

# 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: 19/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 476,71

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADRIANA EVARISTO SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04325

CONTA: 00000001806-6

---

Nr. da Autenticação 60018C4B90358457

# PARECER DE DAMS



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200212067

**Data do acidente:** 19/10/2019

**Vítima:** ADRIANA EVARISTO SANTOS

**Atendimento:** HOSPITAL

**Cidade:** Itaporanga D'Ajuda

**UF:** SE

**Análise:** Primeira Análise

**Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

**Data:** 17/06/2020 14:26:18

## DADOS DO PARECER

**Diagnóstico:** TRAUM SUPERF DA CABECA TRAUM SUPERF MULT DA CABECA -

**Internação:** Não

**Tratamento:** CONSERVADOR CLINICO

**Tratamento Odontológico:** Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Farmácias			476,71	476,71
<b>Total da Análise Atual</b>			<b>476,71</b>	<b>476,71</b>

**Indicadores:** Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

**Observações:** FALTA O ENVIO DE NOTA FISCAL OU RECIBO REFERENTE À SERVIÇOS ODONTOLOGICOS QUE NÃO FORAM AVALIADOS, VISTO QUE FALTA DISCRIMINATIVO INFORMANDO SERVIÇO PRESTADO COM VALORES E QUANTIDADES INDIVIDUAL DE CADA PROCEDIMENTO REALIZADO EM CADA ELEMENTO DENTÁRIO BEM COMO É NECESSÁRIO RELATÓRIO ODONTOLOGICO JUSTIFICANDO O NEXO CAUSAL ENTRE AS LESÕES SOFRIDAS POR PARTE DA VÍTIMA NO ACIDENTE OCORRIDO E O TRATAMENTO REALIZADO.

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: ADRIANA EVARISTO SANTOS Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	476,71	476,71	476,71
<b>Total da Análise Atual</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>476,71</b>	<b>476,71</b>	<b>476,71</b>

**TOTAL PLEITEADO:** 476,71

**TOTAL AVALIADO:** 476,71

**TOTAL PAGO + À PAGAR:** 476,71

## INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 16 de Junho de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200212067**

**Vítima: ADRIANA EVARISTO SANTOS**

**Data do Acidente: 19/10/2019**

**Cobertura: DAMS**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ADRIANA EVARISTO SANTOS**

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora**.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Informamos que o reembolso de despesas médicas e suplementares é avaliado conforme critérios de análise praticados pelo mercado e tendo como limite mínimo os valores constantes na Tabela do Sistema Único de Saúde (SUS), podendo assim ser ou não reembolsado em sua totalidade, observando-se o limite da cobertura.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200212067**

**Vítima: ADRIANA EVARISTO SANTOS**

**Data do Acidente: 19/10/2019**

**Cobertura: DAMS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ADRIANA EVARISTO SANTOS**

**Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:**

**Recebedor: ADRIANA EVARISTO SANTOS**

**Valor: R\$ 476,71**

**Banco: 104**

**Agência: 000004325**

**Conta: 000001806-6**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

**FALTA O ENVIO DE NOTA FISCAL OU RECIBO REFERENTE À SERVIÇOS ODONTOLOGICOS QUE NÃO FORAM AVALIADOS, VISTO QUE FALTA DISCRIMINATIVO INFORMANDO SERVIÇO PRESTADO COM VALORES E QUANTIDADES INDIVIDUAL DE CADA PROCEDIMENTO REALIZADO EM CADA ELEMENTO DENTÁRIO BEM COMO É NECESSÁRIO RELATÓRIO ODONTOLOGICO JUSTIFICANDO O NEXO CAUSAL ENTRE AS LESÕES SOFRIDAS POR PARTE DA VÍTIMA NO ACIDENTE OCORRIDO E O TRATAMENTO REALIZADO.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

003.896.015-00

4 - Nome completo da vítima:

Adriano Enriqueto Santos

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

5 - Nome completo:

Adriano Enriqueto Santos

6 - CPF:

003.896.015-00

7 - Profissão:

8 - Endereço:

Desembulcador Rua Santo Tomé 30

9 - Número:

98

11 - Bairro:

12 - Cidade:

Ilha Paracuru D'Ajuda

13 - Estado:

SE

14 - CEP:

493.20-000

15 - E-mail:

Thallyta Souza267@gmail.com

16 - Tel. (DDD):

71-998734314

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)  Itaú (341)

Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

4325

03

CONTA:

00001806

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

03

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

Sim

31 - Vítima teve irmãos?

Não

Sim

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Sim

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

40 - Local e Data, *Ilha Paracuru D'Ajuda/SE, 27/05/2020*

*(Assinatura da vítima/beneficiário declarante)*

*(Assinatura do Procurador se houver)*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Advogado (se houver)

TESTEMUNHAS

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE ITAPORANGA D'AJUDA - ITAPORANGA D'AJUDA -  
SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 130763/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/12/2019 14:34 Data/Hora Fim: 10/12/2019 14:49  
Delegado de Polícia: Paulo Cristiano Alves Ricarte

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Itaporanga D'Ajuda

Data/Hora do Fato: 19/10/2019 19:30

Local do Fato

Município: Itaporanga d'Ajuda (SE)  
Logradouro: Povoado Nô Cego

Bairro: Centro

CEP: 49.120-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Não Houve

EN VOLVIDO(S)

<b>Nome Civil: ADRIANA EVARISTO SANTOS (VITIMA , COMUNICANTE )</b>
Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: SE - Itaporanga

Sexo: Feminino

Nasc: 01/08/1979

Profissão: Do Lar
Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Maria Jose Evaristo Santos
Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 003.896.015-00

RG - Carteira de Identidade: 30040582

Endereço

Município: Itaporanga d'Ajuda - SE

Logradouro: Povoado Nô Cego, RUA SANTA TEREZA

Nº: 98

Telefone: (79) 99947-3762 (Celular)

CEP: 49.120-000

<b>Nome Civil: LEVI (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR )</b>
Nacionalidade: Brasileira

<u>Endereço</u>
Município: Itaporanga d'Ajuda - SE

Logradouro: RESIDENCIAL SANTA TEREZINHA

Complemento: RUA DO MEIO

Bairro: CENTRO

CEP: 49.120-000

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Relata a comunicante que estava caminhando às margens da Rodovia localizada em frente ao Povoado Nô Cego quando foi surpreendido por uma pancada muito forte provocada por uma motoqueira; Que a noticiante não sabe de qual direção o



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE ITAPORANGA D'AJUDA - ITAPORANGA D'AJUDA -  
SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 130763/2019

veículo veio, pois provavelmente estava com o farol apagado; Que a noticiante foi arremessada e devido o impacto perdeu a consciência; Que foi socorrida por uma viatura da SAMU e levada para o HUSE, onde ficou internada durante 2 dias; Que a noticiante ficou bastante lesionada e precisou passar por alguns procedimentos médicos e odontológicos, os quais lhe causaram um alto custo financeiro; Que o piloto da moto foi identificado como LEVI MOTO

ASSINATURAS

Antonio Manoel Barreto Costa Bomfim  
Agente de Polícia  
Matrícula 2559  
Responsável pelo Atendimento

Adriana Everisto Santos  
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins, de direito que sou (o) principal responsável pelas informações acima assinadas e declaro que peço a respeito responder Civil e Criminalmente pelo presente documento que se origem, conforme previsto nos Artigos 338-Denúnciação Caluniosa e 346-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Delegado de Polícia, Ricardo Alves Ricarte  
Delegacia Municipal de Itaporanga D'ajuda  
Código de Procedimento Policial - CPOL, art. 111, parágrafo único, inciso II, subitem b  
Cendo que a presente cópia é a reprodução fiel do original  
que me foi apresentado, ao qual autentico.  
Em 28/06/2020 Válido somente com o número  
202029550006263  
Endereço: www.tse.jus.br/UXZQPK  
HORA SANTOS - ESCRIVENTE



Delegado de Polícia: Paulo Cristiano Alves Ricarte  
Impresso por: Antonio Manoel Barreto Costa Bomfim  
Data de Impressão: 10/12/2019 14:50  
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

FARMACIA MORAES LTDA  
FARMACIA MORAES LTDA

PRACA JACKSON FIGUEIREDO, 22, CENTRO, ITAPORAN  
GA D'AJUDA, SE, CEP:49.120-000  
CNPJ: 15.042.385/0002-08 IE: 270.857.354

DANFE NFC-e - Documento Auxiliar da Nota  
Fiscal de Consumidor Eletrônica  
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

COD | DESC | QTD | UN | VL UN | VL TOTAL

07596404410114 HEMOGAZE 7,5GIX7,5CM					
12.000 UN X 1.20				14.40	
07891809202199 FITA MICROPOROSA					
1.000 UN X 20.90				20.90	
07896902212152 SORO FISIOLÓGICO 100ML PAMAX					
2.000 UN X 2.50				5.00	
07891058001155 NOVAGELINA 1G CX 10 COMP					
1.000 UN X 15.44				15.44	
07696525206110 CIMELEIDE 100MG CX 12 COMP					
1.000 UN X 7.00				7.00	

Qtd. Total de Itens

Valor Total R\$	65.74
FORMA PAGAMENTO	Valor Pago
Dinheiro	65.74

#### EMISSÃO NORMAL

Número: 003442 Série: 001  
Data de emissão: 10/12/2019 10:42:05  
Consulte pela Chave de Acesso em  
[www.sefaz.se.gov.br/nfce/consulta](http://www.sefaz.se.gov.br/nfce/consulta)  
CHAVE DE ACESSO  
2819 1215 0423 6500 0205 6500  
3000 0034 4210 0004 4468

CONSUMIDOR  
Consumidor não identificado

Consulta via leitor de QR Code



Protocolo de autorização: 326190157868870  
10/12/2019 11:17:50

FARMACIA MORAES LTDA  
FARMACIA MORAES LTDA

PRACA JACKSON FIGUEIREDO, 22, CENTRO, ITAPORAN  
GA D'AJUDA, SE, CEP:49.120-000  
CNPJ: 15.042.385/0002-05 IE: 270.857.354

DANFE NFC-e - Documento Auxiliar da Nota  
Fiscal de Consumidor Eletrônica  
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

COD | DESC | QTD | UN | VL UN | VL TOTAL

07896070601765 PROFENID ENTERTC 100MG CX 20 C					
02P 1.000 UN X 53.06				53.06	
07896472502776 BUPROVIL 600MG CX 30 COMP					
1.000 UN X 23.90				23.90	
07691317414231 1 EVOFLOXACINO 500MG CX 10 COMP					
1.000 UN X 318.58				318.58	
07896664201784 NEBACETIN 50ML BG 25G					
1.000 UN X 15.94				15.94	
0769665600055054 NISULIC 100MG CA 12 COMP DISPER-					
STVEL 1.000 UN X 48.22				48.22	
07698151134764 KIOTRAT SPRAY 20ML					
1.000 UN X 21.60				21.60	

Qtd. Total de Itens

Valor Total R\$	281.30
FORMA PAGAMENTO	Valor Pago
Dinheiro	281.30

#### EMISSÃO NORMAL

Número: 005433 Série: 001  
Data de emissão: 06/12/2019 09:46:16  
Consulte pela Chave de Acesso em  
[www.sefaz.se.gov.br/nfce/consulta](http://www.sefaz.se.gov.br/nfce/consulta)  
CHAVE DE ACESSO  
2819 1215 0423 6500 0205 6500  
1000 0034 3210 0004 4468

CONSUMIDOR  
Consumidor não identificado

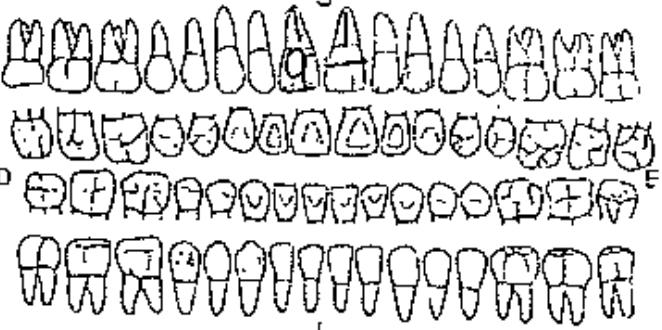
Consulta via leitor de QR Code



Protocolo de autorização: 32619015575151  
06/12/2019 10:22:46

**RADIOGRAFIAS**

87654321112345678  
87654321112345678

**ORÇAMENTO**

(Válido por \_\_\_\_\_ dias)

Dias de tratamento: 2º  3º  4º  5º  6º  Sáb. 

Horário

Ilmo(a) Sr. (a) Adrianez Evangelista Santos

Endereço

**SERVIÇO A EXECUTAR****IMPORTÂNCIA  
R\$**

02 trat. endod. trat. obturado abertura 2.1 + 3.1	400,00
02 Clareamento	160,00
02 Real. fotop. c/comp. de alongado 2.1 e 2.2. Platina	
Real. fotop. c/comp. de alongado e platina 2.1	200,00
	1.260,00

QUEIRA APRESENTAR ESTE ORÇAMENTO  
NA PRÓXIMA CONSULTA**TOTAL R\$****IMPORTANTE:**

Os tratamentos serão iniciados mediante  
o pagamento de 50% (ou o que for  
combinado) e, concluídos quando  
totalmente pagos.

Data 05/12/2019**PLANO DE PAGAMENTOS**

Cônjuge Dentista

Autorização do Paciente pelos trabalhos a serem executados

Não vale conto recibo

met P-01

FARMACTA MORAES LTDA  
FARMACTA MORAES LTDA

PROF. JACKSON FIGUEIREDO, 22, CENTRO, ITAOPARÁ  
CEP: 58.042-885/0001-08 Tel: 276.857.354

DANFE NFC-e - Documento Auxiliar da Nota

Fiscal de Consumidor Eletrônico  
Nota Padrão para o Comércio de Crédito de TCM

COD. I DESC. I QTD. I UNI. I UNI. I VL. UN. I VL. TOTAL

078960155720311 CLAVULIN 500MG CX 21 CNTP  
1.000 UN. X 143,86

Ord. Total de Itens

Valor Descontos R\$

Presta Pagamento

dinheiro

Valor Total R\$

Número: 003436 Série: 001

Data de emissão: 05/12/2019 14:13:00  
Consulte pela Chave de Acesso em  
[www.fedaz-eo.gov.br/nfce/consultar](http://www.fedaz-eo.gov.br/nfce/consultar)CHAVE DE ACESSO  
2819 1235 0123 1500 0203 6500  
L000 0034 3010 0004 4246

Número: 003436 Série: 001

Data de emissão: 05/12/2019 14:13:00  
Consulte pela Chave de Acesso em  
[www.fedaz-eo.gov.br/nfce/consultar](http://www.fedaz-eo.gov.br/nfce/consultar)CHAVE DE ACESSO  
2819 1235 0123 1500 0203 6500  
L000 0034 3010 0004 4246

Número: 003436 Série: 001

Data de emissão: 05/12/2019 14:13:00  
Consulte pela Chave de Acesso em  
[www.fedaz-eo.gov.br/nfce/consultar](http://www.fedaz-eo.gov.br/nfce/consultar)CHAVE DE ACESSO  
2819 1235 0123 1500 0203 6500  
L000 0034 3010 0004 4246

Número: 003436 Série: 001

Data de emissão: 05/12/2019 14:13:00  
Consulte pela Chave de Acesso em  
[www.fedaz-eo.gov.br/nfce/consultar](http://www.fedaz-eo.gov.br/nfce/consultar)CHAVE DE ACESSO  
2819 1235 0123 1500 0203 6500  
L000 0034 3010 0004 4246

Número: 003436 Série: 001

Data de emissão: 05/12/2019 14:13:00  
Consulte pela Chave de Acesso em  
[www.fedaz-eo.gov.br/nfce/consultar](http://www.fedaz-eo.gov.br/nfce/consultar)CHAVE DE ACESSO  
2819 1235 0123 1500 0203 6500  
L000 0034 3010 0004 4246

Número: 003436 Série: 001

Data de emissão: 05/12/2019 14:13:00  
Consulte pela Chave de Acesso em  
[www.fedaz-eo.gov.br/nfce/consultar](http://www.fedaz-eo.gov.br/nfce/consultar)CHAVE DE ACESSO  
2819 1235 0123 1500 0203 6500  
L000 0034 3010 0004 4246

Número: 003436 Série: 001

Data de emissão: 05/12/2019 14:13:00  
Consulte pela Chave de Acesso em  
[www.fedaz-eo.gov.br/nfce/consultar](http://www.fedaz-eo.gov.br/nfce/consultar)CHAVE DE ACESSO  
2819 1235 0123 1500 0203 6500  
L000 0034 3010 0004 4246

Número: 003436 Série: 001

Data de emissão: 05/12/2019 14:13:00  
Consulte pela Chave de Acesso em  
[www.fedaz-eo.gov.br/nfce/consultar](http://www.fedaz-eo.gov.br/nfce/consultar)CHAVE DE ACESSO  
2819 1235 0123 1500 0203 6500  
L000 0034 3010 0004 4246

Número: 003436 Série: 001

Data de emissão: 05/12/2019 14:13:00  
Consulte pela Chave de Acesso em  
[www.fedaz-eo.gov.br/nfce/consultar](http://www.fedaz-eo.gov.br/nfce/consultar)CHAVE DE ACESSO  
2819 1235 0123 1500 0203 6500  
L000 0034 3010 0004 4246

Número: 003436 Série: 001

Data de emissão: 05/12/2019 14:13:00  
Consulte pela Chave de Acesso em  
[www.fedaz-eo.gov.br/nfce/consultar](http://www.fedaz-eo.gov.br/nfce/consultar)CHAVE DE ACESSO  
2819 1235 0123 1500 0203 6500  
L000 0034 3010 0004 4246

Protocolo de autorização  
05/12/2019 14:13:55  
32619015449378

## RELATÓRIO MÉDICO

**NOME DO PACIENTE:** Adriana Evaristo Santos

**DATA DA ENTRADA:** 19/10/2019

**DATA DA SAÍDA:** 20/10/2019

**Em atenção a solicitação da Delegacia de Polícia de Itaporanga D'Ajuda-SE**  
**Ofício nº 425/2019**

**Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário, sem ter contato profissional com o paciente, isto é, a responsabilidade do atendimento cabe aos médicos que o assistiram.**

### **HISTÓRICO CLÍNICO:**

Paciente 40 anos, do sexo feminino, vítima de atropelamento por motocicleta, apresentando ferimento contuso em região frontal. Foi submetida a exames complementares e avaliação médica nas especialidades de: neurocirurgia, cirurgia geral e CBMF. Foi realizada sutura do ferimento em região frontal tendo alta hospitalar em 20/10/2019.

### **HISTÓRICO CIRÚRGICO:**

Sutura do ferimento em região frontal.

### **EXAMES COMPLEMENTARES:**

- Tomografias de: crânio, coluna total.
- Radiografias de: ombro, braço, cotovelo, antebraço, punho e mão esquerda.
- Ultrassonografia de abdome (FAST).

### **MÉDICOS ASSISTENTES:**

Dr. Ramon R. de Oliveira  
Dr. Danilo M. Medeiros Sá  
Dr. Marcelo Amaral  
Dr. Bruno W. M. Guedes

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

ARACAJU, 31 de Outubro de 2019

Isac Souza de Mendonça  
CRM/SE 1612  
CRMF/SE 1612

Isac Souza de Mendonça  
CRM/SE 1612  
CRMF/SE 1612

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO / SAME / HUSE

*Isac Souza de Mendonça*

## RELATÓRIO REFERENTE À OCORRÊNCIA

**NÚMERO: 1910190995 / ESUS - SAMU**

e - DOC 020000.27954/2019-9

O SAMU 192 SERGIPE foi acionado às 19h26min do dia 19 de Outubro de 2019, para atendimento de vítima identificada como Adriana Evaristo Santos com relato de atropelamento por moto, no município de Itaporanga D'Ajuda.

A equipe da Unidade de Suporte Básica - Itaporanga realizou atendimento no local, e em seguida removeu para o Hospital de Urgência de Sergipe-HUSE município de Aracaju, onde deixou o paciente aos cuidados da equipe.

Aracaju, 12 de Dezembro de 2019

Zildete Cibele G. A. Sabino

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE

*19/12/19*  
Zildete Cibele G. A. Sabino  
Coordenadora Médica  
SAMU 192 - Sergipe  
CRM-SE 5698



Nome do Paciente: Adriano Gonçalves Santos

### **Idade:**

Sexo:

**Unidade de Produção:**

Leitp-

Nº do Pormenor:

2010/19

## # China; a Guid #

160

Se acha, radiografia de que se pide,  
sin alteraciones. Edad: Niño, 1 año de  
inteligencia mental. DBD

(D: ① Alto de Bravura Gato)

1010  
see

Étendu si interconnecté

En. Gls 15

1860-61

17 defects

## 5) Clinical signs

CD Alfa de NCR  
(Hospitales)

DRAFT: 2011-01-11

100

Nome do Paciente: Adriano G. Nolito Sente Idade: 1 Sexo: M  
Unidade de Produção: Leito Nº do Prontuário:

09/10/19

# Entrada Geral #

6:00

Re visto. Pedi exame de queixa: tosse  
sem alterações. Alívio. Náusea. P. náusea de  
intensão moderada. DB.

CD: ① Alta de Emergência Geral

*Entrada Geral*  
*Alívio*  
*CRM-SE 001*  
*09/10/19*

10/10  
Ner

Estável sem intercorrências

EN ges 13

Isotriptan

17 defus

51 cianocloro

② Alta de ner  
(Hospitalar)

*Dr. E. ...*

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

NO. DO BE: 84058

DATA: 18/11/2019 HORA: 06:09 USUARIO: AFSANTOS  
CNS: SETOR: 05-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE			
NOME	ADRIANA EVARISTO SANTOS	DOC...	3004058-
IDADE	40 ANOS	SEXO...	FEMININO
ENDERECHO	POVOADO NO CEGO	NUMERO:	098
COMPLEMENTO	707409041325873	BAIRRO:	ZONA RURAL
MUNICIPIO	ITAPORANGA D'AJUDA	UF:	SE
NO ME PAI/MAE	NAO CONSTA	CEP...	49120-000
RESPONSAVEL	A MESMA	/MARIA JOSE	EVARISTO SANTOS
PROCEDENCIA	ITAPORANGA D'AJUDA-SE	TEL...	79-99691-567
ATENDIMENTO	REVISAO		
CASO POLICIAL	NAO	PLANO DE SAUDE	....: NAO
ACID. TRABALHO	NAO	VEIO DE AMBULANCIA	: NAO
PA:	[ X ] mmHg	PULSO:	[ ]
TEMP.:	[ ]	PESO:	[ ]

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :  
 ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA  
 [ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
 INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): \_\_\_\_\_

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

## FICHA DE ATENDIMENTO

REGISTRO DE ATENDIMENTO / CLASSIFICAÇÃO DE RISCO / SISTEMA DE MANCHETE

NOME DO PACIENTE (Sem abreviações):

REGISTRO

IDADE:

ETNIA:

DATA:

DATA DE NASCIMENTO

NOME DA MÃE

HORA:

SITUAÇÃO / QUEIXA:

FLUXOGRAMA:

DISCRIMINADOR:

ALERGIAS (MEDICAMENTOS E ALIMENTOS):

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

		AMARELO	VERMELHO	VERDE
OBSERVAÇÃO:	MUITO URGENTE	URGENTE	POUCO URGENTE	NAO URGENTE
	10 MIN	60 MIN	120 MIN	240 MIN

DESTINO / ENCAMINHAMENTO:

ENF.:

COREN:

ASSINATURA:

COORDENADOR:

DATA:

HORA:

RECLASIFICAÇÃO PARA A PRIORIDADE:

ENF.:

COREN:

DISCRIMINADOR  
as \_\_\_\_ h \_\_\_\_ min.

CONFIRMADA IDENTIFICAÇÃO COM O PACIENTE / FAE / PULSEIRA? (S/N)

COLOCADA PULSEIRA? (S/N)

EM QUAL MEMBRO? (PULSO E / PULSO D / TORNOZELO E / TORNOZELO D)

## RELATÓRIO MÉDICO

**NOME DO PACIENTE:** Adriana Evaristo Santos  
**DATA DA ENTRADA:** 19/10/2019  
**DATA DA SAÍDA:** 20/10/2019

**Em atenção a solicitação da Delegacia de Polícia de Itaporanga D'Ajuda-SE**  
**Ofício nº 425/2019**

**Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário, sem ter contato profissional com o paciente, isto é, a responsabilidade do atendimento cabe aos médicos que o assistiram.**

### **HISTÓRICO CLÍNICO:**

Paciente 40 anos, do sexo feminino, vítima de atropelamento por motocicleta, apresentando ferimento contuso em região frontal. Foi submetida a exames complementares e avaliação médica nas especialidades de: neurocirurgia, cirurgia geral e CBMF. Foi realizada sutura do ferimento em região frontal tendo alta hospitalar em 20/10/2019.

### **HISTÓRICO CIRÚRGICO:**

Sutura do ferimento em região frontal.

### **EXAMES COMPLEMENTARES:**

Tomografias de: crânio, coluna total.

Radiografias de: ombro, braço, cotovelo, antebraço, punho e mão esquerda.

Ultrassonografia de abdome (FAST).

### **MÉDICOS ASSISTENTES:**

Dr. Ramon R. de Oliveira  
Dr. Danilo M. Medeiros Sá  
Dr. Marcelo Amaral  
Dr. Bruno W. M. Guedes

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

ARACAJU, 31 de Outubro de 2019

Izac Souza de Mendonça  
CPF: 201.981.925-01  
Médico  
CRM/SE 1518

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO / SAME / NUSE

Izac Souza de Mendonça  
CPF: 201.981.925-01  
Médico  
CRM/SE 1518

NB/1

REGISTRO GERAL 3.004.058-2

DATA DE EXPEDIÇÃO



NOME: ADRIANA EVARISTO SANTOS

FILIAÇÃO:

MARIA JOSE EVARISTO SANTOS

NACIONALIDADE:

ITAPORANGA D AJUDA-SE

DATA DE NASCIMENTO:

01/08/1979

DOC ORIGEM:

CT. NASCIMENTO NR 4738 LV 406 MC 2929

CNPJ: CART.2 OF.DIST.COM. ITAPORANGA D AJUDA/SE

003.896.015-00

PIS: 12674149762

FIRMA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CARTERA DE IDENTIDADE