

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/10/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PATRICIA FELIS DA SILVA NASCIMENTO

BANCO: 047

AGÊNCIA: 00035

CONTA: 000001037318-0

Nr. da Autenticação 3E4DF59B36CC1A11

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: 27/04/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PATRICIA FELIS DA SILVA NASCIMENTO

BANCO: 047

AGÊNCIA: 00035

CONTA: 000001037318-0

Nr. da Autenticação 0B331FA9B3FE6C7B

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3150817188**

Nome do(a) Examinado(a): **PATRICIA FELIS DA SILVA NASCIMENTO**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Zenza, S/N - Zona de Expansão (Areia Branca) - Aracaju - SE - CEP 49007-295

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /SE**] **3.067.064-0**

Data e local do acidente: [**28/08/2014**] **ARACAJU-SE**

Data e local do exame: [**17/09/2018**] **Aracaju** [**SE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA EXPOSTA DISTAL DO FÊMUR DIREITO.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

VÍTIMA REFERE DOR NO JOELHO. AO EXAME, APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA LOCAL E LIMITAÇÃO SEVERA DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO, DEAMBULA COM AUXÍLIO DE MULETA. MEMBRO INFERIOR DIREITO 2,0 CM MAIS CURTO QUE O MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

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

REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSÍNTESE COM FIXAÇÃO EXTERNA. EVOLUIU COM REJEIÇÃO DO MATERIAL DE SÍNTESE. NOVO TEMPO CIRÚRGICO COM UTILIZAÇÃO DE PLACA E PARAFUSOS. EVOLUIU COM PSEUDOARTROSE. REALIZOU FISIOTERAPIA. RECEBEU ALTA.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional do joelho direito

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 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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Joelho direito

% 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

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 a valoração do dano corporal.

VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 25/04/2017. A INDENIZAÇÃO REALIZADA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO EM GRAU SEVERO.



Assinatura do Médico Examinador - CRM/SE
4233

Alexsandro Silva Bonfim - CRM: 4233 - SE



Lactise
consultas e exames

Relatório Médico

A SRA. Patricia Felix de Silva
nascimento, 34 anos de idade, viúva
ve na gerupa de uma motocicleta
em 28/08/2014, quando
colidiu c/ um carro e foi lançada
do no solo.

Em consequência do acidente
sopre futuro exposto do fêmur
distal a D (CID 572.4). Foi
Rida pelo SAMU e conduzida
ao HUSC, foi submetida a
limpeza cirúrgica e

ESTÉ RECEITUÁRIO É UMA COPIA DA LACTISE

MEM
SEGURADORA

04 SET 2018

Obs. Este receituário não vale como recibo de honorário médico.

Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/Se

www.lactise.com.br

Fone: (79) 3253-7200

WhatsApp: (79) 98112-1117 / 99105-3815 / 98875-6772

MARQUE LOGO SEU PRÓXIMO ATENDIMENTO. TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.



Lactise
consultas e exames

o fixador externo. Esteve internado por 21 dias, e evoluiu para infecção 15 dias após.

Retornou ao Hospital p/ retirada do do fixador e tratamento da infecção, contido a fratura no enrijecedor.

Dois meses após, internou-se no H. de Cirurgia para imobilização da fratura com placa e parafusos.

ESTE RECEITUÁRIO É UMA CORTESIA DA LACTISE

MBM
SEGURADORA

04 SET 2018

Obs.: Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.

Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE

www.lactise.com.br

Fone: (79) 3253-7200

WhatsApp: (79) 98112-1117 / 99105-3815 / 98875-6772

MARQUE LOGO SEU PRÓXIMO ATENDIMENTO. TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.



Lacrise
consultas e exames

Apesar de todos os cuidados,
ficaram sequelas definitivas abaixo
relatadas:

(a) Encurtamento de 2 cm do
membro.

(b) Presença de material metálico
na coxa e joelho D.

(c) Limitação de flexão do joelho
D de 180° a 90° .

(d) Necessidade de 1 prótese de coxa
esquerda.

Perda funcional do membro
inferior D de 70%. Assinatura: 8/2018

MEM
SEGURADORA

04 SET 2018

DPVAT/RJ

ESTE RECEITUÁRIO É UMA CORTESIA DA LACRISSE

Obs. Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.

Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE

www.lacrise.com.br

Fone: (79) 3253-7200

© Whatsapp: (79) 98112-1117 / 99105-3615 / 98875-6772

MARQUE LOGO SEU PRÓXIMO ATENDIMENTO. TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

ASIG
REGUL/DORA

17 SET. 2015

DPVAT/SE

NOME:

Relatório médico

Patrícia Felis da Silva Nascimento, vítima de acidente motociclístico em 28/08/14, sofreu fratura supracondiliana do fêmur direito.

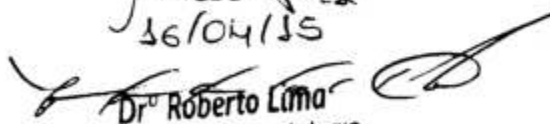
Submetida então a osteossíntese.

Revisado, constatamos que a fratura encontra-se em plena consolidação.

A paciente apresenta sequela caracterizada por limitação funcional do joelho.

Em gozo de alta definitiva.

Aracaju, SE
16/04/15


Dr. Roberto Lima

Ortopedia Traumatologia
CRM - 1173

Av. Desembargador Maynard, nº 174 - tel.: 2106-7312
CEP - 49005-210 - Aracaju - SE

MOD:022 HCAL

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Patrícia Fels de Azevedo
DATA DA ENTRADA: 03/10/2014
DATA DA SAÍDA: 08/10/2014



INTERNAMENTO: PS (X) ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente chegou internado no HUSF com infecção
em sítio cirúrgico de fratura exposta do
fêmur com acometimento articular.
Permaneceu internado e recebeu antibioticoterapia.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

Hemograma
Sódio, Potássio, Creatinina, Ureia, Hb, Hct
e x da coxa, fêmur, perna direita.

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. João FBC Araújo - CRM 2801
Dr. João Almeida Alves - CRM 2486

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

ARACAJU, 4 de fevereiro de 2015

Leona - CRM 1532

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

LAUDO ENVIADO
06/10/14

1

MS/DATASUS		HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO	
No. DO BE: 1066715		DATA: 03/10/2014	HORA: 08:57
CNS: 200073182800003		USUARIO: LBSANTOS	SETOR: 06-SUTURA
IDENTIFICACAO DO PACIENTE			
NOME	PATRICIA FELIS DA SILVA NASCIMENTO		DOC. 10161200
IDADE	30 ANOS	NASC: 14/03/1984	SEXO: FEMININO
ENDERECO	RUA SILVINA LEITE		NUMERO: 00000
COMPLEMENTO	BAIRRO: MOSQUEIRO		CEP: 99999-999
MUNICIPIO	ARACAJU		UF: SE
NOME PAI/MAE	GENISIO FELIS DA SILVA		MARIA BARBOSA FELIS DA SILVA
RESPONSAVEL	GENISIO FELIS DA SILVA		TEL: 7999428156
PROCEDENCIA	ARACAJU - CAPITAL		
ATENDIMENTO	INFECCAO		
CASO POLICIAL	NAO	PLANO DE SAUDE	NAO
ACID. TRABALHO	NAO	VEIO DE AMBULANCIA	NAO
TRAUMA	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:		DATA PRIMEIROS SINTOMAS:	
Lum m e fixa		ex l m p 2.10.14	
po pelo me o		lum febry	
ANOTACOES DA ENFERMAGEM:			
DIAGNOSTICO:		CID:	
Prescricao		HORARIO DA MEDICACAO	
RX		Rx	
Rx		Rx	
Rx		Rx	
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			
Assinatura do paciente/responsavel		Assinatura e carimbo do medico	

João Ferreira Alves
Osteodonto e Transição
CRM 57.165 SBO 10/04

CENTRO DE ATENDIMENTO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM PERI

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Nome: Roberto Gomes Idade: 30 anos Sexo: M Data de procedimento cirurgico: 10/10/74 Local: Lauro de Souza

TRANS-OPERATORIO (Admissao no Centro Cirurgico)

Preparar: () Manter a parte - HORARIO: () Volume: () Vaga de UTI: () SIM () NAO () DATA: () Funcao venosa perfusora: ()

Alargado pedico e aderente: () Protecao dentaria: () Lento de contato: () Jolas: () Grupos: () OUTROS: ()

Habitudo de vida: Tabagico: () SIM () NAO () QUANT () TEMPO: () Etilica: () SIM () NAO () TEMPO: ()

Painel de clinico: () SIM () NAO () QUANT () TEMPO: ()

Doengas atuais: () HAS () DOC () IAM () AVC () DM () NEO () DPOC () HEC () OUTROS: ()

Para uso de anestesia: () SIM () NAO () QUANT ()

DIPOSITIVOS EM USO

() CATETER DE - () SIM () NAO () QUANT () TEMPO: ()

() CATETER VENOSO CENTRAL - () SIM () NAO () QUANT () TEMPO: ()

() CATETER VENOSO PERIFERICO - () SIM () NAO () QUANT () TEMPO: ()

() CATETER VENOSO CENTRAL - () SIM () NAO () QUANT () TEMPO: ()

() CATETER VENOSO PERIFERICO - () SIM () NAO () QUANT () TEMPO: ()

() CATETER VENOSO CENTRAL - () SIM () NAO () QUANT () TEMPO: ()

() CATETER VENOSO PERIFERICO - () SIM () NAO () QUANT () TEMPO: ()

() CATETER VENOSO CENTRAL - () SIM () NAO () QUANT () TEMPO: ()

() CATETER VENOSO PERIFERICO - () SIM () NAO () QUANT () TEMPO: ()

() CATETER VENOSO CENTRAL - () SIM () NAO () QUANT () TEMPO: ()

() CATETER VENOSO PERIFERICO - () SIM () NAO () QUANT () TEMPO: ()

() CATETER VENOSO CENTRAL - () SIM () NAO () QUANT () TEMPO: ()

() CATETER VENOSO PERIFERICO - () SIM () NAO () QUANT () TEMPO: ()

() CATETER VENOSO CENTRAL - () SIM () NAO () QUANT () TEMPO: ()

() CATETER VENOSO PERIFERICO - () SIM () NAO () QUANT () TEMPO: ()

() CATETER VENOSO CENTRAL - () SIM () NAO () QUANT () TEMPO: ()

() CATETER VENOSO PERIFERICO - () SIM () NAO () QUANT () TEMPO: ()

() CATETER VENOSO CENTRAL - () SIM () NAO () QUANT () TEMPO: ()

() CATETER VENOSO PERIFERICO - () SIM () NAO () QUANT () TEMPO: ()

() CATETER VENOSO CENTRAL - () SIM () NAO () QUANT () TEMPO: ()

DISPOSITIVOS EM USO

Time	Heart	HR	SpO2	%	Pulse	bpm	PANI	mmHg	Temp	°C	
0	: h	HR:	rpm	SpO2:	%	Pulse:	bpm	PANI:	mmHg	Temp:	°C
30	: h	HR:	rpm	SpO2:	%	Pulse:	bpm	PANI:	mmHg	Temp:	°C
60	: h	HR:	rpm	SpO2:	%	Pulse:	bpm	PANI:	mmHg	Temp:	°C
90	: h	HR:	rpm	SpO2:	%	Pulse:	bpm	PANI:	mmHg	Temp:	°C
120	: h	HR:	rpm	SpO2:	%	Pulse:	bpm	PANI:	mmHg	Temp:	°C
180	: h	HR:	rpm	SpO2:	%	Pulse:	bpm	PANI:	mmHg	Temp:	°C

HORÁRIO: 2 h.

* DO: SIM NÃO. Intensidade 0-10: Localização:

Admitido no 3º PA. Chm. Ab. Curupira

M. Porto de Anselmo use S. S. S. S. S.

ASSINATURA:

REGISTRO DE INFARMAGEM (Zetabio clássico do paciente em Alta da SRPA)

HORARIO: 1. h.
Exer. em grupo em círculo, para betas um uso
de poder e de um uso de poder + 1000
ASIGNATURA: To. 1. 1. 1.

ASINATURA: *[Signature]*

MENSURAÇÃO DO ÍNDICE DE ALDRET E KROLIK - IAK

IAK - proscrito de nível (valor máximo para Alta - 68 pontos)

IAK - posicione o paciente (usar estêno para Alia - 08 pontos)		Valor	0	10	60	50	120	180	Observação
Motora	Capaz de mover as 04 membros	02							
	Capaz de mover os 03 membros	01							
	Incapaz de mover os membros	0							
Respiração	Respira profundamente ou toma livremente	02							
	Depende em auxílio de respiração	01							
	Apnéia	0							
Circulação	PA mais ou menos 20% do nível pré anestésico	02							
	PA mais ou menos 25 - 50% do nível pré anestésico	01							
	PA mais ou menos 50% do nível pré anestésico	0							
	Letado, aritmia ou tempo e no escape	02							
Consciência	Desperta imediatamente	01							
	Não responde	0							
Saturação	Valor que 92% respirando com o ambiente	02							
	Valor que 90% com oxigênio suplementar	01							
	Valor que 90% com oxigênio suplementar	0							
IAK	TOTAL								

HORARIO DE ALTA - DEPÓSITO	: 1
-----------------------------------	-----

UNIDADE DE DESTINO: () VENT () ENTERRAMENTO VENT

ISSINATURA - ANESTESIOLOGISTACEM:

ASSINATURA: ENFERMEIRO (A)/COREN

[OTA: entire db for - (2-2 km) - (3-7 moderate) - (8-20 intense)]