____ Local: _____ () AVC Data: _____ Local: _____	1.9. DROGAS VASOATIVAS () Noradrenalina _____ ml/h () Nitroprussiato _____ ml/h () Nitroglicerina _____ ml/h () Dopamina _____ ml/h () Dobutamina _____ ml/h () SEM USO	1.10. SEDAÇÃO () Fentanil _____ ml/h () Midazolam _____ ml/h () Propofol _____ ml/h Outros: _____ ml/h () SEM USO	1.11. DROGAS EM BIC () Amiodarona _____ ml/h () Bicarbonato _____ ml/h () Insulina _____ ml/h Outros: _____ ml/h () SEM USO
---	---	--	---	---

Anotações:

Assinatura e carimbo:

Deia de L. Santos
Enfermeira
44124

IV - DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

☐ Ansiedade	☐ Memória prejudicada	☐ Risco de função respiratória alterada
☐ Automutilação	☐ Mobilidade física prejudicada	☐ Risco de glicemia instável
☐ Comunicação verbal prejudicada	☐ Náusea	☐ Risco de integridade da pele prejudicada
☐ Conforto prejudicado	☐ Nutrição desequilibrada	☐ Risco de integridade tissular prejudicada
☐ Confusão	☐ Padrão de sono alterado	☐ Risco de intolerância à atividade
☐ Deambulação prejudicada	☐ Padrão respiratório ineficaz	☒ Risco de infecção
☐ Débito cardíaco diminuído	☐ Perfusão tissular ineficaz	☒ Risco de queda
☐ Déficit no autocuidado com alimentação/ banho/ higiene	☐ Retenção urinária	☒ Risco de sangramento
☐ Deglutição prejudicada	☐ Termorregulação ineficaz	☐ Risco de temperatura corporal desequilibrada
☐ Desobstrução ineficaz das vias aéreas	☐ Troca de gases prejudicada	☐ Risco de volume de líquidos deficientes
☐ Dor aguda	☐ Ventilação espontânea prejudicada	☐ OUTROS:
☐ Dor crônica	☐ Volume de líquidos excessivo	
☐ Diarréia	☐ Risco de aspiração	
☐ Eliminação urinária prejudicada	☐ Risco de automutilação	
☐ Fadiga	☐ Risco de choque	
☐ Intolerância à atividade	☐ Risco de confusão mental	
☐ Incontinência urinária	☐ Risco de constipação	
☐ Incontinência intestinal	☐ Risco de débito cardíaco diminuído	
☒ Integridade da pele prejudicada	☐ Risco de distúrbio hidroeletrólítico	
☐ Integridade tissular prejudicada	☐ Risco de função cardiovascular prejudicada	
☐ Medo		

V - PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

INTERVENÇÕES	APRAZAMENTO
- Observar sinais e sintomas de infecção;	Atenção
- Realizar troca de curativo em mandíbula diariamente;	Atenção
- Observar presença de sinais flogísticos em AVP;	Atenção
- Trocar AVP a cada 72 horas.	Atenção

VI - EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

07:00h - Paciente no leito, acordado, consciente, orientado, eufórico, AAA, calma, deambula, respondendo as solicitações verbais, em uso de AVP em MSE com cateterapia e curativo limpo e seco em mandíbula. Não náusea, vômito, algia, refere estar se sentindo bem, diurese 4, deposição 2, e estar com queixas na momento. Segue sob a orientação da equipe.

Assinatura e carimbo:

 Maria J. Santos

COREN/SE 44114



Ficha de Ato Cirúrgico

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Nome do Paciente:	Adelino Loureiro de Santana	Diagnóstico Pré-operatório:	Exostose unilateral de mand.
Cirurgia realizada:	Redução cirúrgica com fixação	Cirurgião:	Dr. Paulo Almeida Jr.
Auxiliares:	Dr. Jorge Freire	Anestesiologista:	Dr. Bruno Góis
Anestesia:	gta	Diag. Pos-operatório:	O mesmo

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

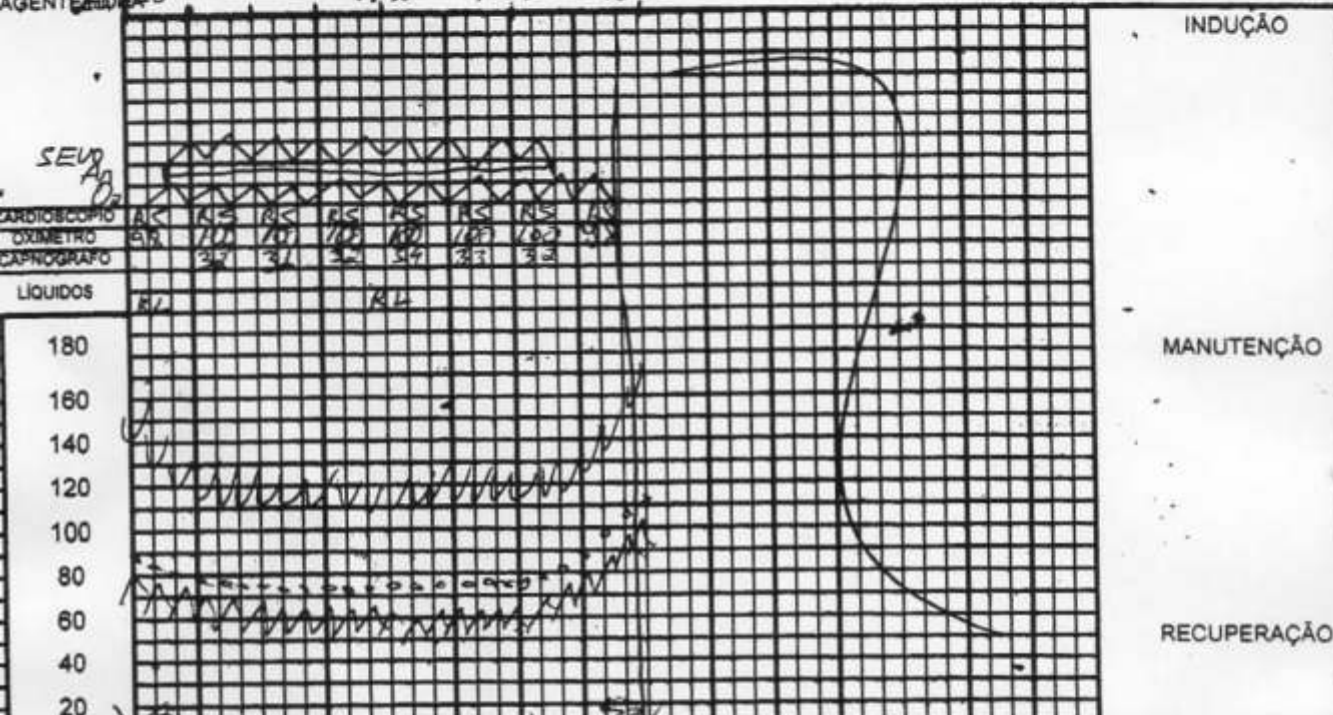
- 1) Paciente em PDI sob anestesia geral
- 2) Anti-espas, antibiótico e analgésico
- 3) Lavagem das cavidades com solução fisiológica
- 4) Bloqueio do tempo na orelha
- 5) Colocação da barra de crânio superior e inferior com BMM.
- 6) Intubação orotraqueal com lidocaína 2% com vaso
- 7) Ressecção profunda de tecido mole, desbridamento
- 8) Uma placa feita com 4 parafusos de 6mm e uma placa com extensão com 4 parafusos de 8mm
- 9) Lavagem abundante da ferida da incisão com solução 3-0
- 10) Hemostase do tempo na orelha
- 11) Hemostase da BMM
- 12) Curativo com estabilização das arcadas sup e inf.

Data: 19.09.19

Assinatura do cirurgião

Dr. Paulo Almeida Júnior
CRM 12500

NOME: Valeide Joaquina de Brito Nº PRONTUÁRIO: _____
 CONVÊNIO: SUS DATA: 13/03/19 SEXO: M COR: _____ IDADE: 50 PÊSO: _____
 NATURAL: _____ EST. CIVIL: _____ SANGUE: _____
 SETOR MÉDICO: _____ AMBULATÓRIO: _____ APTº: _____ E. FÍSICO(ASA): I
 DIAG PRE-OP: Fratura de maxilar
 CIRURGIA PROPOSTA: Tratamento cirúrgico de fratura
 DIAG POS-OP: Fratura de maxilar
 CIRURGIA REALIZADA: Tratamento cirúrgico de fratura
 PRÉ-ANESTÉSICO: 0 HORA: 0 EFEITO: 0
 CIRURGIÃO: Dr. Paulo Almeida 1º AUXILIAR: _____
 2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: _____
 AGENTE: DR. D 14:30 15:30 16:30



ANOTAÇÕES
 Pré-anestesia, indução, manutenção, recuperação, sonda, cateter, etc.
 14:30 - 15:30 - 16:30

DROGAS / MATERIAL	CONC.	QUANT	ANESTESIA
Fentanil	100 µg	01	Sem-Renalação - Aberto - Semi-fechado - Circo - Vals e Vem - S/C Absorção
Midazolam	2 mg	01	
Propofol	1%	01	Orotraqueal - Nasotraqueal - Sonda
Etomidato	1 mg	01	Respiração: Espont. - Auxil. - Contra - Mec. - M
Etomidato	1 mg	01	
Etomidato	1 mg	01	S/C Lesão - Aparelho
Etomidato	1 mg	01	
Etomidato	1 mg	01	Posição - Local Puncão - Simples - C/Cateter - Líquor
Etomidato	1 mg	01	
Etomidato	1 mg	01	Pos. Após - Pos. Op. - Duração da Op. - Duração da Anest.
Etomidato	1 mg	01	
Etomidato	1 mg	01	Cond. Final - Resultado: B.R. M. - Reflexo - Anestesiologista
Etomidato	1 mg	01	
Etomidato	1 mg	01	Líquido: - Sangue: - Anestesiologista

FICHA DO ATO CIRÚRGICO

Dr. Bruno Góis Nascimento
 Anestesiologista
 CRM / SE: 3331



1.026,266 2.VIA 06/09/2010

WALDETE JOAQUIM DE SANTANA
NEILDES MOREIRA DE SANTANA

N.S. DA GLORIA-SE 11/08/1969

CT. CASAMENTO NR 752 LV B-04 FL 140
CART. DO DIST. DA COMECA DE N.S. DA GLORIA



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cartão de Identificação

Número de Identificação

515.875.135-87

Nome

VALCLEIDE JOAQUIM DE SANTANA

11/08/1969

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0443463/19

Vítima: VALCLEIDE JOAQUIM DE SANTANA

CPF: 515.875.135-87

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 01/09/2019

Titular do CPF: VALCLEIDE JOAQUIM DE SANTANA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA : 020.003.675-00

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

VALCLEIDE JOAQUIM DE SANTANA : 515.875.135-87

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: 10/12/2019
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2019
Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO
CPF: 221.365.090-04

JOSE MARINO GOYA ARAUJO

Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190689902

Vítima: VALCLEIDE JOAQUIM DE SANTANA

Data do Acidente: 01/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALCLEIDE JOAQUIM DE SANTANA

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, 10 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190689902

Vítima: VALCLEIDE JOAQUIM DE SANTANA

Data do Acidente: 01/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VALCLEIDE JOAQUIM DE SANTANA

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: VALCLEIDE JOAQUIM DE SANTANA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000003303

Conta: 0000041535-6

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,



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: 515.875.135-87 4 - Nome completo da vítima: Valdeir de Joaquim D. Santana

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

5 - Nome completo: Valdeir de Joaquim D. Santana 6 - CPF: 515.875.135-87
7 - Profissão: Lavador 8 - Endereço: Set. Ochos, Lagoa 9 - Número: 514 10 - Complemento: 2000
11 - Bairro: Zona rural 12 - Cidade: Norma Senhora Da Glória 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49.680-000
15 - E-mail: marcondugloria@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 79.99189207

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)

AGÊNCIA: 3303 CONTA: 415356
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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 (ainda não nasceu)? ☐ 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 - Impedimento legal da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data: Norma Senhora Da Glória 06.12.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190689902
Nome do(a) Examinado(a): Valcleide Joaquim de Santana
Endereço do(a) Examinado(a): Sit Olhos Dagua, S/N Casa
Area Rural Nossa Senhora da Gloria SE CEP: 49680-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 1.026.266
Data local do acidente: [01/09/2019]
Data local do exame: [20/12/2019] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DO CORPO DA MANDÍBULA A ESQUERDA.

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

Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA COM 02 PLACAS E 08 PARAFUSOS
Complicações: BLOQUEIO BILATERAL, RESTRIÇÃO IMPORTANTE DOS MOVIMENTOS DE ABERTURA DA BOCA
Data da Alta: 01/09/2019

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

AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO FACE ASSIMÉTRICA COM AUMENTO DO VOLUME DO CORPO DA MANDÍBULA À ESQUERDA (CALO OSSEO), DOR E PARESTESIA NA MANDÍBULA E ARCADA DENTÁRIA INFERIOR A ESQUERDA, AUSÊNCIA DE INCISIVO CENTRAIS INFERIORES, DESVIO IMPORTANTE DA MANDÍBULA PARA A ESQUERDA, PERDA DA OCLUSÃO DENTÁRIA, ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR COM DOR, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO BILATERAL, RESTRIÇÃO IMPORTANTE DOS MOVIMENTOS DE ABERTURA DA BOCA. PERICÍDIO SE ALIMENTANDO POR DIETA PASTOSA E LIQUIDA

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

☒ (X) Sim () Não

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

☒ (X) Sim () Não

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

DÉFICIT FUNCIONAL LEVE CRANIO FACIAL.

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

% do dano: () 10% residual ☒ (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Manoel Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 125532/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/11/2019 12:30 Data/Hora Fim: 27/11/2019 13:08
Delegado de Polícia: Fabio Santos Santana

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Plantonista - Nossa Senhora da Glória

Data/Hora do Fato: 01/09/2019 14:30

Local do Fato

Município: Nossa Senhora da Glória (SE)

Bairro: Povoado

CEP: 49.680-000

Ponto de Referência: Povoado Baixa Limpa

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: VALCLEIDE JOAQUIM DE SANTANA (VÍTIMA, COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: SE - Nossa Senhora	Sexo: Masculino	Nasc: 11/08/1969
Profissão: Agricultor			
Estado Civil: Casado(a)			
Nome da Mãe: Neildes Moreira de Santana	Nome do Pai: Rafael Joaquim de Santana		

Endereço

Município: Nossa Senhora da Glória - SE

Bairro: Sítios OLhos d'água

CEP: 49.680-000

Telefone: (79) 99808-1687 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição PAS/MOTOCICLETA	CPF/CNPJ do Proprietário 724.339.065-04
Placa IAK4748	Renavam 170699668
Número do Chassi 9C2KC1610AR002219	Ano/Modelo Fabricação 2009/2010
Cor PRETA	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Feira Nova	Marca/Modelo HONDA/CG150 TITAN MIX KS
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Valcleide Joaquim de Santana	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

RELATA o noticiante que conduzia uma motocicleta pela rodovia estadual que liga os municípios de Carira a Nossa Senhora da Glória, quando nas imediações do Povoado Baixa Limpa perdeu o equilíbrio ao cair em um buraco que estava cheio d'água; Que após a queda foi socorrido por populares e conduzido ao Hospital Regional da cidade de Nossa Senhora da Glória com fraturas no maxilar, diante da gravidade transferido ao Hospital da cidade de Itabaiana aonde foi submetido a

Delegado de Polícia Civil: Fabio Santos Santana
Impresso por: Cleber Martins da Silva
Data de Impressão: 27/11/2019 13:09
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 125532/2019

Intervenção cirúrgica. A motocicleta envolvida no acidente tem como proprietária a pessoa de EDNALVA JOSE DOS SANTOS. É o relato.

ASSINATURAS


Jose Roberto de Melo Santos
Cleber Martins da Silva
Agente de Fiel
Matrícula 4712882

Responsável pelo Atendimento


Valdeir Joaquim de Santana

(Comunicante / Vítima)

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