

# 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: 000000001806-6

---

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
Total da Análise Atual			<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 ODONTOLÓGICOS 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 ODONTOLÓGICO 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
Total da Análise Atual	<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

---

**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

---

**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: 003.896.015-00 3 - CPF da vítima: 003.896.015-00 4 - Nome completo da vítima: Adriano Evaristo 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 Evaristo Santos 6 - CPF: 003.896.015-00  
7 - Profissão: Desempregado 8 - Endereço: Rua Santa Tereza 9 - Número: 98 10 - Complemento:  
11 - Bairro: 12 - Cidade: Itaporanga D'Azuda 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49120-000  
15 - E-mail: thallyta.souza267@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 79-998734314

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:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4325 013 CONTA: 0001806 6  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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 da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vol nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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 a pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Itaporanga D'Azuda/SE, 27/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
POLÍCIA 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 Ricardo

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 NÓ CEGO

Bairro: Centro

CEP: 49.120-000

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ADRIANA EVARISTO SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: SE - Itaporanga

Sexo: Feminino

Nasc: 01/08/1975

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 NÓ CEGO, RUA SANTA TEREZA

Nº: 98

CEP: 49.120-000

Telefone: (79) 99947-3762 (Celular)

Nome Civil: LEVI (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

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 surpreendida por uma pancada muito forte provocada por uma motocicleta; Que a noticiante não sabe de qual direção o



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

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

Antônio Manoel Barreto Costa Bonfim  
Agente de Polícia  
Matrícula 2559  
Responsável pelo Atendimento

**Adriana Evaristo Santos**  
(Comunicação / Vídeo)

"Declaro que os dados falsos de direito que sou o(a) [pessoa] responsável pelas informações acima assinadas e deixo que poderei responder civil e criminalmente por presente declaração que se enquadra conforme previsto nos Artigos 338-Denúncia e Calúnia e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

**Presença de Maria Rute de Aguiar dos Anjos de Aguiar J.A. Aguiar**  
 Cópia do Livro de Registro de Nascimento de Maria Rute de Aguiar J.A. Aguiar  
 Cópia que a presente cópia é a reprodução fiel do original  
 que me foi apresentado, no qual autenticado  
 Em 28/05/2020 Válido somente com o selo nº  
 202029558006253  
 escaneie: [www.tjse.jus.br/xjxqpk](http://www.tjse.jus.br/xjxqpk) GIRE DE  
 HORA SANTOS - ESCRIVENTE



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

0789840410114	HEMOGAZE 7,5CMX7,5CM				
12.000 UN	X 1.20				14.40
07891809202199	FITA MICROPOROSA				
1.000 UN	X 20.90				20.90
07896902212152	SORO FISIOLÓGICO 100ML FARMAX				
2.000 UN	X 2.50				5.00
07891058001155	NOVALGINA 16 CX 10 COMP				
1.000 UN	X 15.44				15.44
07896525206110	CIMELIDR 100MG CX 12 COMP				
1.000 UN	X 7.00				7.00

Qtd. Total de Itens	5
Valor Total R\$	65.74
FORÇA PAGAMENTO	Valor Pago
Dinheiro	65.74

EMISSION 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 5500 0205 6500  
1000 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: 15.042.385/0002-08 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

07896070601765	PROFENID ENTERICO 100MG CX 20 C				
OMP 1.000 UN	X 53.06				53.06
07896472502776	SUPROVIL 500MG CX 30 COMP				
1.000 UN	X 23.90				23.90
07891317414231	LEVOFLOXACINO 500MG CX 10 COMP				
1.000 UN	X 118.58				118.58
07896641804158	HEBACETIN POM 8G 15G				
1.000 UN	X 15.94				15.94
07896656005054	MISULID 100MG CX 12 COMP DISPER				
STVEL 1.000 UN	X 48.22				48.22
07898133134764	RIFOTRAT SPRAY 30ML				
1.000 UN	X 21.60				21.60

Qtd. Total de Itens	6
Valor Total R\$	281.30
FORÇA PAGAMENTO	Valor Pago
Dinheiro	281.30

EMISSION NORMAL

Número: 003433 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 5500 0205 6500  
1000 0034 3210 0004 4302

CONSUMIDOR

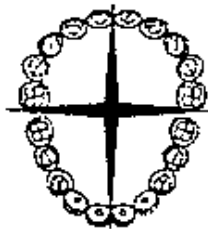
Consumidor não identificado

Consulta via leitor de QR Code

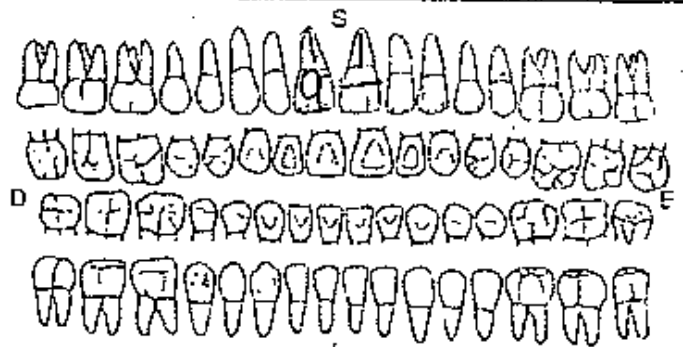


Protocolo de autorização: 326190155775151  
06/12/2019 10:22:40





## RADIOGRAFIAS

8765432112345678  
8765432112345678

## ORÇAMENTO

(Válido por \_\_\_\_\_ dias)

Dias de tratamento: 2º ☐ 3º ☐ 4º ☐ 5º ☐ 6º ☐ Sáb. ☐  
Horário \_\_\_\_\_Ilmo(a) Sr. (a) Adriano Evarista Santos

Endereço \_\_\_\_\_

## SERVIÇO A EXECUTAR

IMPORTÂNCIA  
R\$

02 trat. endod. - trat. abscesso de drenagem 2.1 + J.1	700,00
02 Cloroxameto	160,00
02 Rad. fotop. c/comp. de alongulo 2.1 + Rad. Eletima	
Rad. fotop. c/comp. de alongulo e eletima 2.1	2100,00
	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 09/12/2019  
[Assinatura]  
Cirurgião Dentista

## PLANO DE PAGAMENTOS

Autorização do Paciente pelos trabalhos a serem executados

Não vale como recibo

P-01

FARMACIA HORAES LTDA  
FARMACIA HORAES LTDAPRACA JACKSON FIGUEIREDO, 22, CENTRO, ITAPORAN  
GA O' ALUNA SE, CEP: 49.120-000  
CNPJ: 15.042.885/0002-08 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

07896015520311 CLAVULIN 500MG CX 21 CNP

1.000 UN X 143,86

Qtd. Total de Itens 143,86

Valor Total R\$ 129,47

Valor Descontos R\$ 14,28

Porém Pagamento 129,47

Oficinal

EMISSÃO NORMAL

Número: 003430 Série: 001

Data de emissão: 09/12/2019 14:13:00

Consulta pela Chave de Acesso em

www.sefaz.sp.gov.br/nfce/consulta

CHAVE DE ACESSO

2819 1215 0423 8500 0203 6500

1000 0034 3030 0004 4246

Consumidor não identificado

Consumidor

Consulta via leitor de QR Code

Protocolo de autorização: 328190155419378

05/12/2019 15:27:55



## 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 corto-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: 201.951.925-91  
Médico  
CRM / SE 1512

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO / SAME/ HUSE

Izac Souza de Mendonça  
CPF: 201.951.925-91  
Médico  
CRM / SE 1512

*Handwritten signature*

**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**

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

No. DO BE: 70052  
CNS:

DATA: 19/10/2019 HORA: 22:46 USUARIO: WSANTOS  
SETOR: 06-SUTURA

Oficio n° 0425/2019

NOME : ADRIANA IDENTIFICACAO DO PACIENTE

DOC...: 300405

IDADE.....: 40 ANOS NASC: 01/08/1979  
ENDERECO.....: POVOADO NO CEGO/RUA SANTA TEREZA  
COMPLEMENTO...: 707409041325873 BAIRRO: ZONA RURAL  
MUNICIPIO.....: ITAPORANGA D. AJUDA  
NOME PAI/MAE...: NOME PAI/MAE UF: -

SEXO.: FEMINI.  
NUMERO: 098

NOME PAI/MAE... : ITAPORANGA D. AJUDA  
RESPONSAVEL... : NAO CONSTA  
PROCEDENCIA... : ADRIELE-FILHA/TRAZ.PELO SAMU  
ATENDIMENTO... : ITAPORANGA D- AJUDA-SE

UF: SE CEP...: 49120-4  
/MARIA JOSE EVARISTO SANTOS  
TEL...: 79-9969  
567

ATENDIMENTO...: VITIMA DE ATROPELAMENTO  
CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO  
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

TRAUMA: NAO

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

EXAMES COMPLEMENTARES: ☐ RAIO X ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ TC  
☐ LIQUOR ☐ ECG ☐ ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

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

Paciente vítima de atropelamento por motocicleta. Vem por ferimentos múltiplos.  
Nascer oligos, porém perde da consciência após alguns minutos. Nascer ingesto de  
alimento. D. ok BOK O ok. P Glasgow IX. pupilas isocóricas. C 76 em  
ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM: pressão arterial + cervicalgia + dor no abdômen esquerdo  
pulso: não regular; Abdomen muito doloroso à palpação profunda. PB negativado  
DIAGNOSTICO: fratura exposta e profusa

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACA

10 Av. para MCR

② Rx de coluna cervical (perf.) + Rx de tórax (AP) + Rx de pulmões (AP) + Rx de ombros (L e R) + braço e cotovelo (L e R) + punho, quarto e nádo U

③ Au. pelvi (Bia F.

DATA DA SAIDA:            /        /        ⑤ PA 37  
ALTA: [ ] DECISAO MEDICA     [ ] A PEDIDO  
[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

HORA DA SÁBIA: ☒ DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):  
OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS

☐ FAMILIA ☐ IML ☐ ANAT. PATO

Adrielle Santos Goulart  
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

\*RABT# 13-10-28

☐ F. FISICA    ☐ IML    ☐ ANAT.

---

NATURA E CARIMBO DO MEDICO

- *Urosalpinx* not seen
- *Suricata* at length but no seen

EXAME DE RADIOLOGIA - HUSE  
REALIZADO EM \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
AS \_\_\_\_ HORAS

**TÉCNICO EM RADIOLOGIA**

Dr. E. J. ...

# EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE

PRONTO SOCORRO ADULTO

Página

Nome do Paciente: Adriano G. Costa Seate

Idade:

Sexo:

Unidade de Produção:

Leito:

Nº do Prontuário:

20/10/19

4:00

# Prontuário Geral #

Recebeu atendimento de urgência: trata-  
rem alterações de estado mental e sinais de  
instabilidade hemodinâmica. DBE

CD: @ Alta do Prontuário Geral

Dr. João Silva Santos  
Médico  
CRM - SE 3657  
RPM 34.318/2

20/10  
Ner

Estável SI intercorrente

EN Gls 15

Isotônica  
17 deflet  
SI curvatura

@ Alta da 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 NASC: 01/08/1979 SEXO...: FEMININO  
ENDERECO.....: POVOADO NO CEGO NUMERO: 098  
COMPLEMENTO...: 707409041325873 BAIRRO: ZONA RURAL  
MUNICIPIO.....: ITAPORANGA D'AJUDA UF: SE CEP...: 49120-000  
NOME PAI/MAE...: NAO CONSTA /MARIA JOSE EVARISTO SANTOS  
RESPONSAVEL...: A MESMA TEL...: 79-99691.  
PROCEDENCIA...: ITAPORANGA D'AJUDA-SE 567  
ATENDIMENTO...: REVISAO  
CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: 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

**HUSE**

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

Fun  
Hos  
de**FICHA DE ATENDIMENTO****CLASSIFICACAO DE RISCO - SISTEMA DE MANCHES**

NOME DO PACIENTE (Sem abreviações):

REGISTRO:

IDADE:

ETNIA:

DATA:

DATA DE NASCIMENTO

NOME DA MÃE

HORA:

SITUAÇÃO / QUEIXA:

FLUXOGRAMA:

DISCRIMINADOR:

ALÉRGIAS (MEDICAMENTOS E ALIMENTOS):

CLASSIFICACAO DE RISCO

	VERMELHO	LARANJA	AMARELO	VERDE
	MUITO URGENTE	URGENTE	POUCO URGENTE	NÃO URG
O MIN	10 MIN	60 MIN	120 MIN	240 MIN

OBSERVAÇÃO:

DESTINO / ENCAMINHAMENTO:

ENF.:

COREN:

ASSINATURA:

COORDENADOR:

DATA:

HORA:

RECLASSIFICAÇÃO PARA A PRIORIDADE:

DISCRIMINADOR

ENF.:

COREN:

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)

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO  
Av. Tancredo Neves, S/N - Bairro Capucho, CEP 49080-470. Aracaju - Sergipe. Tel 3216-2600



## 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 corto-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 - 87  
Médico  
CRM / SE 15110

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO / SAME / HUSE

Izac Souza de Mendonça  
CPF: 201.981.925 - 87  
Médico  
CRM / SE 15110

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



*Adriana Evaristo Santos*

CARTERA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.004.058-2 2.VIA DATA DE 27/03/2015  
EXPIRAÇÃO

NOME

ADRIANA EVARISTO SANTOS

RELACÃO

MARIA JOSE EVARISTO SANTOS

NATURALIDADE

ITAPORANGA D AJUDA-SE

DATA DE NASCIMENTO

01/08/1979

DOC ORIGEM

CT. NASCIMENTO NR 4738 LV 406 PL 2979

CPF

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

003.896.015-00

PIS 12674149762 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 28/06/83