



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

**VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

Dados do Processo

Processo: 202040600680
Número Único: 0025580-61.2020.8.25.0001
Classe: Procedimento Comum
Situação: Andamento
Processo Origem: *****

Distribuição: 24/06/2020
Competência: Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito
Fase: POSTULACAO
Processo Principal: *****

Assuntos

- DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO - Partes e Procuradores - Assistência Judiciária Gratuita
- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

Dados das Partes

Requerente: SAARA DANIELLE DE OLIVEIRA DA SILVA

Endereço: Rua Vereador João Silvestre dos Santos

Complemento: CONJUNTO JORNALISTA ORLANDO DANTAS

Bairro: São Conrado

Cidade: Aracaju - Estado: SE - CEP: 49042390

Requerente: Advogado(a): JOSÉ JEOVANY DA SILVA 12367/AL

Requerido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

Endereço: Rua Senador Dantas

Complemento: 5º ANDAR

Bairro: CENTRO

Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20010000

Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apenasdos:

--

Processos Dependentes:

--



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

**VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

PROCESSO:

202040600680

DATA:

17/08/2020

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200817100600749 às 10:06 em 17/08/2020.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

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: 30/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SAARA DANIELLE DE OLIVEIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03570

CONTA: 000000013051-6

Nr. da Autenticação 8D12E85495D8E422

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: 09/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SAARA DANIELLE DE OLIVEIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03570

CONTA: 000000013051-6

Nr. da Autenticação 8F3D8943B85E256E

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200021389 **Cidade:** Entre Rios **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SAARA DANIELLE DE OLIVEIRA DA **Data do acidente:** 27/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
 SILVA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO, FRATURA-LUXAÇÃO DO 1º RAIO ESQUERDO (LISFRANC). DE TORNOZELO BI MALEOLAR A DIREITA. LUXAÇÃO DO OSSO TARSO A ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO VÍTIMA COM MARCHA CLAUDICANTE COM APOIO DE MULETAS CANADENSES. CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE LATERAL E MEDIAL DA Perna DIREITA E DOS MALÉOLOS DIREITOS, COM FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA E AUMENTO DO VOLUME DO MALÉOLO LATERAL E MEDIAL (CALO ÓSSEO) À DIREITA, EDEMA MODERADO VOLUME EM FORMA DE BOTA E BLOQUEIO TOTAL NA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO COM PERDA DOS MOVIMENTOS DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO. AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO TORNOZELO: DORSIFLEXÃO 0º / EXTENSÃO 0º FORÇA MUSCULAR DO PÉ ESQUERDO DIMINUÍDA COM AUMENTO DO VOLUME DO MESO PÉ E COM PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICAS PARALELAS NA FACE SUPERIOR DO PÉ ESQUERDO. DEFORMIDADE COM PROJEÇÃO DO 2º E 4º METATARSOS. DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO (RETRO E MESO PÉ), RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO 2º AO 4º PODODÁCTILOS ESQUERDOS. VÍTIMA NÃO CONSEGUE APOIAR O PÉ NO SOLO EM VIRTUDE DA DOR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO EM 28/09/2019 TORNOZELO DIREITO SENDO REALIZADA OSTEOSÍNTESE METÁLICA COM USO DE PLACA E PARAFUSOS E REALIZADA FIXAÇÃO COM USO DE FIOS DE KIRSCHNER EM PÉ ESQUERDO. EVOLUINDO SEM COMPLICAÇÕES, COM ALTA HOSPITALAR EM 30/09/2019.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé esquerdo, Limitação funcional do tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/02/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 17/01/2020. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO DO TORNOZELO DIREITO EM GRAU MODERADO + UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PÉ ESQUERDO EM GRAU LEVE.

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau completo - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

**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: **3200021389**

Nome do(a) Examinado(a): **SAARA DANIELLE DE OLIVEIRA DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Travessa Deputado Raimundo Diniz, 14 - Aracaju - SE - CEP 49038-313

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /SE**] **3300175-8**

Data e local do acidente: [**27/09/2019**] **ARACAJU/SERGIPE**

Data e local do exame: [**27/02/2020**] **Aracaju** [**SE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO. FRATURA-LUXAÇÃO DO 1º RAIO ESQUERDO (LISFRANC). DE TORNOZELO BI MALEOLAR A DIREITA. LUXAÇÃO DO OSSO TARSO A ESQUERDA.

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

AO EXAME FÍSICO VÍTIMA COM MARCHA CLAUDICANTE COM APOIO DE MULETAS CANADENSES. CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE LATERAL E MEDIAL DA Perna DIREITA E DOS MALÉOLOS DIREITOS, COM FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA E AUMENTO DO VOLUME DO MALÉOLO LATERAL E MEDIAL (CALO ÓSSEO) À DIREITA, EDEMA MODERADO VOLUME EM FORMA DE BOTA E BLOQUEIO TOTAL NA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO COM PERDA DOS MOVIMENTOS DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO. AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO TORNOZELO: DORSIFLEXÃO 0º / EXTENSÃO 0º FORÇA MUSCULAR DO PÉ ESQUERDO DIMINUÍDA COM AUMENTO DO VOLUME DO MESO PÉ E COM PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICAS PARALELAS NA FACE SUPERIOR DO PÉ ESQUERDO. DEFORMIDADE COM PROJEÇÃO DO 2º E 4º METATARSOS. DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO (RETRO E MESO PÉ), RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO 2º AO 4º PODODÁCTILOS ESQUERDOS. VÍTIMA NÃO CONSEGUE APOIAR O PÉ NO SOLO EM VIRTUDE DA DOR.

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

[**X**] Sim [] Não

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO EM 28/09/2019 TORNOZELO DIREITO SENDO REALIZADA OSTEOPROTESE METÁLICA COM USO DE PLACA E PARAFUSOS E REALIZADA FIXAÇÃO COM USO DE FIOS DE KIRSCHNER EM PÉ ESQUERDO. EVOLUINDO SEM COMPLICAÇÕES, COM ALTA HOSPITALAR EM 30/09/2019.

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:

Limitação funcional do pé esquerdo, Limitação funcional do tornozelo 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):

Tornozelo 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):

Pé esquerdo

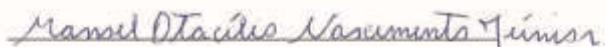
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

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 17/01/2020. A
INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO DO TORNOZELO DIREITO EM GRAU
MODERADO + UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PÉ ESQUERDO EM GRAU LEVE.**



NOME: Manoel Otacilio Nascimento Júnior

CRM: 1827 SERGIPE

Manoel Otacilio Nascimento Junior - CRM: 1827 - SE



OUTUBRO ROSA - Todos nos lutam contra o câncer de mama
COMPANHIA DE SANEAMENTO DE SERGIPE
SEDE: Rua Conselheiro Estrela, 331, 13º andar, Aracaju - SE, 49020-388
DIRETORIA: 17100-0000 - DDD: 557-27-0000-0000

FATURA MENSAL *
*** ANEXO AVISO DE CORTE ***

478435.9

Nome do Cliente
MARIA PEREIRA DA SILVA

,,***-***

Endereço
TRV DEP RAIMUNDO DINIZ, 14, ARACAJU, 49038-313

Documento Referencial	Documento Letras	NUVEM	Classificação/Encaminhamento
045010/00348	16/10/2019	A14K031501	RES: 1

Leit. Anterior 199
Leit. Atual 206
Consumo Faturado (n3) 10
Média de consumo (n3) 5
Ocorrência da Leitura 06/09/19
Data da Leit. Anterior 16/09/19
Dias de Consumo 30
Média diária (n3) 0,16
Previsão para Próx. Leit. 15/11/19
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF. (n3)	09/19 00007
08/19 00001	07/19 00010
06/19 00002	05/19 00006
04/19 00008	PREVISÃO DE TRIBUTOS (R\$)
COFINS: 5,30	PASEP: 1,15

Serviços	Valor
ÁGUA	37,74
ESGOTO	30,19
080 MULTA P/IMPONTUALIDADE	1,38
091 JUROS DE MORA	0,39
094 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	0,07

MES REFERÊNCIA:	10/2019	VENCIMENTO: 25/10/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 69,77
-----------------	---------	------------------------	-------------------------

OUTUBRO ROSA: DECLARE SEU AMOR À VOCÊ MESMA, PREVINA-SE DO CÂNCER DE MAMA!

A falta de pagamento dessa fatura 30 (trinta) dias após seu vencimento implicará na interrupção do fornecimento de serviços - art 91, Decreto Lei nº 27.565/2010.

CANais DE ATENDIMENTO: 0800 079 0195 - SAC: 4020-0195
AGÊNCIA VIRTUAL: www.deso-se.com.br/agenciavirtual

Qualidade da Água Distribuída (Decreto Federal nº 5.440/2005 – Art. 5º inciso I)

Parâmetro	Turbidez	Cor	Cloro	Fluor	Coliformes Totais	Escherichia Col.
2º Mínimo de Alcatrés Exigido	244	60	244		244	
1ºº (m) Anualmente Analisados	326	326	326		326	326
3º Mínimo de Alcatrés Exigido (m) (m)	293	289	319		322	325

Fonte: Agência da Água

DESO
COMPANHIA DE SANEAMENTO DE SERGIPE

CONTRIBUINTE DA DECO	478435.9	Vencimento
		25/10/2019
Mês/Ano	10/2019 4	TOTAL A PAGAR R\$ 69,77

826900000009 697700418208 478435910201 191478435917



Nome: SAARA DANIELLE DE OLIVEIRA DA SILVA

Registro: 2019048601

Idade: 29 ANOS

Sexo: FEMININO

Admissão: 28/09/2019

N. Social:

Data da Alta: 30 / 09 / 19

Diagnóstico

ADMISSÃO= 27/09/2019

/ TRAUMA= 27/09/2019

PACIENTE REGULADO DE / TRAZIDO P/ SAMU VÍTIMA DE COM TRAUMA NOS MMII

P1. FRATURA LUX TORNOZELO D/

P2. FRATURA LUX. PÉ E(LISFRANC)

PROCEDIMENTOS:

28/09/19 TTO CIRÚRGICO FRATURA LUX TORNOZELO D/PÉ E(LISFRANC)

EXAMES

28/09/19 RX COLUNA CERVICAL / TÓRAX / BACIA= NÃO VI FRATURA
RX TORMOZELO D: FRATURA LUXAÇÃO FECHADA . BOAS CONDIÇÕES DE PARTES MOLES.
RX PÉ E: FRAT LUX LISFRANC 1º RAIO, FECHADA.

EVOLUÇÃO -

30/09/19

PCT 2ºDPO TTO CIRÚRGICO FRATURA LUX TORNOZELO D/PÉ E(LISFRANC)
FERIDA COM SECREÇÃO HEMÁTICA. EDEMA EM TZ E PÉ. SENSO-MOTOR PRESERVADO. REFERIDO DOR EM REGIÃO LOMBAR. SEM ALT. SENSO-MOTORA

CD:

NÃO PISAR COM NENHUM DOS PES(DIREITO E ESQUERDO)

MANTER MEMBROS INFERIORES ELEVADOS

RX DE TORNOZELO D AP E P -SINTESE SATISFATORIA PLACA E BANDA DE TENSÃO

RX D EPE ESQUERDO AP E P-SINTESE SATISFATORIA COM FIO K

RETRIRAR PONTOS TORNOZELO D ,COM 15 DIAS POSTO DE SAUDE

CURATIVO EM PE ESQUERDO 02/02 DIAS POSTO DE SAUDE

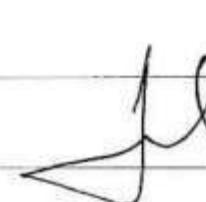
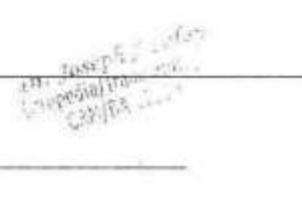
PRESCREVO XARELTO 10 MG 01 COMP VO AO DIA 21 DIAS

MARCAR REVISÃO AMBULATORIAL PARA QUARTA FEIRA ,TRAZER EXAMES DE IMAGEM DO INTERNAMENTO E EXAMES SOLICITADOS NA ALTA COM DATA RECENTE

Médico: Joseph Azulay

Cremeb: 15900

Assinatura:

SAARA DANIELLE DE OLIVEIRA DA SILVA

2019048601

 05328490139 - CNH
 Dt. Nasc.: 06/12/1989 Idade: 29 ANOS
 End.: N INFORMADO
 SALVADOR
 Mar: VERA MARIA DE OLIVEIRA
 Respons.: GLEICE LORENA CEQUER CHRISTOVAM
 Nome Social:

 Dt. Emissão: 11/04/2018 Est. Civil: SOLTEIRO
 Sexo: FEMININO BRASILEIRO(A)
 BA CEP: Tel.: (71)99867-2855
 Conduzido por: D. ESPONTANEA
 Titular: MADRINHA

Admissão: 28/09/2019 - 01:24:35

CNS:

PATRICIA CRISTINA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

 Queixa Principal
 Glasgow AO: RV: RM: Total: FR: IPM:
 FC BPM Temperatura °C PAs x PAd x DOR 0-10 HGT
 ECG NORMAL ARRITMIA ISQUEMIA OUTROS ACHADOS CIRÚRGICO CLÍNICO
 VERMELHO AMARELO VERDE AZUL

SITUAÇÕES ESPECIAIS

 Gestante Idoso Acamado(a) Deficiente Transtorno Mental Outros

AVALIAÇÃO MÉDICA

História: paciente, 29 anos, vítima de acidente automobilístico, com cinto de segurança. Refere dor em ambos os pés.

 Alergias: ABs, dipirona, tylenol,

 Exame Físico: BEG, VOTE, mucosas normovisivas

 Face / Cabeça: A - Vias aéreas livres, sem necessidade de colar cervical
B - MUBD, nem RA
C - BRNT em +F, não ausculta roncos.

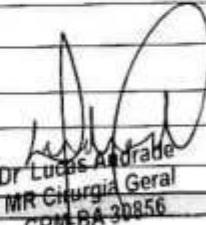
 AR / Tórax: D - Glasgow 15
E - edema em ambos os pés e deformidade

 ABD: N: Alergias ABs, dipirona, tylenol,
M: negar

 SNC: P: negar
L: ultima refeição 11:00 h

 Extremidades: A: postos

DIAGNÓSTICO / CID:

 CONDUTA INICIAL: 01 Série traume

 Dr. Lucas Andrade
 M.R. Cirurgia Geral
 CRM-BA 30856

EXAMES SOLICITADOS:

 Laboratoriais Radiográficos Tomográficos EDA. USG.
 Broncoscopia ECG ECO Outros

Médico Plantonista / Assinatura / CRM

Especialidades Envolvidas:

 Clínica Médica Cirurgia Geral Neurocirurgia Oftalmologia Neurologia Cirurgia Vascular
 Ortopedia Otorrinolaringologia Pediatria Cirurgia Plástica Cirurgia da Mão Odontologia / CBMF
 Cirurgia Pediátrica Urologia TRM Outras

ALTA HOSPITALAR

 Melhorado(a) Óbito Evasão Inalterado(a) Transferido(a)

p.011os

CID(s) ALTA:

Data

Hora

ALTA HOSPITALAR / ASSINATURA /

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA



Nome Social: _____
 Nome: SILVA Danielle de O. da Silva
 Registro: 48601 Data: 28/09/18 Hora: : :

Data: _____ Hora de Início _____ Hora de Término _____

Diagnóstico Pré-Operatório

- 1 Fant luxatio n. r. tornojo l. D
 2 Fant n. lux. fracc. A E S
 3 _____

Cirurgias: _____

- 1 Osteosíntese n. tornojo l. D
 2 _____
 3 fixação com os GPS n. luxação n. tornojo l. E S

Risco Cirúrgico: 1 2 3 4 5

Potencial de contaminação Limpa P. Contaminada Contaminada Infectada

ATB? NÃO SIM Especifique: _____

*Beatriz Ribeiro Martins
 CRM: 19.325.822-9
 Cada: 19.325.822-9
 Cap. 912417
 Endereço: Rua 10 de Maio, 1000 - Centro - Salvador - BA*

Diagnóstico Pós-Operatório: _____

- 1 Sint luxatio n. tornojo l. D Cirurgia:
 2 Fant lux. fracc. A E S
 3 _____

Nome completo dos integrantes (cada equipe envolvida deve preencher uma descrição)

Cirurgião	<u>Dr. Ivan</u>	CRM
1º Auxiliar	<u>Dr. Jair</u>	CRM 5503
2º Auxiliar		CRM
3º Auxiliar		CRM
Anestesista		CRM
Instrumentador		

Tipo de Anestesia: _____

Descrição da Cirurgia (Acessos, inventário de cavidade, identificação de alterações, procedimentos realizados, revisão hemostática e da cavidade, drenagens e uso de cateteres, fechamentos)

*Aspirar e colocar comodos cirúrgicos
 não é para placa que não é de uso
 Dr. Ivan é fixação com placa e parafuso
 instrumento para placas
 abertura para placas para a fixar
 Dr. Ivan Dr. Enzo e fixar com
 báscula e parafuso e fechar com para placas
 Dr. Silvia Kintugawa*

Continuação:

Ronan Gont *funcionou - as fases n' Es*
ficar com os fios de Kirschner
causados

peça(s) Cirúrgicas(s):

so de radiosкопia ou radiografias intraoperatórias SIM Não

so de hemoderivados? Não Sim / Especifique: _____

projétil de arma de fogo? Não Sim / Entregue a: _____

ateriais especiais utilizados: (próteses, parafusos, fixadores, fios de aço, descartáveis e materiais de laparoscopia)

01 ólica *anulogia d os fios*
colocada 04 *para Euros*

02 fios *de Kirschner*

tercorrências:

observações:



Dr. João Alvim da Cunha
Cirurgião - Clínico
CRM - 5103

Nome Legível com N.º do CRM / Carimbo

FICHA OPERATÓRIA



Nome Social:
 Nome: JAIARA DANELE DE OLIVEIRA DA SILVA
 Registro: 48601 Idade: 29
 Sexo: F Data de Admissão: 27/09/19

Unidade: SUJUNA Data: 28/09/19

1. PERIOPERATÓRIO

1.1 PRÉ-OPERATÓRIO – UNIDADE DE INTERNAÇÃO / EMERGÊNCIA

Remoção de: Adereços Prótese Vestuário Outros
 Jejum Banho Tricotomia as
 Esvaziamento Vesical Revisão de Prontuário Reserva Hemoterapia
 Outros preparamos Peso:
 Exames encaminhados: Ex. Laboratorial Radiologia Tomografia ECG USG Outros
 Sinais Vitais: PA 112 x 69 P 86 FR 17 Temp. 37,1 SPO₂ PAM
 Encaminhado ao CC. ás. 10:44 Ass. Enf: Ass. Tec. de Enf:

1.2. TRANSOPERATÓRIO

1.2.1. ADMISSÃO

Cirurgia Programada:
 Data: / / Hora: : Alergia: Não Sim *Dependente, ABS, Teleop*
 Grupo Sanguíneo: Fator Rh: Reserva Hemoterapia: *Declinado, Dófez*
 Pele: Integra Lesão
 Patologias: Hipertensão Diabetes Hepatite Cardiopatia Outros: *Nas*
 Uso de medicamentos / Drogas: *Nas*
 Tabagista: Sim Não Etilista: Sim Não
 Responsável pela informação: Paciente Pai Mãe Cônjugue Outros

1.2.2. ANAMNESE

Nível de Consciência: Lúcido Orientado Desorientado Agitado Torporoso Coma
 Mucosas: Coradas Descoradas
 Extremidades: Cianóticas Acianóticas Aquecidas Frias Edemaciadas
 Acuidade Visual: Normal Diminuída Uso de lentes corretora
 Acuidade Auditiva: Normal Diminuída Uso de aparelho auditivo
 Estado Emocional: Calmo Ansioso Outros:

Observações: *uso de Arp/USP N° 20 (28/09)*
11:10 Pac. nenhuma pi sutura, será abandonada as 13h
24h. *fundos pi centro*
Pac. ficou no (OEP) suspirando etiologia *Claro*
Passado pi nenhô
Bhr Recibiu no ee *Claro*

1.2.3. CHECK LIST

Recebido no CC ás: 13:00 por: *Que* Rx
 Conferido: Pulseira de Identificação Prontuário Exames Preparo
 Equipe na sala ás: 13:00
 Equipamentos: Arco em C Manta térmica Psicobox Equipamento de Anestesia
 Oxímetro Foco Monitor Multiparamétrico

1.2.4. INTRA-OPERATÓRIO

Sala nº 02	Admissão na Sala: 13:30	Saída da sala às:
Inicio da Anestesia: 13:35	Término da Anestesia:	
Inicio da Cirurgia: 14:00	Término da Cirurgia: 15:30	
Cirurgia Realizada: <i>conexão de fratura</i>		
Tipo de Anestesia: <input type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/> Bloqueio Plexo braquial <input type="checkbox"/> Local		
<input type="checkbox"/> Raqui <input checked="" type="checkbox"/> Peridural		<input checked="" type="checkbox"/> Sedação
Equipe Cirúrgica:		
Anestesista: Dr. Ede	Cirurgião: Dr. Ivo	
1º Auxiliar: Dr. Jólio Chaves	2º Auxiliar:	
3º Auxiliar:	4º Auxiliar:	
Enfermeiro: Quelle	Circulante: Joana	
Bisturi Elétrico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Local da Placa:	<input type="checkbox"/> Posterior da coxa: D E <input type="checkbox"/> Lombar <input type="checkbox"/> Dorsal <input type="checkbox"/> Panturrilha: D E <input type="checkbox"/> Glúteo D E
Nº de compressas abertas:		Nº de compressas conferidas:
Serviços Requisitados: <input type="checkbox"/> Anat. Patológica <input type="checkbox"/> Laboratório <input type="checkbox"/> Radiologia <input type="checkbox"/> Boo de Sangue		
Sinais Vitais Início: TA 104x58 P 90 R		Temp. 36.2 SPO ₂ 99
Sinais Vitais Término: TA P R		Temp. SPO ₂
Medicações administradas pela enfermagem:		
Procedimentos: <i>Início da cirurgia 14:00 AS 15:30 hs</i>		

Intercorrências:

1.2.5. PÓS-OPERATÓRIO

Encaminhado para: <input type="checkbox"/> CRPA <input type="checkbox"/> UTI <input checked="" type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> S.O. <input type="checkbox"/> Regulado para:
Em uso de: <input type="checkbox"/> Sonda Vesical <input type="checkbox"/> SNG/SNE <input type="checkbox"/> TOT/TQT <input type="checkbox"/> Portovac <input checked="" type="checkbox"/> Cateter Hidrolisado	<input type="checkbox"/> PAM <input type="checkbox"/> Acesso Central <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Penrose <input type="checkbox"/> Plasma <input type="checkbox"/> Venódisse
<input type="checkbox"/> O. cateter <input type="checkbox"/> Outros:	
Exames Encaminhados: <input checked="" type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> Laboratório <input type="checkbox"/> Tomografia <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> Outros
Documentos Encaminhados: <input checked="" type="checkbox"/> Ficha Operatória <input checked="" type="checkbox"/> Folha de Anestesia <input checked="" type="checkbox"/> Relatório de Cirurgia	

1.3. ANOTAÇÕES

AS 15:30h Paciente, 29 anos, encontrava-se em SO em POI de osteossíntese de tornozelo direito + fixação com gipsos. Segue evolução quase total, evolução em JE ao AA. Aguarda liberação anestésico.

Vanessa Souza Andrade
Enfermeira
COREN/BA 429.448

Ass. Enf. Vanessa Souza Andrade
Enfermeira
COREN/BA 429.448

Tec. de Enf.

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM



SAARA DANIELLE DE OLIVEIRA DA SILVA

2019048601

05328490139 — CNH
Dt. Nasc.: 06/12/1959 Idade: 29 ANOS
End.: N INFORMADO
SALVADOR BA CEP
MNM: VERA MARIA DE OLIVEIRA
Respons.: GLEICE LORENA CEQUER CHRISTOVAM
Nome Social:
Admissão: 28/09/2019 -- 01:24:35 CNS: IRACI SANTOS
Sexo: FEMININO Est. Civil: SOLTEIRO
BRASILEIRO(A)
Tel.: (71)90667-2855
Condutor por: D. ESPONTANEA
Titular: MADRINHA

Data: 28/09/2019 IDADE: 29 SEXO: Fem. SETOR: Orto A LEITO: 01

1. AVALIAÇÃO INICIAL

1.1 QUEIXA PRINCIPAL:

Fratura de TN2 devido a acidente automobilístico

1.2 MOTIVO DO INTERNAMENTO

Clínico Cirúrgico

1.6 PESO

1.3 ORIGEM

1.4 RELIGIÃO

1.5 PROFISSÃO

1.10 ANTECEDENTES CLÍNICOS:

Asma DDM HAS DST Tuberculose Úlcera Gástrica/Péptica Hepatite Epilepsia

Cardiopatia Neoplasia Tabagismo Etilismo Outros: *Nega.*

1.11 ANTECEDENTES CIRÚRGICOS:

Nega

1.12 ALERGIAS:

Não Sim Medicamentos

Quais: *Dipirona, AHS, Paracetamol, Síclor, fenoac*

Alimentos

Quais:

Outros

Quais:

1.13 MEDICAÇÕES EM USO

NOME	INTERVALO	NOME	INTERVALO

1.14 DADOS VITAIS: PA: _____ FC: _____ FR: _____ Tº: _____

1.15 PRÓTESE: EM USO: Não Sim Tipo: _____ RETIRADO POR: _____

1.16 EXAMES:

RX TN2 D+C ECO ECG TC _____ EDA

Laboratório: Fezes Urina Sangue Outros: _____

2. SONDAS, CATETERES E OUTROS - EM USO

DATA	TIPO	LOCALIZAÇÃO	DATA	TIPO	LOCALIZAÇÃO
28/09	AVP	MSP			

3. AVALIAÇÃO DE RISCO

3.1 RISCO	3.1.1 QUEDA	3.1.2 ULCERA POR PRESSÃO	3.1.3 FLEBITE	3.1.4 GRAVIDADE DA FLEBITE
3.2 ESCORE	<i>2</i>		<i>2</i>	
3.1 RISCO	3.1.5 TVP	3.1.6 PERDA DE DISPOSITIVO	3.1.7 EXTUBAÇÃO ACIDENTAL	3.1.8 BRONCOASPIRAÇÃO
3.2 ESCORE				

4. EXAME FÍSICO

4.1. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência:	<input checked="" type="checkbox"/> Lúcido	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Sonolento	<input type="checkbox"/> Agitado
	<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Delírio	<input type="checkbox"/> Narcose	<input type="checkbox"/> Semi-Narcose	<input type="checkbox"/> Hipotônico
Pupilas:	<input checked="" type="checkbox"/> Isocônicas	<input type="checkbox"/> Anisocônicas:	<input type="checkbox"/> Miose	<input type="checkbox"/> Midriase	<input checked="" type="checkbox"/> Fotorreagentes: +
			<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -

Escala de Coma de Glasgow: Abertura Ocular: _____ Resposta Verbal: _____ Resposta Motora: _____ TOTAL: _____

4.2. AVALIAÇÃO DE PELE E MUCOSA

<input checked="" type="checkbox"/> Integra	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Ressecada	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Descamativa	<input type="checkbox"/> Turgor Diminuído
<input type="checkbox"/> Corada	<input type="checkbox"/> Descorada:		<input type="checkbox"/> Lesões:			
<input type="checkbox"/> Úlcera por Pressão:			<input type="checkbox"/> Outros:			

4.3. CABEÇA E PESCOÇO

<input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> Gânglios	<input type="checkbox"/> Curativo	<input type="checkbox"/> Colar Cervical	<input type="checkbox"/> Rigidiz de Nuca	<input type="checkbox"/> Estase de Jugulares
<input checked="" type="checkbox"/> Integros	<input type="checkbox"/> Lesões:				
<input type="checkbox"/> Outros: Boca:		<input type="checkbox"/> Nariz:		<input type="checkbox"/> Ouvido:	

4.4. AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Simétrico	<input type="checkbox"/> Assimétrico	<input type="checkbox"/> Drenos:	<input type="checkbox"/> Entubado	<input type="checkbox"/> Em uso de Oxigênio
				<input type="checkbox"/> Outros:	

Respiração: Bradipneia Taquipneia Dispneia Torácica Abdominal Eupneia

Ausculta: MV Creptos Roncos Sibilos Tosse:

4.5. AVALIAÇÃO CARDÍACA

PULSO: Rítmico Arrítmico MARCAPASSO: Não Sim Definitivo Temporário

4.6. AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL

Abdômen:	<input type="checkbox"/> Tenso	<input type="checkbox"/> Doloroso	<input type="checkbox"/> Indolor	<input type="checkbox"/> Plano	<input checked="" type="checkbox"/> Flácido	<input type="checkbox"/> Timpânico
	<input checked="" type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Distendido	<input type="checkbox"/> Ascítico	<input type="checkbox"/> Escavado	<input type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Jejunostomia
<input type="checkbox"/> Lesão:					<input type="checkbox"/> Ausculta:	<input type="checkbox"/> RHA + <input type="checkbox"/> RHA -

Eliminações: Melena Enterorragia Diarreia Pastosa Vômitos Hematêmese Normais

Drenos: Tubular Penrose Portovac Última dejeção: 24/09/19 Ausente

4.7. GENITALIA

<input checked="" type="checkbox"/> Integra	<input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> Sangramento	<input type="checkbox"/> Secrêções: (cor) _____ (odor) _____	<input type="checkbox"/> Lesões:
<input type="checkbox"/> Dermatite Amoniacal:			<input type="checkbox"/> Outros:	

4.8. AVALIAÇÃO RENAL - DIURESE

Aspectos:	<input checked="" type="checkbox"/> Clara	<input type="checkbox"/> Concentrada	<input type="checkbox"/> Piúria	<input type="checkbox"/> Hematúria
Volume:	<input type="checkbox"/> Polüria	<input type="checkbox"/> Anúria	<input type="checkbox"/> Oligúria	<input type="checkbox"/> Ausente no momento <input checked="" type="checkbox"/> Normal
Espontânea:	<input checked="" type="checkbox"/> Fralda	<input type="checkbox"/> Aparadeira / Papagaio		<input type="checkbox"/> Dispositivo Urinário
Cateter:	<input type="checkbox"/> S. Vesical	<input type="checkbox"/> Citostomia	<input type="checkbox"/> Nefrostomia	<input type="checkbox"/> Retenção Urinária: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não

4.9. MMSS E MMII

<input checked="" type="checkbox"/> S/Alteração	<input type="checkbox"/> Imobilização	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Equimoses	<input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Pulsos Periféricos	<input checked="" type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> Local: <u>Braço</u>	<input type="checkbox"/> Lesões:		
			<input type="checkbox"/> Perfusão:		<input type="checkbox"/> Amputação:

5. ESTADO EMOCIONAL / HUMOR

Calmo Ansioso Preocupado Triste Outros _____

6. PADRÃO DE SONO

Preservado Insônia Faz uso de medicação: _____

7. PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO

Paciente calmo, orientado e ATB por 48 horas após procedimento cirúrgico.

Jefferson Dantas
Jefferson Dantas
Enfermeiro(a) / COREN

FICHA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO / ADMISSÃO / ENFERMAGEM - EME



SESAB
SUS

Registro	Admissão	Idade
2019048601	28/09/2019	34 ANOS
Nome		
SAARA DANIELLE DE OLIVEIRA DA SILVA		

Data do Atendimento 28/09/2019	Hora da Classificação 01:30:04	Hora do Atend. Médico	Classificação AMARELO
Meio de acesso Dem. Espontânea	Especialidade Trauma (Ortopedia)		

Queixa Principal

PACIENTE REFERE DOR, EDEMA E DEFORMIDADE EM AMBOS AS PERNAS APOS ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HÁ 6 HORAS.

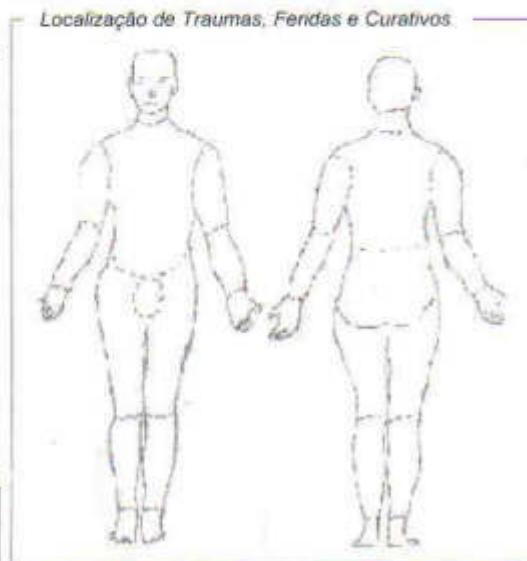
Estado Geral	Nível de Consciência LOTE	Pele / Mucosa Corado	Abdome ...	Edema ...
História Pregressa	Uso de	NGA COMORBIDADES ...		

Sinais Vitais	PA 112X81 mmhg	FC 78 bpm	FR ipm	SaO2 99 %	Temp. °C	HGT mgdl	Dor 8
---------------	-------------------	--------------	-----------	--------------	-------------	-------------	----------

Controles	Peso	Altura
-----------	------	--------

Perfil	Port. Deficiência Adulto	Qual? Não
Trauma? Sim	Etiologia	
Alergias Sim	Qual? DIPIRONA; AAS; DICLOFECACO; PARACETAMOL	
Medicações em Uso		

Assinatura / Coren	Fernanda Lima C. Queiroz COREN-BA:00044800 - ENFERMEIRA
--------------------	--



7.1 REPOUSO

Absoluto	Relativo	Cabeceira	0°
7.3 DIETA		7.4 CURATIVO	
Dleta Zero	Jejum a partir de	Local:	Local:
Dieta Oral	SNE/GTM	Local:	Local:
SNG/SNE sob aspiração		Local:	Local:

7.5 EXAMES SOLICITADOS

ECG	<input type="checkbox"/> Agendado	<input type="checkbox"/> Realizado	Reio X	<input type="checkbox"/> Agendado	Realizado
Ex. Lab.	<input type="checkbox"/> Agendado	<input type="checkbox"/> Realizado	USG	<input type="checkbox"/> Agendado	Realizado
RNM	<input type="checkbox"/> Agendado	<input type="checkbox"/> Realizado	TAC	<input type="checkbox"/> Agendado	Realizado

7.6 SINAIS VITAIS

DATA	HORA	TEMP.	FC	FR	PA	SPO ₂	HGT	ASSINATURA
08/09	04:20	36,4	76	18	123 x 83	—	—	
28/09	10:00	37,1	86	17	112 x 69	—	—	

8. ASS. ENF. / COREN

9. Data 28/09

10. REGISTRO DE ENFERMAGEM

DATA	HORA	NOTA
28/09	08:30	Paciente vítima de acidente automobilístico com trauma cervical, dor e edema local, responde comodamente, pressões e tufos alvejares a AINES. Sigue aconselhamento condutor médico.
28/09	8:30	Realizado banho no leito + troca de lençol + camisola, responde de volta para considerar os cuidados da equipe Edilene 768-168

AVALIAÇÃO MULTIDISCIPLINAR



Nome Social: _____
 Nome: SARA DANELE DE OLIVEIRA DA SILVA
 Registro: 48601 Data: 28/09/19 Hora: :
 Setor: SUFRAMA UNHOA Leito: 04

ODONTOLOGO / CBMF PSICÓLOGO ASSISTENTE SOCIAL ENFERMAGEM
 FISIOTERAPEUTA NUTRICIONISTA TERAPIA OCUPACIONAL OUTROS

Data/Hora 28/09/19 - 07:30h. Causa, DE, Conus, Cervix, MELIA ALERGICA E OUTRAS COMORBIDADES, APRESENTA FRAVURA EM MMII DESJORNOS A AUDITIVA DE USO, EUPHESIA EM SE SUBJETIVA, ODEIA, EM BREVES ZOOS ACUSANDO URUGIA, EVITOU JABOT VERSO MC ENFERMAGEM

10:44 Encaminho paciente ao C.C.S Venosa 04
28/09 12:30 ENTRADA, REFEDE ALERGIA A MIAPOVA, AAS, PARA USTAMON E DICLOFENACO, ENTRAMON AN CCI 04
28/09 12h Paciente admitido nesta unidade Ortho A proveniente do Centro Cirúrgico em PDI de Osteosíntese de fratura de tornozelo direito sic a acidente automobilístico, apresentando peso em T10 e T11, mega algia. No momento, calmo, lucido, orientado espontânea, afebril, diete aceitáveis, eliminação espontânea, nega dor seco após cirurgia, refere dízicos ausentes no dia, extremidades perfeitamente. Negou comorbidades; refere alergia à dipirona, paracetamol, AAS e Diclofenaco. Em uso AUP HSD 28/09, sem sequelas de flutu. Segue aos cuidados 04
29/09 08h Paciente no leito seu quarto. 04
08:00h Paciente eviou febre no turno noturno sem queixas, as 08h paciente referiu alga em mmii, medicada CPN. 04
08:00h Paciente encontrada no leito, lucido, orientada 04
08:00h Comunicativa, em uso de remédios em MS D. 04
09:00h Realizado banho no leito, troca de lençol 04
10:00h Administrando medicamento de banho C.P.M. 04
10:10h Realizado enxerto com SF 09. 04
10:20h Se queixou de algas que mudaram com banho + planil, e P.M. 04

AVALIAÇÃO MULTIDISCIPLINAR

Data/Hora	Atividade - se no ato, n/ato, n/ato, n/ato
29/09	08:00, específico, com 1º DPO e osteossíntese de tornozelo D, identificação com alfinete medicado; cinturão de aço
16:00	Administrador m/ direção de horário e P.M.
8:00	Curso bem queiro no momento C.P.M.
9:00	Paciente no ato, ateliê específico, calmo, nega _____ Iraçione S. Souza COREN-BA 72.710-TE
21:00	Feito ATP MSE gelco qd fluido Senn Legue mesmo as cintadas da equipe de emerg. Iraçone 72.710-TE
01/09/19	Encontro - se no ato, n/ato, n/ato, n/ato
15:30	específico, verbalizando c/ o/ sul; 3º DPO de osteossíntese de tornozelo D e com quebra identificação, extensão das pernas d/s: elásticos e/ presentes, cinturão de aço solto d/ mão, seu uso de SUP seu M/S seu M/S
16:00	ADM medicinação de horário e P.M. Iraçone 72.710-TE
08:50	Deixou as cintadas da equipe de emerg. Iraçone S. Souza COREN-BA 72.710-TE
8h	Paciente encantado no leito calmo, lucido, reagindo a/vidade
12h	Paciente cursou perioral seu queijo, bolo queijo SSIV e seu almoço
30/09	Paciente saiu alto hospitalar em companhia de seu familiar. levando, relatório de alto, exames laboratoriais, relatório de RX e rotina. RX, exerto médico, retirado acesso periferico pelo enfermeiro, seu ^{Mariângela} gr Caino cachorro a. Rodos. EGUS ^{EGUS} gr Caino COREN-BA 36037-ENF



Salvador, 25 de novembro de 2019

RELATÓRIO MÉDICO HOSPITALAR

Paciente: SAARA DANIELLE DE OLIVEIRA DA SILVA

Prontuário HGE-SUS número: 048601

Paciente admitida no dia 28/09/2019 às 01h24min.

História de acidente automobilístico com relato de uso do cinto de segurança. Na oportunidade apresentava edema e deformidade nos pés. Glasgow 15.

Encaminhada ao serviço de apoio ao diagnóstico e tratamento para realizar exames radiológicos.

Após a avaliação dos especialistas (Cirurgia Geral e Ortopedia), foi encaminhada ao centro cirúrgico no dia 28/09/2019 para sob anestesia submeter-se à osteossíntese para tratamento de fratura luxação do tornozelo direito e fratura de Lisfranc à esquerda. Fez uso de hidratação, antibiótico, analgésicos, anti-inflamatório e sintomáticos.

A paciente permaneceu hospitalizada, quando medicada e orientada a acompanhamento ambulatorial, obteve alta desta Unidade em 30/09/2019.

O Médico que assina este relatório, em momento algum, participou no atendimento ao paciente

MÉDICO DO SAME

Obs. Este relatório, elaborado com dados contidos no prontuário médico, não substitui o atestado de invalidez temporária ou permanente. Só poderá ser utilizado para continuidade de tratamento, o estado atual do paciente requer a avaliação de Perito Médico. O seu uso para outra finalidade é responsabilidade exclusiva do paciente. Os dados contidos neste relatório deverão ser mantidos em Segredo Ético Profissional e de justiça, que só poderão ser revelados com autorização por escrito do paciente (art. cinco, inc. X, da Constituição. Art. 154 do código penal).

Assinatura: *Francisco Mário da Cunha Garcia*
CRM-BA: 87703
Médico do SAME/HGE

AVALIAÇÃO MULTIDISCIPLINAR



Nome Social: _____
Nome: Saara Danielle de Oliveira da Silva
Registro: 48601 Data: 30/09/19 Hora: : :
Setor: Ortopedia A Leito: 01

ODONTÓLOGO / CBMF PSICÓLOGO ASSISTENTE SOCIAL ENFERMAGEM
 FISIOTERAPEUTA NUTRICIONISTA TERAPIA OCUPACIONAL OUTROS

Data/Hora 30.09 Pde sexo F, 29 anos, vítima de acidente de carro, com
(M) consequente fratura-luxação do Tornozelo l + fratura
pé E (lateral). Submetida a cirurgia 28/09 01 Placa
+ 2 Fios de K. Encotrada em D no leito, trote, eupneica,
colaborativa, em VE as AA, PMV confortável, com episódios
de vômitos. Informo à equipe de enfermagem. Realizou
monitorização Respiratória, PV's, Posicionamentos. Alter-
dimento sem intercorrências // Dra. Nine Lisboa Clássica Mesquita
Fisioterapeuta
CREMO 149575-F

AVALIAÇÃO MULTIDISCIPLINAR



Nome Social: Samara Donizete. J. do Nascimento
Nome: _____
Registro: _____ Data: 29/09/19 Hora: _____ :
Setor: P. A. MAMA Leito: _____

ODONTOLOGO / CBMF PSICÓLOGO ASSISTENTE SOCIAL ENFERMAGEM
 FISIOTERAPEUTA NUTRICIONISTA TERAPIA OCUPACIONAL OUTROS

Data/Hora

20/09/19 10:00h Pcte respe cida. de auto. Prende
a amiga, Sra. Talita Nogueira Chagas. Cel.:
99980-0636.



Até P.A. Pcte admitida nessa enfermaria, lúcida,
101 29 anos de idade, refere que é
29/09/19 de Piaçabu-SE, não tem familiares,
fui SSA, estava de passagem,
hospedada na casa de uma
amiga, Sra. Talita, a qual é
a referência de contato. Orientamos
sobre normas da enfermaria.

F. Fonseca
CRESS 2716

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

038.714.055-74

Nome completo da vítima:

Soara Danielle De Oliveira Da Silva

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

Nome completo:

Soara Danielle De Oliveira Da Silva

CPF:

038.714.055-74

Profissão:

Janeiro

Endereço:

701 Rua Raimundo Diniz

Número:

14

Complemento:

earca

Bairro:

Centro

Cidade:

Maracaju

Estado:

SG

CEP:

549038-313

E-mail:

marcosdgloria@gmail.com

Tel. (DDD):

79.99189307

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | | |
|---|--|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 | |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3570

CONTA: 13051 6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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.

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 Líder 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

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 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.

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Soara Danielle De Oliveira Da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do íntero teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



CERTIDÃO

Boletim de Ocorrência

Número: 2^aCRPN ENT RIOS-BO-19-01642 **Data:** 27/09/2019 às 20:27h
Unidade: 2^a COORPIN - ENTRE RIOS
Delegado: 126027291 - LUIS ENOCK PASSOS SOUZA

Responsável Pelo Registro

Unidade: 2^a COORPIN - ENTRE RIOS
Servidor: 203524013 - JIDIVAN DE SALES SANTOS

Origem

Descrição: Policial **Data do Documento:**
Número: **Órgão Origem:**
Autoridade Requisitante:
Data Recebimento: **Hora Recebimento:**
Encaminhamento:

Dados do Fato

Tipo: Delituoso **Data:** 27/09/2019 às 18:15h

Histórico:

POR VOLTA DAS 20:20, DO DIA 27/09/2019, ESTE PLANTÃO FOI INFORMADO PELO CB PM RICARDSON DARLAN SANTANA FONSECA, CADASTRO 30.388392 5, A RESPEITO DE UM ACIDENTE DE TRANSITO OCORRIDO NA BA 099, KM 87, NA LINHA VERDE, ONDE O VEICULO FORD ECO/SPORT PLACA PWM4J53, CONDUZIDO POR LENIVAL LEITE DE LACERDA, ENVOLVEU-SE EM ACIDENTE DE TRANSITO, COM O VEICULO CHEV/SPIN, PLACA OUI4734-SE, CONDUZIDO POR: JOSE CARLOS DE ARAUJO SANTOS, ESTAVA NO ECO SPORT TAMBÉM A PESSOA DE: GRAZIELE OLIVEIRA BARROS, E NA CHEV/SPIN, A PESSOA DE SARA DANIELE DE OLIVEIRA DA SILVA, AMBAS SOFRERAM PEQUENOS FERIMENTOS E FORAM, ENCAMINHADA AO POSTO DE SAÚDE DE PORTO DE SAUIPE, JÁ OS VEÍCULOS, FORAM REMOVIDOS PARA O POSTO DA POLICIA RODOVIÁRIA ESTADUAL DE PORTO DE SAUIPE .

Endereço Principal: Rod. BA 099, Nº 00 , RODOVIA , PORTO DE SAUIPE/SUBAUMA , ENTRE RIOS, BA - BR CEP: 48180-000

Infração Penal

Natureza	Legislação	Referência
LESAO CORPORAL CULPOSA NA DIRECAO DO VEICULO	LEI 9503: Art. 303	.

Pessoas Envolvidas

CERTIDÃO

Boletim de Ocorrência

Número: 2^aCRPN ENT RIOS-BO-19-01642

Data: 27/09/2019 às 20:27h

Unidade: 2^a COORPIN - ENTRE RIOS

Delegado: 126027291 - LUIS ENOCK PASSOS SOUZA

Pessoa Física

Pessoa Física	Envolvimento
JOSE CARLOS DE ARAUJO SANTOS , CPF: 661.210.195-49 RF, Sexo Masculino, Mãe: MARIA JOSE DE ARAUJO SANTOS, Pai: JOSE DAMIÃO DOS SANTOS, Nacionalidade: Brasileira, Naturalidade: Aracaju (SE) - SERGIPE - BRASIL, Nascido em: 19/04/1975, Casado(a), Civil, Cutis: Parda, Não informado, Endereco: R. EZEQUIEL PROFETA MELO , N° 05 , SÃO CONRADO , ARACAJU, SE - BR, Telefone Celular: 79998034084 LENIVAL LEITE DE LACERDA, Carteira de Identidade: 01042290-04 SSP/BA, Sexo Masculino, Mãe: LEONOR IMPROTA LEITE, Pai: LOURIVAL TEIXEIRA DE LACERDA, Nacionalidade: Brasileira, Naturalidade: Salvador (BA) - BAHIA - BRASIL, Nascido em: 22/01/1956, Divorciado(a), Civil, Cutis: Parda, Altura: 1.73m, Cabelo: Grisalhos, Olhos: Castanhos, Cabelo: Liso, Barba: Rapada, Bigode, Fino, Não informado, Cicatriz: Dedo(s) da mão esquerda, Endereco: R. GUSTAVO DOS SANTOS, N° 01 , BOCA DO RIO, SALVADOR, BA - BR, Telefone Residencial: 7185416778 RICARDSON DARLAN SANTANA FONSECA, Matrícula: 303882925, Cargo: Comunicante Soldado PM 1 ^a Classe, Organização: PM-BA, Sexo Desconhecido, Servidor Público da SSP-BA, Matrícula: 303882925, Cargo: Soldado PM 1 ^a Classe, Unidade trabalho: BPChq SARA DANIELLE DE OLIVEIRA SILVA, Carteira de Identidade: 2019048601 SSP/BA, Sexo Feminino, Nacionalidade: Brasileira, Civil, Cutis: Ignorada, Não informado	Autor
	Autor/Vítima
	Vítima

Objetos Envolvidos

Descrição

VEI-19-46981 - Veículo: VEICULO QUE ENVOLVEU-SE EM ACIDENTE DE TRANSITO., Espécie: AUTOMÓVEL, Placa: PWM4J53, Modelo: Ford Ecosport 2.0 16v 4wd, Cor: Prata, Ano: 2015/2015, RENAVAM: 01059381327

Envolvimento

Danificado

Pessoa Relacionada com o Objeto

LENIVAL LEITE DE LACERDA, Carteira de Identidade: 01042290-04 SSP/BA, Sexo Masculino, Mãe: LEONOR IMPROTA LEITE, Pai: LOURIVAL TEIXEIRA DE LACERDA

Tipo de Relacionamento

Condutor

Descrição

VEI-19-46982 - Veículo: VEICULO QUE ENVOLVEU-SE EM ACIDENTE DE TRANSITO., Espécie: AUTOMÓVEL, Placa: OUI4734, Modelo: Chevrolet, Cor: Prata, Ano: 2013/2013, RENAVAM: 00544097939, Município: ARACAJU Sergipe

Envolvimento

Danificado



CERTIDÃO

Boletim de Ocorrência

Número: 2^aCRPN ENT RIOS-BO-19-01642

Data: 27/09/2019 às 20:27h

Unidade: 2^a COORPIN - ENTRE RIOS

Delegado: 126027291 - LUIS ENOCK PASSOS SOUZA

Objetos Envolvidos

Pessoa Relacionada com o Objeto

Pessoa Relacionada com o Objeto	Tipo de Relacionamento
JOSE CARLOS DE ARAUJO SANTOS , CPF: 661.210.195-49 RF, Sexo Masculino, Mãe: MARIA JOSE DE ARAUJO SANTOS, Pai: JOSE DAMIÃO DOS SANTOS	Condutor

Ocorrência editada em 08/10/2019 às 11:09h , por LUIS ENOCK PASSOS SOUZA.

Responsável: _____
LUIS ENOCK PASSOS SOUZA

Código de autenticidade da certidão: 6e59dc41-39da-464f-9de2-2baf110bb69b

Para verificar a autenticidade desta certidão
acesse :<https://www.delegaciadigital.ssp.ba.gov.br/>

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

038.714.055-74

Nome completo da vítima:

Soara Danielle De Oliveira Da Silva

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

Nome completo:

Soara Danielle De Oliveira Da Silva

CPF:

038.714.055-74

Profissão:

Janeiro

Endereço:

701 Rua Raimundo Diniz

Número:

14

Complemento:

earca

Bairro:

Centro

Cidade:

Maracaju

Estado:

SG

CEP:

549038-313

E-mail:

marcosdgloria@gmail.com

Tel. (DDD):

79.99189307

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | | |
|---|--|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 | |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3570

CONTA: 13051 6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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.

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 Líder 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

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 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.

Assinatura do beneficiário (declarante)

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do íntero teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

