



**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	Distribuição: 24/06/2020
Número Único: 0025580-61.2020.8.25.0001	Competência: Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

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 Apensados:

--

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 SILVA **Data do acidente:** 27/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO. FRATURA-LUXAÇÃO DO 1º RAO 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 00° / EXTENSÃO 00° 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 RAO 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 00° / EXTENSÃO 00° 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?

[☒] Sim [☐] Não

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

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.

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 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 (**X**) 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
(**X**) 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 os fatos contra o cliente de nome

SEDE: Rua Compa da Silva, 331, 13 de Julho, Anápolis-SE, 49023-358
CNPJ: 14.074.171/0001-95 - INSC. EST. 27.081.024-7

FATURA MENSAL *

*** ANEXO AVISO DE CORTE ***

478435.9

NOME DO CLIENTE
MARIA PEREIRA DA SILVACPF
*** **Endereço
TRV DEP RAIMUNDO DINIZ, 14, RACAJU, 49038-313

Grupo/Conta/Atividade/Arquivo

045010/00348

Data de Emissão

16/10/2019

Número

A14K031501

Classificação e Encargos

RES: 1

Leit. Anterior 199
Leit. Atual 206
Consumo Faturado (m3) 10
Média de consumo (m3) 5
Ocorrência da Leitura
Data da Leit. Anterior 16/09/19
Dias de Consumo 30
Média diária (m3) 0,16
Previsão para Próx. Leit. 15/11/19

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF.	Le31
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
AGUA	37,74
ESGOTO	30,19
080 MULTA P/IMPONTUALIDADE	0101 09/2019 1,38
091 JUROS DE MORA	0101 08/2019 0,39
094 ATUALIZACAO MONETARIA	0101 08/2019 0,07

Mês Referência: 10/2019 VENCIMENTO: 25/10/2019 TOTAL A PAGAR R\$ 69,77

OUTUBRO ROSA: DECLARE SEU AMOR A VOCE MESMA, PREVINA-SE DO CANCER 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.

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

Qualidade da Água Distribuída (Decreto Federal nº 6.440/2005 - Art.5º inciso I)

Parâmetro	Turbidez	Cor	Cloro	Fluor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
1º - Mínimo de Amostragem Exigidos	244	68	244		244	
2º - de Amostragem Análises	326	326	326		326	326
3º - Critério de Análises em Conformidade com Portaria 2.914/2011	293	289	319		322	325



CONTRATANTE DA DESO

Número

478435.9

Vencimento

25/10/2019

Data de Vencimento

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 TORNOZELO D: FRATURA LUXAÇÃO FECHADA . BOAS CONDIÇÕES DE PARTES MOLES.

RX PÉ E: FRAT LUX LISFRANC 1º RAO, 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

RETIRAR 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**Creneb:** 15900**Assinatura:**

Dr. JOSEPH AZULAY
CRM 2019048601
28/09/2019



SAARA DANIELLE DE OLIVEIRA DA SILVA

2019048601

05328490139 - CNH

Dt. Emissão: 11/04/2018

Est. Civil: SOLTEIRO

Dt. Nasc.: 06/12/1989

Idade: 29 ANOS

Sexo: FEMININO

BRASILEIRO(A)

End.: N INFORMADO

SALVADOR

BA

CEP:

Tel.: (71)99667-2655

Mãe: VERA MARIA DE OLIVEIRA

Conduzido por: D. ESPONTANEA

Respons.: GLEICE LORENA CEQUER CHRISTOVAM

Titular: MADRINHA

Nome Social:

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

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: AAS, dipirona, tylenol,

Exame Físico: BEG, LOTE, mucosas normocômicas

Face / Cabeça: A - visões aéreas prévias, sem necessidade de colorimetria

B - MURDO, sem RA

AR / Tórax: C - BRNT em 15, não ausculto ruídos.

D - Glasgow 15

ACV / Tórax: E - edema em ambos os pés e deformidade

ABD: A: Alergias AAS, dipirona, tylenol,

M: nega

SNC: P. nega

L: última refeição 11:00 h

Extremidades: A: porta

DIAGNÓSTICO / CID:

CONDUTA INICIAL: 1º Série trauma

Exames Solicitados:

☐ Laboratoriais ☒ Radiográficos ☒ Tomográficos ☐ EDA ☐ USG☐ Broncoscopia ☐ ECG ☐ ECO ☐ Outros

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. 0110s

CID(s) ALTA:

Data

Hora

ALTA HOSPITALAR / ASSINATURA /

Dr. Lucas Andrade
 MR Cirurgia Geral
 CRM-BA 30856

Médico Plantonista / Assinatura / CRM

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA



Nome Social: _____

Nome: SARA DANIELLE DE O. DA SILVA

Registro: 48601

Data: 28/09/18

Hora: _____

Data: _____ Hora de Início: _____ Hora de Término: _____

Diagnóstico Pré-Operatório

1 Fratura lateral de tornozelo D
2 Fratura lateral A ESQ
3

Cirurgias:

1 Osteossíntese de tornozelo D
2 Fixação com os Gips de Kintchenon A ESQ
3

Risco Cirúrgico: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Potencial de contaminação Limpa ☐ P. Contaminada ☐ Contaminada ☐ Infectada ☐

ATB? ☐ NÃO ☒ SIM Especifique: _____

Beatrix Python Martins
CRM 22.515-15
CRM 29.325.822-9
CRM 2417
CRM 2417

Diagnóstico Pós-Operatório:

1 Fratura lateral de tornozelo D
2 Fratura lateral A ESQ
3

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

Cirurgião	<u>Dr. Ivan</u>	CRM
1º Auxiliar	<u>Dr. Jairo</u>	CRM 8563
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)

Realização de acesso cirúrgico
Realização de acesso para redução e redução
Realização de fixação com placa e parafusos
Fechamento de ferida
Realização de acesso para redução
Realização de fixação com
placa e parafusos
Realização de acesso para redução
Realização de fixação com
placa e parafusos

Romeo Santiago - no les fance a Esp
 fixação com os fios de KITCHENER
 com os

Peça(s) Cirúrgicas(s):

Uso de radioscopia ou radiografias intraoperatórias ☐ SIM ☐ Não

Uso de hemoderivados? ☐ Não ☐ Sim Especifique: _____

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

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

01 placa crânio 30 de os fios
 06 lacas 04 Fios EUSOS

02 fios de KITCHENER

Intercorrências:

Observações:



Dr. João Antônio Chaves
 Cirurgião de Cabeça e Pescoço
 CRM - RJ 100

Nome Legível com nº do CRM / Carimbo

PACIENTE: _____ SEXO ☐ F ☐ M IDADE: _____ MESES ANOS
DECLARANTE: _____ SEXO ☐ F ☐ M IDADE: _____ ANOS
END.: _____ Nº _____ APTº _____ BAIRRO _____
CEP: _____ CIDADE: _____ UF _____ TEL.: _____
CELULAR: _____ RG: _____ CPF: _____
DIAGNÓSTICO: _____ CIRURGIA: _____
DATA: _____ / _____ / _____ HORA: _____

1. que estou cliente que, a meu pedido, estarei sendo submetido à Anestesia para o procedimento referenciado na data e hospital designados, a ser aplicada pelo(s) anestesiologista(s) denominado(s);
2. que tive total e integral conhecimento dos fatores que envolvem o ato anestésico em questão, através do esclarecimento que foi prestado pelo Médico Anestesiologista que me examinou, e todas as informações necessárias a minha perfeita compreensão dos aspectos ligados ao ato anestésico ao qual submeter-me-ei;
3. que reconheço que o(s) Médico(s) Anestesiologista(s) que aplicará(m) a anestesia exercerá(m) atividade de, meio, ou seja, obrigam(-)se a prestar seus serviços da melhor forma e condições que forem possíveis, agindo com a melhor técnica, zelo profissional e diligência em busca de seus objetivos;
4. que, a fim de prevenir e afastar eventuais problemas, foram prestadas ao Médico Anestesiologista que me examinou todas as informações relativas às condições médicas, físicas e psicológicas da minha pessoa, sem ocultar qualquer fato ou elemento, informações estas que foram transcritas para a Ficha de Avaliação Pré-anestésica;
5. que foram informados pelo Médico Anestesiolologista os riscos inerentes, naturais e imprevisíveis ao ato anestésico, capazes de provocar resultados diversos do esperado, ainda que raramente;
6. que meu internamento no Hospital referenciado deu-se por livre e espontânea vontade, e que tenho conhecimento que o(s) Médico(s) Anestesiolologista(s) apenas se responsabiliza(m) pelos procedimentos de sua especialidade e que não pode(m) ser responsabilizado(s) por resultados adversos, eventualmente ocorridos sem verificação de culpa; não se obrigando ou se responsabilizando pela qualidade dos serviços que serão prestados pela Instituição Hospitalar ou por outros profissionais que participarem do ato cirúrgico, bem como do transtorno ou internamento como tal todo;
7. fui orientado(a) que devo me dirigir à minha residência acompanhado(a) por um responsável maior de 18 anos, e encontro-me impossibilitado(a) de conduzir veículos automotivos ou máquinas, e de realizar negociações ou transações comerciais nas 24 (vinte e quatro) horas após alta hospitalar.

de _____ de _____

Assinatura do Declarante

Testemunhas:

HIGE
SECRETARIA GERAL DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE
DO ESTADO DA BAHIA

SESAB
SUS

Nome Social: _____

Nome: Sapora Daniello de Oliveira da Silva

Registro: 48601 Data: 28/09/19 Hora: 13:30h

Sector: _____ Leito: _____

[illegible]

MEDICAMENTOS / DIETAS

CIRURGIAS / ANESTESIAS PREVIAS/ COMPLICAÇÕES

CIRURGIAS / ANESTESIAS PREVIAS/ COMPLICAÇÕES	MEDICAMENTOS / DIETAS
Paciente vítima de Poliomielite com fratura L4-L5 em ambas as pernas há 40 anos com sequelas parciais. Adesão a Dignitas ATSP e Sarametrol. Sofrem com paralisia.	

EXAME FÍSICO

AUSC. PULM. *arbo r/rta*

AUSC. CARD. *110*

TA: *110* / *70* mmHg / *80* puls/min

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

Hb = *12.8* g% Ht = *37.1* % Glc = *45* mg/dl

Ur = *11* mg/dl Na = *143* mEq/L K = *3.8* mEq/L

TC = *175* mm TS = *96.5* % TTPA = *23* s RNI = *0.45*

ECG: *1* / *1* = FC *100* bpm

ECO: *1* / *1* = FE *1* %

CATE: *1* / *1* = *1* / *1* =

TESTE DE ESFORÇO: *1* / *1* = *1* / *1* =

PROTESE **SIM** **ALD** **Sup** **Int** **Fixa** **Movel**

DENTADURA **SIM** **ALD** **Sup** **Int** **Fixa** **Movel**

☒ DESECRATADO

☒ DESCORADO

☒ DISPNEICO

☒ CIANOTICO

☒ ICTERICO

☒ DESNUTRIDO

CONC. DOS DENTES: *20* regular / ruim / anisette

ABERTURA DA BOCA: *normal* / diminuida

FLEXAO DO PESCOÇO: *normal* / limitada

DISTANCIA DO ESTERNUM - *12.5 cm* *12.5 cm*

ESPAÇO MANDIBULAR: *< 2 dedos* *< 2 dedos*

MALLAMPATI: *I* *II* *III* *IV* EMER

CONDUITA FINAL ☒ LIBERADO

☐ REAVALIAR NA INTERVENÇÃO.

☐ PÓS-OPERATÓRIO EM UTI

☐ NO LIBRARY

855780 5780310000

MEDICACAO PRE-ANESTESICA

ANESTESIOLOGIA: Lucinda Montano

nose

1580

DATE 28 09 19

TÉCNICAS ANESTÉSICAS

1- Check- $\text{bcs} + \text{AP4} + \text{MonTongco} + \text{Vancilue Puyen Boyen, n: 18}$
 2- But (Poudon) - Tongco, vancilue, Tongco, bcs, vancilue, But
 3-4- mukanu, Tropic di Tongco, pui lue Tongco, Tongco, Poudon
 cote, Poudon.
 3- $\text{Mukanu} + \text{Vancilue Tongco}$
 4- Poudon di bcs, pui e bcs, vancilue.

[Handwritten signature]

FICHA OPERATÓRIA



Nome Social:

HOSPITAL GERAL DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE
DO ESTADO DA BAHIA

SESAB
SUS

Nome:

Registro:

Idade:

Sexo:

Data de Admissão:

Unidade: JUVENA

Data: 28/09/17

1. PERIOPERATÓRIO

1.1 PRÉ-OPERATÓRIO - UNIDADE DE INTERNAÇÃO / EMERGÊNCIA

Remoção de: ☒ Adereços ☐ Prótese ☒ Vestuário ☐ Outros

☒ Jejum ☐ Banho ☐ Tricotomia às

☐ Esvaziamento Vesical ☒ Revisão de Prontuário ☐ Reserva Hemoterapia

☐ Outros preparos

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. às 10:44 Ass. Enf.: Ass. Tec. de Enf.:

1.2. TRANSOPERATÓRIO

1.2.1. ADMISSÃO

Cirurgia Programada:

Data: / / Hora: : Alergia: ☐ Não ☒ Sim Dependência, AAS, Telex

Grupo Sanguíneo: Fator Rh: Reserva Hemoterapia: Debrido, Dofex

Pele: ☒ Inteira ☐ Lesão

Patologias: ☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Hepatite ☐ Cardiopatia ☐ Outros: N/A

Uso de medicamentos / Drogas: N/A

Tabagista: ☐ Sim ☒ Não Etilista: ☐ Sim ☒ Não

Responsável pela informação: ☐ Paciente ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Cônjuge ☐ 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 DTP/HSD N 920 (28/09)

11:40 Pac. retornou p/ sutura, será abandonada a BH

Par. fixado no (OEP) aguardando ECG e Telex

Passado p/ mano

BH Recusou no CC

1.2.3. CHECK LIST

Recebido no CC às 13:00 por: Que, Rx

Conferido: ☒ Pulseira de Identificação ☒ Prontuário ☒ Exames ☐ Preparo

Equipe na sala às 13:50

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 Saida da sala às:

Início da Anestesia: 13:35 Término da Anestesia:

Início da Cirurgia: 14:00 Término da Cirurgia: 15:30

Cirurgia Realizada: conexão de fratura m.v.

Tipo de Anestesia: ☐ Geral ☐ Bloqueio Plexo braquial ☐ Local
☐ Raqui ☒ Peridural ☒ Sedação

Equipe Cirúrgica:

Anestesista: Dr. J. E. de Cirurgião: Dr. Ivan

1º Auxiliar: Dr. João Chaves 2º Auxiliar:

3º Auxiliar: 4º Auxiliar:

Enfermeiro: Quella Circulante: Joana

Bisturi Elétrico: ☐ Sim ☐ Não Local da Placa: ☐ Posterior da coxa: D E ☐ Lombar ☐ Dorsal
☐ Panturrilha: D E ☐ Glúteo D E

Nº de compressas abertas: Nº de compressas conferidas:

Serviços Requisitados: ☐ Anat. Patológica ☐ Laboratório ☐ Radiologia ☐ Bco de Sangue

Sinais Vitais Início: TA 104x58 P 90 R Temp. 36.2 SPO₂ 99

Sinais Vitais Término: TA P R Temp. SPO₂

Medicações administradas pela enfermagem:

Procedimentos: Juncão do gamoe 14:00 AS 15:30 hs

Intercorrências:

1.2.5. PÓS-OPERATÓRIO

Encaminhado para: ☐ CRPA ☐ UTI ☒ Enfermaria 020A ☐ Emergência ☐ Alta
☐ S.O. ☐ Regulado para:

Em uso de: ☐ Sonda Vesical ☐ SNG/SNE ☐ TOT/TQT ☐ Portovac ☒ Cateter Hidrolisado
☐ PAM ☐ Acesso Central ☐ Sangue ☐ Penrose ☐ Plasma ☐ Venódise
☐ O₂ cateter ☐ Outros:

Exames Encaminhados: ☒ DRX ☐ Laboratório ☐ Tomografia ☐ ECG ☐ RNM
☐ Outros

Documentos Encaminhados: ☒ Ficha Operatória ☐ Folha de Anestesia ☒ Relatório de Cirurgia

1.3. ANOTAÇÕES

Às 15:30h Paciente, 29 anos, encontra-se em SO em POI de osteossíntese de tornozelo direito + fixação com fios-R. Segue em boa aparência, eupneica em VE 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

DI Emissão: 11/04/2018

Est. Civil: SOLTEIRO

DI Nasc: 06/12/1999

Idade: 29 ANOS

Sexo: FEMININO

BRASILEIRO(A)

End.: N INFORMADO

SALVADOR

BA

CEP:

Tel.: (71) 95667-2855

Mãe: VERA MARIA DE OLIVEIRA

Conduzido por: D. ESPONTANEA

Respons.: GLEICE LORENA CEQUER CHRISTOVAM

Título: MADRINHA

Nome Social:

Admissão: 28/09/2019 -- 01:24:35

CNS:

IRACI SANTOS

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

1. AVALIAÇÃO INICIAL

1.1 QUEIXA PRINCIPAL: Fratura de TN2 D sec. a acidente automobilístico

1.2 MOTIVO DO INTERNAMENTO

☐ Clínico ☒ Cirúrgico

1.3 ORIGEM

1.4 RELIGIÃO

1.5 PROFISSÃO

1.6 PESO

1.7 ALTURA

1.8 GRUPO SANGÜÍNEO

1.9 FATOR RH

1.10 ANTECEDENTES CLÍNICOS:

☐ Asma ☐ DM ☐ 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: Difenidramina, AAS, Paracetamol, Dicofenaco

☐ Alimentos

Quais:

☐ Outros

Quais:

1.13 MEDICAÇÕES EM USO

NOME

INTERVALO

NOME

INTERVALO

1.14 DADOS VITAIS: PA: FC: FR: T°:

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	RSD			

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	2		2	
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: ☒ Lúcido ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado
☐ Coma ☐ Delírio ☐ Narcose ☐ Semi-Narcose ☐ Hipoativo
Pupilas: ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas: ☐ Miose ☐ Midríase ☒ Fotorreagentes: ☒ - ☐ ☐ ☐
Escala de Coma de Glasgow: Abertura Ocular: _____ Resposta Verbal: _____ Resposta Motora: _____ TOTAL: _____

4.2. AVALIAÇÃO DE PELE E MUCOSA

☒ Íntegra ☐ Ictérica ☐ Ressecada ☐ Cianótica ☐ Fria ☐ Descamativa ☐ Turgor Diminuído
☐ Corada ☐ Descorada: _____ ☐ Lesões: _____
☐ Úlcera por Pressão: _____ ☐ Outros: _____

4.3. CABEÇA E PESCOÇO

☐ Edema ☐ Gânglios ☐ Curativo ☐ Colar Cervical ☐ Rigidez de Nuca ☐ Estase de Jugulares
☒ Íntegros ☐ Lesões: _____
☐ Outros: Boca: _____ Nariz: _____ Ouvido: _____

4.4. AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

Tórax ☒ Simétrico ☐ Assimétrico ☐ Drenos: _____ ☐ Entubado ☐ Em uso de Oxigênio
☐ Traqueostomizado ☐ Lesões: _____ ☐ Outros: _____
Respiração: ☐ Bradipneia ☐ Taquipneia ☐ Dispneia ☐ Torácica ☐ Abdominal ☒ Eupneia
Ausculta: ☒ MV ☐ Creptos ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Tosse: _____

4.5. AVALIAÇÃO CARDÍACA

PULSO: ☒ Rítmico ☐ Arritmico **MARCAPASSO:** ☒ Não ☐ Sim ☐ Definitivo ☐ Temporário

4.6. AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL

Abdômen: ☐ Tenso ☐ Doloroso ☐ Indolor ☐ Plano ☒ Flácido ☐ Timpânico
☒ Globoso ☐ Distendido ☐ Ascítico ☐ Escavado ☐ Colostomia ☐ Jejunostomia
☐ Lesão: _____ **Ausculta:** ☐ RHA+ ☐ RHA-
Eliminações: ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Diarreia ☐ Pastosa ☐ Vômitos ☐ Hematêmese ☒ Normais
Drenos: ☐ Tubular ☐ Penrose ☐ Portovac ☒ Última dejeção: 24/09/19 ☐ Ausente

4.7. GENITÁLIA

☒ Íntegra ☐ Edema ☐ Sangramento ☐ Secreções: (cor) _____ (odor) _____ ☐ Lesões: _____
☐ Dermatite Amoniacal: _____ ☐ Outros: _____

4.8. AVALIAÇÃO RENAL - DIURESE

Aspectos: ☒ Clara ☐ Concentrada ☐ Piúria ☐ Hematúria
Volume: ☐ Poliúria ☐ Anúria ☐ Oligúria ☐ Ausente no momento ☒ Normal
Espontânea: ☒ Fralda ☐ Aparadeira / Papagaio ☐ Dispositivo Urinário
Cateter: ☐ S. Vesical ☐ Citostomia ☐ Nefrostomia **Retenção Urinária:** ☐ Sim ☒ Não

4.9. MMSS E MMII

☒ S/Alteração ☐ Imobilização ☐ Hematoma ☐ Equimoses ☐ Edema ☐ _____
Pulsos Periféricos ☒ - ☐ Local: Braquial ☐ Lesões: _____
☐ Outros: _____ ☐ Perfusão: _____ ☐ 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 calma, orientada e ATB por 48 horas após procedimento cirúrgico.

Jefferson Santos Dantas
Enfermeiro(a) / COREN

FICHA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO / ADMISSÃO / ENFERMAGEM - EME



Registro

2019048601

Admissão

28/09/2019

Idade

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

NGA COMORBIDADES

Uso de

...

Sinais Vitais

PA

112X81 mmHg

FC

78 bpm

FR

ipm

SatO2

99 %

Temp.

°C

HGT

mgdl

Dor

8

Controles

Peso

Altura

Perfil

Adulto

Port. Deficiência

Não

Qual?

Trauma?

Sim

Etiologia

Alergias

Sim

Qual?

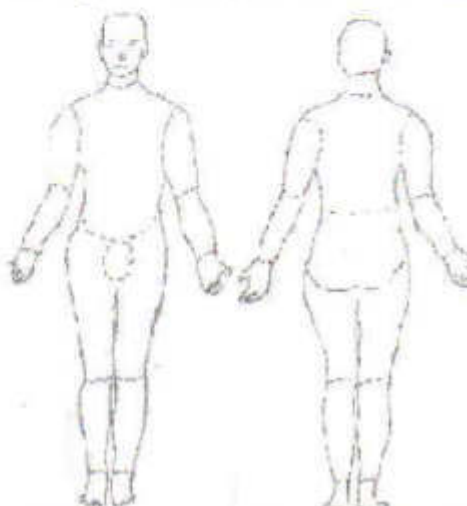
DIPIRONA; AAS; DICLOFECACO; PARACETAMOL

Medicações em Uso

Assinatura / Coren

Fernanda Lima C. Queiroz
COREN-BA:000449100 - ENFERMEIRA

Localização de Traumas, Feridas e Curativos



AVALIAÇÃO MULTIDISCIPLINAR



Nome Social: _____

Nome: _____

SARA DAMELLE DE OLIVEIRA DA SILVA

Registro: _____

48601

Data: _____

28/09/19

Hora: _____

:

Sector: _____

SUFUBA UNIV A.

Leito: _____

04

☐ ODONTÓLOGO / CBMF

☐ PSICÓLOGO

☐ ASSISTENTE SOCIAL

☒ ENFERMAGEM

☐ FISIOTERAPEUTA

☐ NUTRICIONISTA

☐ TERAPIA OCUPACIONAL

☐ OUTROS

Data/Hora	Descrição
28/09/19 - 07:30h.	ANAM, DTE, COMUNICATIVA, MELIA ALERGIA E OUTROS IMORBIDADE, APRESENTA FRATURA EM MMII DESJUNDO A ADEENTE DE LADO, EUPHEIA EM AR SUBJONTE, CORADA, EM DIETA ZED AGUARDANDO CIRURGIA, EVOLUI SEM QUAIS ME ENFERMAGEM
10:44	Encaminhado paciente ao C.C. e _____
28/09 12:30	EM REPO, REFUTE ALERGIA A DIAPOMA, AAS, PARA USAMON E DICLOFENACO, EM USAMON AO C.C.
28/09/19 18h	Paciente admitido nesta unidade Orto A proveniente do Centro Cirurgico em POI de Osteossintese de fratura de tornozelo Direito sic a acidente automobilístico, apresentando pouco em REO e HTE, nega alergia. No momento, calma, lucida, orientada, eupneica, afévil, dieta oral, eliminação espontânea, nega diurese após cirurgia, refere alguns sintomas no abdô, extremidades perquiridos. Nega comorbidades; refere alergia à dipirona, paracetamol, AAS e Diclofenaco. Que uso AUP MSD 28/09, sem sinais de febre. Segue das unidades
19h	Paciente no leito sem queixas.
29/09 06h	Paciente com as perdas noturnas sem queixas; as 06h paciente refere alga em mmii, medicada com.
29/09 08:00h	Paciente encontrada no leito, lucida, orientada comunicativa, em uso de xanaxol em MS medicada e P.M. ordenado SSU
09:00h	Realizado banho no leito, troca de lençol
10:00h	Administrado medicação de horário e P.M.
10:10	Realizado curativos com SFOS.
10:20	Se queixou de alga, foi medicada com tramal + parol, e P.M.

AVALIAÇÃO MULTIDISCIPLINAR

Data/Hora	Descrição
29/9	Paciente - 2 no leito, m'ade, orientado, afil, experico, com 1º DPO osteossintese do tornozelo D, edemaçao com albis sendo medidos; contando ditto VO
16:00	Administracao medicacao de horario e.p.m.
8:00	Paciente bem queixas no momento e.p.m.
9:00	Paciente no leito, afil, experico, calma, suazl
21:00	Feito AVP MSF gelco qd fluido sem sangue mesio as condicoes da equipe de enfermagem. Tracoe 77276
01/10/19	Paciente - 2 no leito, m'ade, orientado, experico, verbalizando, afil; 3º DPO de osteossintese do tornozelo D e com fratura edemaçao, extremidades perpendiculares, eluxos os joelhos, contando ditto aps dolo de xamu, sem uso de AVP em MSD sem flutuaçao
16:00	Adm medicacao de horario e.p.m.
06:50	Duas as condicoes da equipe de enfermagem
8h	Paciente encontrado no leito calma lucido recheado ardis
12h	Paciente curson pericula sem febre, fucimo
30/09	Paciente 2 por 1 por 1, sem febre, choro de dor pelo SSVV e sem alvoco
30/09	Paciente saiu de alta hospitalar em companhia de seu familiar. levando relatorio de alto, exames laboratoriais, gelculos de Rx e solicitacoes de Rx, receita medica, relatado acesso periferico pelo enfermeiro, sem q... cabeira de Rodas. ———— ECU3 glr



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).

Dr. Fernando Cal Garcia Filho
CRM: 8163
Médico do SAME / HGE

AVALIAÇÃO MULTIDISCIPLINAR

Nome Social: _____

Nome: Sara Danielle de Oliveira da Silva

Registro: 48601

Data: 30/09/19

Hora: _____

Sector: Ortopedia A

Leito: 01

☐ ODONTÓLOGO / CBMF

☐ PSICÓLOGO

☐ ASSISTENTE SOCIAL

☐ ENFERMAGEM

☒ FISIOTERAPEUTA

☐ NUTRICIONISTA

☐ TERAPIA OCUPACIONAL

☐ OUTROS _____

Data/Hora

30.09

(H)

Paciente F, 29 anos, vítima de acidente de carro, com consequente fratura-luxação do tornozelo + fratura pé E (distal) submetida a cirurgia 28/09: 01 Placa + 2 fios de K. Encontrada em 01 no leito, lot, eupneica, colaborativa, em VE ao AA, PMV confortável, com episódios de vômitos. Informo à equipe de enfermagem. Realiza monitorização respiratória, PR's, posicionamento. Alimento sem intercorrências.

Dra. Alina Cristina Mesquita
Fisioterapeuta
CREFIO 149575-F

AVALIAÇÃO MULTIDISCIPLINAR



Nome Social: Sandra Damiana D. de Azevedo
 Nome:
 Registro: Data: 29/09/19 Hora: :
 Setor: P. A. MANA Leito:

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

Data/Hora: 29/09/19 5:00h
Pcte especifica de auto. Prontuário
20919 e amigo, Sr. Talita Azevedo Chequer. Cel.: 99980-0616.



08/09/19 10h 29/09/19
Pcte admitida nessa enfermaria, lúcida,
29 anos de idade, refere que é
de Aracaju-SE, não tem familiares
em SSA, estava de passagem,
hospedada na casa de uma
amiga, Sra. Talita, a qual é
a referência de contato. Orientamos
sobre normas da enfermaria.
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: SARA 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: SARA DANIELLE DE OLIVEIRA DA SILVA CPF: 038.714.055-74

Profissão: Advogada Endereço: Av. Dep. Raimundo Diniz Número: 14 Complemento: Casa

Bairro: Centro Cidade: Anacapu Estado: SC CEP: 49038-313

E-mail: marcosdgloria@gmail.com Tel. (DDD): 29.99389207

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ 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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ 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) ☐ Divorçado ☐ 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: 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 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, J. S. Da Glória 04.12.19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

SARA DANIELLE DE OLIVEIRA DA SILVA
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (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 inteiro 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: 2ªCRPN ENT RIOS-BO-19-01642

Data: 27/09/2019 às 20:27h

Unidade: 2ª COORPIN - ENTRE RIOS

Delegado: 126027291 - LUIS ENOCK PASSOS SOUZA

Responsável Pelo Registro

Unidade: 2ª 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

LESAO CORPORAL
CULPOSA NA DIRECAO DO
VEICULO

Legislação

LEI 9503: Art. 303

Referência

Pessoas Envolvidas



CERTIDÃO

Boletim de Ocorrência

Número: 2ªCRPN ENT RIOS-BO-19-01642

Data: 27/09/2019 às 20:27h

Unidade: 2ª COORPIN - ENTRE RIOS

Delegado: 126027291 - LUIS ENOCK PASSOS SOUZA

Pessoa Física

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, Nº 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, Nº 01, BOCA DO RIO, SALVADOR, BA - BR, Telefone Residencial: 7185416778

RICARDSON DARLAN SANTANA FONSECA, Matrícula: 303882925, Cargo: Soldado PM 1ª Classe, Organização: PM-BA, Sexo Desconhecido, Servidor Público da SSP-BA, Matrícula: 303882925, Cargo: Soldado PM 1ª Classe, Unidade trabalho: BPChq

SARA DANIELLE DE OLIVEIRA SILVA, Carteira de Identidade: 2019048601 SSP/BA, Sexo Feminino, Nacionalidade: Brasileira, Civil, Cutis: Ignorada, Não informado

Envolvimento

Autor

Autor/Vítima

Comunicante

Vítima

Objetos Envolvidos

Descrição

VEÍ-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

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

Descrição

VEÍ-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

Tipo de Relacionamento

Condutor

Envolvimento

Danificado



Gerado por: LUIS ENOCK PASSOS SOUZA

CERTIDÃO

Boletim de Ocorrência

Número: 2ªCRPN ENT RIOS-BO-19-01642

Data: 27/09/2019 às 20:27h

Unidade: 2ª COORPIN - ENTRE RIOS

Delegado: 126027291 - LUIS ENOCK PASSOS SOUZA

Objetos Envolvidos

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 aditada 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: SARA 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: SARA DANIELLE DE OLIVEIRA DA SILVA CPF: 038.714.055-74
Profissão: Advogada Endereço: Av. Dip Raimundo Diniz Número: 14 Complemento: casa
Bairro: Centro Cidade: Anacapu Estado: SC CEP: 49038-313
E-mail: marcosdgloria@gmail.com Tel. (DDD): 29.99389207

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ 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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ 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) ☐ Divorçado ☐ 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: 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 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, J. S. Da Glória 04.12.19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

SARA DANIELLE DE OLIVEIRA DA SILVA
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (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 inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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



AUTOGATENDIMENTO - AG MELICIO MACHADO
DATA: 02/12/2019 HORA: 10:42:21
TERMINAL: 35701004 CONTROLE: 357010040189

AGÊNCIA: 3570 - MELICIO MACHADO
CONTA: 013.00013051-6
CLIENTE: SAARA DANIELLE DE OLIVEIR

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERÊNCIA
ULTIMOS 30 DIAS

SALDOS POR DATA LIMITE
DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
05/11	0,01
09/11	5,62
10/11	0,16
12/11	0,81
20/11	4,04

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
		SALDO ANTERIOR	6,620

Novembro

05/11	000000	REM BASICA	0,000
09/11	000000	REM BASICA	0,000
05/11	000000	REM BASICA	0,000



AUTOGATENDIMENTO - AG MELICIO MACHADO
DATA: 02/12/2019 HORA: 10:42:21
L: 35701004 CONTROLE: 357010040189

AGÊNCIA: 3570 - MELICIO MACHADO
CONTA: 013.00013051-6
CLIENTE: SAARA DANIELLE DE OLIVEIR

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERÊNCIA
ULTIMOS 30 DIAS

SALDOS POR DATA LIMITE
DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
05/11	0,01
09/11	5,62
10/11	0,16
12/11	0,81
20/11	4,04

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
		SALDO ANTERIOR	6,620

Novembro

05/11	000000	REM BASICA	0,000
09/11	000000	REM BASICA	0,000
05/11	000000	REM BASICA	0,000