

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: 12/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSIVALDO MOTA DA SILVA

BANCO: 047

AGÊNCIA: 00018

CONTA: 000001037146-2

Nr. da Autenticação B7D6E5AD18555729

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190086038 **Cidade:** Nossa Senhora das Dores **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSIVALDO MOTA DA SILVA **Data do acidente:** 19/10/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MAXILAR DIREITO.
FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.
FRATURA DE COTOVELO DIREITO (TRIÁDE TERRÍVEL).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (RESSECÇÃO PARCIAL DA CABEÇA DO RÁDIO), DEMAIS CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DE COTOVELO DIREITO.

Documentos

complementares:

Observações:

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 completa da mobilidade de um dos cotovelos | 25 % | Em grau intenso - 75 % | 18,75% | R\$ 2.531,25 |
| Total | | | 18,75 % | R\$ 2.531,25 |

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190086038

Vítima: ROSIVALDO MOTA DA SILVA

Data do Acidente: 19/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROSIVALDO MOTA DA SILVA

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

| | |
|------------------|--------------|
| Multa: | R\$ 0,00 |
| Juros: | R\$ 0,00 |
| Total creditado: | R\$ 2.531,25 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **ROSIVALDO MOTA DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **047**

Agência: **000000018**

Conta: **000001037146-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: | Nome completo da vítima: |
| | 054.978.795-00 | Reinaldo Costa da Silva |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 | | |
| Nome completo: | CPF: | |
| Reinaldo Costa da Silva | 054.978.795-00 | |
| Profissão: | Endereço: | Número: |
| Desempregado | Rua José Figueiredo Barreto | SLP |
| Bairro: | Cidade: | CEP: |
| Centro | Nossa Senhora das Dores | 43600-000 |
| E-mail: | Estado: | Tel. (DDD): |
| marcosdegloria@gmail.com | SE | 79-999 |

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO 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

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | <input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | Nome do BANCO: <u>Paraná</u> |
| AGÊNCIA: <input type="text"/> <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> <input type="text"/> | AGÊNCIA: <u>018</u> <input type="text"/> CONTA: <u>01037146</u> <u>2</u> |
| (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: | <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | Data do óbito da vítima: |
| Grau de Parentesco com a vítima: | Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: |
| Vítima teve filhos? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Se tinha filhos, informar quantos: |
| | Vivos: <input type="text"/> Falecidos: <input type="text"/> | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? |
| | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Vítima deixou pais/avós vivos? |
| | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |

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

| | | |
|--|--|--------------------|
| Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado | Local e Data: <u>Nossa Senhora da Boa Fé; 12.01.19</u> | TESTEMUNHAS |
| | Nome: _____ | 1ª Nome: _____ |
| | CPF: _____ | CPF: _____ |
| | | Assinatura _____ |
| | (*) Assinatura de quem assina A ROGO | 2ª Nome: _____ |
| | Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) | 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.



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE NOSSA SENHORA DAS DORES - AISP - NOSSA
SENHORA DAS DORES - SE

31 JAN 2019

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 001308/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/01/2019 11:17 Data/Hora Fim: 04/01/2019 11:40
Delegado de Polícia: Marcos José Garcia da Rocha

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Delegacia Regional de Nossa Senhora Das Dores - Aisp
Data/Hora do Fato: 19/10/2018 22:30

Local do Fato

Município: Nossa Senhora das Dores (SE)
Logradouro: Rodovia SE que liga Dores a Capela

Bairro: Outro

CEP: 49.600-000

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza | Meio(s) Empregado(s) |
|---|----------------------|
| 1095: Auto lesão - Acidente de trânsito | Não Houve |

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ROSIVALDO MOTA DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Aracaju Sexo: Masculino Nasc: 10/09/1992
Profissão: Técnico Agrícola Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Neuza Mota da Silva Nome do Pai: Roberto Cardoso da Silva
Em Serviço: Sim

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 054.978.795-00

Endereço

Município: Nossa Senhora das Dores - SE
Logradouro: Rua José Figueiredo Barreto
Bairro: centro
Telefone: (79) 99914-7809 (Celular)

Nº: 373

CEP: 49.600-000

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

| | |
|---|---|
| Grupo Veículo | Subgrupo Motocicleta/Motoneta |
| CPF/CNPJ do Proprietário 054.978.805-09 | Placa QMC8480 |
| Renavam 01136353701 | Número do Motor KD08E1H445857 |
| Número do Chassi 9C2KD0810HR445855 | Ano/Modelo Fabricação 2017/2017 |
| Cor Vermelha | Município Veículo Nossa Senhora das Dores |
| Marca/Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD | Veículo Adulterado? Não |
| Quantidade 1 Unidade | Situação Envolvido |

| Nome Envolvido | Envolvimentos |
|-------------------------|---------------|
| Rosivaldo Mota da Silva | Possuidor |



Delegado de Polícia Civil: Marcos José Garcia da Rocha
Impresso por: Rodrigo Guimarães Pereira
Data de Impressão: 04/01/2019 11:41
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

31 JAN 2019

2105 MAL 7 E

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 001308/2019

RELATO/HISTÓRICO

Relata que vinha da Usina Campo Lindo para esta cidade, quando o pneu da moto derrapou em uma cana que estava na pista, perdeu o controle do veículo, vindo a cair; Que foi socorrido e encaminhado a Clínica da Família desta cidade, onde teve os primeiros socorros e por volta das 04:30h hora do dia seguinte foi encaminhado ao Hospital João Alves Filho (HUSE) em Aracaju, conforme Relatório Médico apresentado nesta Delegacia.

ASSINATURAS

Rodrigo Guimarães Pereira
Responsável pelo Atendimento

Rosivaldo Mota da Silva
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) (assinante) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Falsa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu João Marcos de O. Rosa

inscrito (a) no CPF/CNPJ 020.003.673, 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Rosivaldo Jato da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.978.795, 00

do sinistro de DPVAT cobertura unvalidez da Vítima Rosivaldo Jato da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.978.795, 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| | | | |
|--|----------------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| Endereço: <u>Rua dos Silves</u> | | Número: <u>217</u> | Complemento: <u>casarão</u> |
| Bairro: <u>Barreira</u> | Cidade: <u>N. Gra. da Glória</u> | Estado: <u>SC</u> | CEP: <u>89.680-000</u> |
| E-mail: <u>marcosdufaria@gmail.com</u> | | | Telefone (DDD): <u>49 9918 9207</u> |

Local e Data: N. Gra. da Glória 17.01.19

João Marcos de Oliveira Rosa

Assinatura do Declarante

31 JAN 2019

Declaração do Proprietário do Veículo


Eu, Rosivaldo nota da Silva,
RG nº 2585842-4, data de expedição 03/11/2008
Órgão SSP/SE, portador do CPF nº 054.978.805-09, com
domicílio na cidade de NOSSA SRA DAS DORES, no Estado de
SERGIPE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua José Figueiredo Barreto, nº 373,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Rosivaldo nota da Silva, cujo o condutor era
Rosivaldo nota da Silva.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA BROS 160
Ano: 2017
Placa: QMC-8480
Chassi: 9C2KD08104R445855
Data do Acidente: 19/10/2018
Local e Data: PORES / 19 DE OUTUBRO 2018

X Rosivaldo nota da Silva
Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

 **CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE NOTAS** | Letra Máscara Corvello de Nascimento - TABELIA
NOSSA SENHORA DAS DORES - SE | Caroline Jorge Rodrigues Sobral - SUBSTITUTA
Conheço por Autenticidade a firma de ROSIVALDO
NOTA DA SILVA em 15/01/2019 13:41:16 e dou fé.
Em testemunho da verdade, ESCRIVENTE
ALESSANDRA SANTOS DE LIMA ANDRADE Emol. R\$ 6,98.
FERD R\$ 1,40, Total R\$ 8,38 Selo:
201929560000641, Site: www.tjse.jus.br/x/3TCKM

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
Alessandra Santos de Lima Andra
Escrivente

NOME DO PACIENTE: ROSIVALDO MOTA DA SILVADATA DA ENTRADA: 20/10/2018DATA DA SAÍDA: 1/1/

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.

INTERNAMENTO: PS () ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, APRESENTANDO FRATURA EM CLAVÍCULA DIREITA, FRATURA DE COTOVELO DIREITO, FRATURA DO SEIO MAXILAR DIREITO ESTA COM INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CONSERVADOR, AS DEMAIS FRATURAS TRATADAS COM TALA GESSADA, TENDO SUA TRANSFERÊNCIA PARA F.B.H.C PARA CONTINUIDADE DO TRATAMENTO EM 23.10.2018

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

NÃO OCORRU NESTE

EXAMES COMPLEMENTARES:

TOXICOLOGIA DE URINA, RADIOGRAFIAS, HEMOGRAMA

MÉDICOS ASSISTENTES:

DR. AMANDA OLIVEIRA

DR. PATRÍCIA GALVÃO

DR. RONALDO ROBERTO

DR. FRANCIS LIMA DE VASCONCELOS

DR. WASHINGTON BATISTA

DR. ARTURIO FRANCO GARCIA

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

ARACAJU, 03 de DEZEMBRO de 2018

Izac Souza de Mendonça
CPF: 201.951.925 - 91
Médico
CRM / SE 1518

Izac Souza de Mendonça
MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

Izac Souza de Mendonça
CPF: 201.951.925 - 91
Médico
CRM / SE 1518

31 JAN 2019

Neurologia
D. Augusto

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1801077
CNS:

DATA: 20/10/2018
SETOR: 06-SUTURA

HORA: 04:52
USUARIO: CSSOUZA

PS-Adm
Paturado

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ROSIVALDO MOTA DA SILVA
IDADE.....: 26 ANOS NASC: 10/09/1992
ENDERECO.....: RUA JOSE FIGUEREDO BARRETO
COMPLEMENTO....: 706305774526179 BAIRRO: CENTRO
MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA DAS DORES
NOME PAI/MAE...: ROBERTO CARDOSO DA SILVA UF: SE CEP....: -
RESPONSAVEL....: O PROPRIO /NEUZA MOTA DA SILVA
PROCEDENCIA....: NOSSA SENHORA DAS DORES TEL....: 998081322
ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO TRAUMA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS:

Paciente vítima de acidente de moto, após síncope, ingere náusea e vômito. A - sem alterações, B - dor em abd, C, D - sem alterações, E - sem alterações, F - dor em abd, G - dor em abd, H - dor em abd, I - dor em abd, J - dor em abd, K - dor em abd, L - dor em abd, M - dor em abd, N - dor em abd, O - dor em abd, P - dor em abd, Q - dor em abd, R - dor em abd, S - dor em abd, T - dor em abd, U - dor em abd, V - dor em abd, W - dor em abd, X - dor em abd, Y - dor em abd, Z - dor em abd, AA - dor em abd, AB - dor em abd, AC - dor em abd, AD - dor em abd, AE - dor em abd, AF - dor em abd, AG - dor em abd, AH - dor em abd, AI - dor em abd, AJ - dor em abd, AK - dor em abd, AL - dor em abd, AM - dor em abd, AN - dor em abd, AO - dor em abd, AP - dor em abd, AQ - dor em abd, AR - dor em abd, AS - dor em abd, AT - dor em abd, AU - dor em abd, AV - dor em abd, AW - dor em abd, AX - dor em abd, AY - dor em abd, AZ - dor em abd, BA - dor em abd, BB - dor em abd, BC - dor em abd, BD - dor em abd, BE - dor em abd, BF - dor em abd, BG - dor em abd, BH - dor em abd, BI - dor em abd, BJ - dor em abd, BK - dor em abd, BL - dor em abd, BM - dor em abd, BN - dor em abd, BO - dor em abd, BP - dor em abd, BQ - dor em abd, BR - dor em abd, BS - dor em abd, BT - dor em abd, BU - dor em abd, BV - dor em abd, BW - dor em abd, BX - dor em abd, BY - dor em abd, BZ - dor em abd, CA - dor em abd, CB - dor em abd, CC - dor em abd, CD - dor em abd, CE - dor em abd, CF - dor em abd, CG - dor em abd, CH - dor em abd, CI - dor em abd, CJ - dor em abd, CK - dor em abd, CL - dor em abd, CM - dor em abd, CN - dor em abd, CO - dor em abd, CP - dor em abd, CQ - dor em abd, CR - dor em abd, CS - dor em abd, CT - dor em abd, CU - dor em abd, CV - dor em abd, CW - dor em abd, CX - dor em abd, CY - dor em abd, CZ - dor em abd, DA - dor em abd, DB - dor em abd, DC - dor em abd, DD - dor em abd, DE - dor em abd, DF - dor em abd, DG - dor em abd, DH - dor em abd, DI - dor em abd, DJ - dor em abd, DK - dor em abd, DL - dor em abd, DM - dor em abd, DN - dor em abd, DO - dor em abd, DP - dor em abd, DQ - dor em abd, DR - dor em abd, DS - dor em abd, DT - dor em abd, DU - dor em abd, DV - dor em abd, DW - dor em abd, DX - dor em abd, DY - dor em abd, DZ - dor em abd, EA - dor em abd, EB - dor em abd, EC - dor em abd, ED - dor em abd, EE - dor em abd, EF - dor em abd, EG - dor em abd, EH - dor em abd, EI - dor em abd, EJ - dor em abd, EK - dor em abd, EL - dor em abd, EM - dor em abd, EN - dor em abd, EO - dor em abd, EP - dor em abd, EQ - dor em abd, ER - dor em abd, ES - dor em abd, ET - dor em abd, EU - dor em abd, EV - dor em abd, EW - dor em abd, EX - dor em abd, EY - dor em abd, EZ - dor em abd, FA - dor em abd, FB - dor em abd, FC - dor em abd, FD - dor em abd, FE - dor em abd, FF - dor em abd, FG - dor em abd, FH - dor em abd, FI - dor em abd, FJ - dor em abd, FK - dor em abd, FL - dor em abd, FM - dor em abd, FN - dor em abd, FO - dor em abd, FP - dor em abd, FQ - dor em abd, FR - dor em abd, FS - dor em abd, FT - dor em abd, FU - dor em abd, FV - dor em abd, FW - dor em abd, FX - dor em abd, FY - dor em abd, FZ - dor em abd, GA - dor em abd, GB - dor em abd, GC - dor em abd, GD - dor em abd, GE - dor em abd, GF - dor em abd, GH - dor em abd, GI - dor em abd, GJ - dor em abd, GK - dor em abd, GL - dor em abd, GM - dor em abd, GN - dor em abd, GO - dor em abd, GP - dor em abd, GQ - dor em abd, GR - dor em abd, GS - dor em abd, GT - dor em abd, GU - dor em abd, GV - dor em abd, GW - dor em abd, GX - dor em abd, GY - dor em abd, GZ - dor em abd, HA - dor em abd, HB - dor em abd, HC - dor em abd, HD - dor em abd, HE - dor em abd, HF - dor em abd, HG - dor em abd, HH - dor em abd, HI - dor em abd, HJ - dor em abd, HK - dor em abd, HL - dor em abd, HM - dor em abd, HN - dor em abd, HO - dor em abd, HP - dor em abd, HQ - dor em abd, HR - dor em abd, HS - dor em abd, HT - dor em abd, HU - dor em abd, HV - dor em abd, HW - dor em abd, HX - dor em abd, HY - dor em abd, HZ - dor em abd, IA - dor em abd, IB - dor em abd, IC - dor em abd, ID - dor em abd, IE - dor em abd, IF - dor em abd, IG - dor em abd, IH - dor em abd, II - dor em abd, IJ - dor em abd, IK - dor em abd, IL - dor em abd, IM - dor em abd, IN - dor em abd, IO - dor em abd, IP - dor em abd, IQ - dor em abd, IR - dor em abd, IS - dor em abd, IT - dor em abd, IU - dor em abd, IV - dor em abd, IW - dor em abd, IX - dor em abd, IY - dor em abd, IZ - dor em abd, JA - dor em abd, JB - dor em abd, JC - dor em abd, JD - dor em abd, JE - dor em abd, JF - dor em abd, JG - dor em abd, JH - dor em abd, JI - dor em abd, JJ - dor em abd, JK - dor em abd, JL - dor em abd, JM - dor em abd, JN - dor em abd, JO - dor em abd, JP - dor em abd, JQ - dor em abd, JR - dor em abd, JS - dor em abd, JT - dor em abd, JU - dor em abd, JV - dor em abd, JW - dor em abd, JX - dor em abd, JY - dor em abd, JZ - dor em abd, KA - dor em abd, KB - dor em abd, KC - dor em abd, KD - dor em abd, KE - dor em abd, KF - dor em abd, KG - dor em abd, KH - dor em abd, KI - dor em abd, KJ - dor em abd, KK - dor em abd, KL - dor em abd, KM - dor em abd, KN - dor em abd, KO - dor em abd, KP - dor em abd, KQ - dor em abd, KR - dor em abd, KS - dor em abd, KT - dor em abd, KU - dor em abd, KV - dor em abd, KW - dor em abd, KX - dor em abd, KY - dor em abd, KZ - dor em abd, LA - dor em abd, LB - dor em abd, LC - dor em abd, LD - dor em abd, LE - dor em abd, LF - dor em abd, LG - dor em abd, LH - dor em abd, LI - dor em abd, LJ - dor em abd, LK - dor em abd, LL - dor em abd, LM - dor em abd, LN - dor em abd, LO - dor em abd, LP - dor em abd, LQ - dor em abd, LR - dor em abd, LS - dor em abd, LT - dor em abd, LU - dor em abd, LV - dor em abd, LW - dor em abd, LX - dor em abd, LY - dor em abd, LZ - dor em abd, MA - dor em abd, MB - dor em abd, MC - dor em abd, MD - dor em abd, ME - dor em abd, MF - dor em abd, MG - dor em abd, MH - dor em abd, MI - dor em abd, MJ - dor em abd, MK - dor em abd, ML - dor em abd, MM - dor em abd, MN - dor em abd, MO - dor em abd, MP - dor em abd, MQ - dor em abd, MR - dor em abd, MS - dor em abd, MT - dor em abd, MU - dor em abd, MV - dor em abd, MW - dor em abd, MX - dor em abd, MY - dor em abd, MZ - dor em abd, NA - dor em abd, NB - dor em abd, NC - dor em abd, ND - dor em abd, NE - dor em abd, NF - dor em abd, NG - dor em abd, NH - dor em abd, NI - dor em abd, NJ - dor em abd, NK - dor em abd, NL - dor em abd, NM - dor em abd, NN - dor em abd, NO - dor em abd, NP - dor em abd, NQ - dor em abd, NR - dor em abd, NS - dor em abd, NT - dor em abd, NU - dor em abd, NV - dor em abd, NW - dor em abd, NX - dor em abd, NY - dor em abd, NZ - dor em abd, OA - dor em abd, OB - dor em abd, OC - dor em abd, OD - dor em abd, OE - dor em abd, OF - dor em abd, OG - dor em abd, OH - dor em abd, OI - dor em abd, OJ - dor em abd, OK - dor em abd, OL - dor em abd, OM - dor em abd, ON - dor em abd, OO - dor em abd, OP - dor em abd, OQ - dor em abd, OR - dor em abd, OS - dor em abd, OT - dor em abd, OU - dor em abd, OV - dor em abd, OW - dor em abd, OX - dor em abd, OY - dor em abd, OZ - dor em abd, PA - dor em abd, PB - dor em abd, PC - dor em abd, PD - dor em abd, PE - dor em abd, PF - dor em abd, PG - dor em abd, PH - dor em abd, PI - dor em abd, PJ - dor em abd, PK - dor em abd, PL - dor em abd, PM - dor em abd, PN - dor em abd, PO - dor em abd, PP - dor em abd, PQ - dor em abd, PR - dor em abd, PS - dor em abd, PT - dor em abd, PU - dor em abd, PV - dor em abd, PW - dor em abd, PX - dor em abd, PY - dor em abd, PZ - dor em abd, QA - dor em abd, QB - dor em abd, QC - dor em abd, QD - dor em abd, QE - dor em abd, QF - dor em abd, QG - dor em abd, QH - dor em abd, QI - dor em abd, QJ - dor em abd, QK - dor em abd, QL - dor em abd, QM - dor em abd, QN - dor em abd, QO - dor em abd, QP - dor em abd, QQ - dor em abd, QR - dor em abd, QS - dor em abd, QT - dor em abd, QU - dor em abd, QV - dor em abd, QW - dor em abd, QX - dor em abd, QY - dor em abd, QZ - dor em abd, RA - dor em abd, RB - dor em abd, RC - dor em abd, RD - dor em abd, RE - dor em abd, RF - dor em abd, RG - dor em abd, RH - dor em abd, RI - dor em abd, RJ - dor em abd, RK - dor em abd, RL - dor em abd, RM - dor em abd, RN - dor em abd, RO - dor em abd, RP - dor em abd, RQ - dor em abd, RR - dor em abd, RS - dor em abd, RT - dor em abd, RU - dor em abd, RV - dor em abd, RW - dor em abd, RX - dor em abd, RY - dor em abd, RZ - dor em abd, SA - dor em abd, SB - dor em abd, SC - dor em abd, SD - dor em abd, SE - dor em abd, SF - dor em abd, SG - dor em abd, SH - dor em abd, SI - dor em abd, SJ - dor em abd, SK - dor em abd, SL - dor em abd, SM - dor em abd, SN - dor em abd, SO - dor em abd, SP - dor em abd, SQ - dor em abd, SR - dor em abd, SS - dor em abd, ST - dor em abd, SU - dor em abd, SV - dor em abd, SW - dor em abd, SX - dor em abd, SY - dor em abd, SZ - dor em abd, TA - dor em abd, TB - dor em abd, TC - dor em abd, TD - dor em abd, TE - dor em abd, TF - dor em abd, TG - dor em abd, TH - dor em abd, TI - dor em abd, TJ - dor em abd, TK - dor em abd, TL - dor em abd, TM - dor em abd, TN - dor em abd, TO - dor em abd, TP - dor em abd, TQ - dor em abd, TR - dor em abd, TS - dor em abd, TU - dor em abd, TV - dor em abd, TW - dor em abd, TX - dor em abd, TY - dor em abd, TZ - dor em abd, UA - dor em abd, UB - dor em abd, UC - dor em abd, UD - dor em abd, UE - dor em abd, UF - dor em abd, UG - dor em abd, UH - dor em abd, UI - dor em abd, UJ - dor em abd, UK - dor em abd, UL - dor em abd, UM - dor em abd, UN - dor em abd, UO - dor em abd, UP - dor em abd, UQ - dor em abd, UR - dor em abd, US - dor em abd, UT - dor em abd, UU - dor em abd, UV - dor em abd, UW - dor em abd, UX - dor em abd, UY - dor em abd, UZ - dor em abd, VA - dor em abd, VB - dor em abd, VC - dor em abd, VD - dor em abd, VE - dor em abd, VF - dor em abd, VG - dor em abd, VH - dor em abd, VI - dor em abd, VJ - dor em abd, VK - dor em abd, VL - dor em abd, VM - dor em abd, VN - dor em abd, VO - dor em abd, VP - dor em abd, VQ - dor em abd, VR - dor em abd, VS - dor em abd, VT - dor em abd, VU - dor em abd, VV - dor em abd, VW - dor em abd, VX - dor em abd, VY - dor em abd, VZ - dor em abd, WA - dor em abd, WB - dor em abd, WC - dor em abd, WD - dor em abd, WE - dor em abd, WF - dor em abd, WG - dor em abd, WH - dor em abd, WI - dor em abd, WJ - dor em abd, WK - dor em abd, WL - dor em abd, WM - dor em abd, WN - dor em abd, WO - dor em abd, WP - dor em abd, WQ - dor em abd, WR - dor em abd, WS - dor em abd, WT - dor em abd, WU - dor em abd, WV - dor em abd, WW - dor em abd, WX - dor em abd, WY - dor em abd, WZ - dor em abd, XA - dor em abd, XB - dor em abd, XC - dor em abd, XD - dor em abd, XE - dor em abd, XF - dor em abd, XG - dor em abd, XH - dor em abd, XI - dor em abd, XJ - dor em abd, XK - dor em abd, XL - dor em abd, XM - dor em abd, XN - dor em abd, XO - dor em abd, XP - dor em abd, XQ - dor em abd, XR - dor em abd, XS - dor em abd, XT - dor em abd, XU - dor em abd, XV - dor em abd, XW - dor em abd, XX - dor em abd, XY - dor em abd, XZ - dor em abd, YA - dor em abd, YB - dor em abd, YC - dor em abd, YD - dor em abd, YE - dor em abd, YF - dor em abd, YG - dor em abd, YH - dor em abd, YI - dor em abd, YJ - dor em abd, YK - dor em abd, YL - dor em abd, YM - dor em abd, YN - dor em abd, YO - dor em abd, YP - dor em abd, YQ - dor em abd, YR - dor em abd, YS - dor em abd, YT - dor em abd, YU - dor em abd, YV - dor em abd, YW - dor em abd, YX - dor em abd, YY - dor em abd, YZ - dor em abd, ZA - dor em abd, ZB - dor em abd, ZC - dor em abd, ZD - dor em abd, ZE - dor em abd, ZF - dor em abd, ZG - dor em abd, ZH - dor em abd, ZI - dor em abd, ZJ - dor em abd, ZK - dor em abd, ZL - dor em abd, ZM - dor em abd, ZN - dor em abd, ZO - dor em abd, ZP - dor em abd, ZQ - dor em abd, ZR - dor em abd, ZS - dor em abd, ZT - dor em abd, ZU - dor em abd, ZV - dor em abd, ZW - dor em abd, ZX - dor em abd, ZY - dor em abd, ZZ - dor em abd

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

HUSE

TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA - PS

DIAGNOSTICO:

REGISTRO:

DATA:

HORARIO:

PRESCRIÇÃO

HUSE
TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA - PS

REGISTRO:

DATA:

HORARIO:

Técnico:

HORARIO DA MEDICACAO

Paciente da NCR, CBMF, ortopédia

Sol Rx de coluna D - Perfil. Sol Rx de torax AP

Realizar exame

Rx de coluna D Perfil

DATA DA SAIDA

ALTA:

ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNAÇÃO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO

ATE 48HS [] APOS 48HS

Técnico:

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. Paulo Cavalcanti
CRM 111.111/11111

MF. Ao exame clínico apresenta equimose periorbitária e
soluto TC de face.

Ortopedia

DIOS MAI 12

06:30

laureto com dor na clavícula e
no capitulo ①
dor + deformidade do esterne
fx - fx/Lx do capitulo
Terão de ser vistos

② Redução + tala giratória
+ tala de capitulo
+ tala de capitulo

Dr. Ronaldo Barreto
Ortopedia - Traumatologia
Rua - 14 de Abril, 1000
Fone - 3333-3333

PRADO NC:

laureto vítima de acidente
de moto sem capacete, e pulso
de consciência, off ventr.
ECA = 15. Nega cefaleia e
vômito.

Ex cranio e auscultações
pulmonares, frotas e tra hemorragias

Ex cranio normal

cd: Alter do NC

Ats an. do. do. ortoped

Dr. Antônio Carlos Silveira de Azevedo
Neurocirurgia
CRM-SE 2269

BMF

20/10/18

+ e: Prémio de pened de peso mocha ①. Tratamento conserv
ACTA BMF
A. M. T. J. S. de

Dr. Alexandre M.
Bucc-Ma
CRO 1432

GUIA DE TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

NOME DO PACIENTE: Rosivaldo Costa da Silva

SEXO: () FEMININO ☒ MASCULINO IDADE: 26 ESTADO CIVIL: _____

RESPONSÁVEL: _____

DESTINO DO PACIENTE: HUSE (Unidade Hospitalar de Urgência e Emergência)

DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

Paciente trazido pelos colegas de trabalho, após queda de moto há alguns minutos, sem uso de capacete. Não apresenta consciência, não responde a estímulos. Não apresenta hemorragias visíveis. Não apresenta sinais de vida. EF: NEG, ECG: 14; Pupila: 10mm, reage a luz, não reage a dor. FC: 86bpm, FR: 18ipm; SatO₂: 96% em ar ambiente; PA: 130x80. ACU: NCA e 21. d. nervos. AA: NCA e AA. d. n. a. Vis. acção nervosa, escarificação e corte e região mental de Calceos a 10 e distal alambico. Fratura interna e estomelo e pericel luxação de sinuso.

MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- 1) Protocolo de trauma, 2) HOU, 3) NL 1000 — e, IV; 4) Lavagem do membro e Calceos, 5) Vigilância vital, 6) SVD; (01:00h) 7) NL 500 e, 8) SVD.

Triade territorial estuário
Fx clavícula ①

PRONTO SOCORRO ADULTO

HUSE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Rosendo Neto da Silva

Idade: _____ Data: _____

DATA HORA
20/10 06:45

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

① Omeprazol

② SF 1000ml EV 0/8h

③ Dipirona 4ml EV 0/6h

④ Paracetamol 100mg EV 12/12h

⑤ Kefton 2g EV 8/8h

⑥ Real do Ortopedia - Enfermaria
após a TC.

⑦ ~~Omeprazol 120~~

Dr. Ronald Barreto

⑧ Omeprazol 40mg EV 1x/dia

Dr. Ronald Barreto

O.E.: M280030801

ESFERA: PRIVADO

APRESENTAÇÃO: 11/2018

Data Autorização: 23/10/2018

Num AIH: 281810016458-3

Situação: APURADA

Tipo: 01-INICIAL

Apresentação: 11/2018

Especialidade: 01 - CIRURGICO

Orgão Emissor: M280030801

CRC:

Doc autorizador: 190136126980000

Doc med resp: 206790614850009

Doc diretor clínico: 206790614650009

Doc médico solic: 980018000138321

CNS: 70830677452617-9

CNES: 0002283 - FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

Proteuário: 1057574

Doc: 25858416

Paciente: ROSIVALDO MOTA DA SILVA

Nacionalidade: 010 - BRASIL

Tipo Doc.: Identidade

Nome da Mãe: NEUZA MOTA DA SILVA

Data Nasc.: 10/09/1992 Sexo: MASCULINO

Raça/Cor: 03-PARDA Etnia: 0000-NAO SE APLICA

Telefone: (79)9991-47809

Muda Proc.: NÃO

Responsável pac.: ROSIVALDO MOTA DA SILVA

Endereço: RUA JOSE FIGUEREDO BARRETO 373 Bairro: CENTRO

Município: 280480 - NOSSA SENHORA DAS DOREUS - SE CEP: 49600-000

Procedimento solicitado: 04.08.02.054-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO OU FRATURA-LUXACAO DO COTOVELO

Procedimento principal: 04.08.02.054-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO OU FRATURA-LUXACAO DO COTOVELO

Diag. principal: S530-LUXACAO DA CABECA DO RADIO

Diag. secundário:

Causa Óbito:

Modalidade: HOSPITALAR

Complementar:

Carater atendimento: 02 - URGENCIA

Data Internação: 23/10/2018

Data saída: 25/10/2018

Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO

AIH Anterior:

AIH Posterior:

Liberação SISAIH01:

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNAER: -

CNPJ do Empregador: - / -

CBOR: -

Vínculo Previdência:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

| Linha | Procedimento | Documento | CBO | CNES/CNPJ | Apurar Valor p/ | Qtde | Cmpo | Descrição |
|-------|--------------|-----------------|-----------|-----------|-----------------|------|---------|------------------------------------|
| 2 | 0408020547 | 190125400140018 | 225151(6) | 3359948 | 3359948 | 1 | 10/2018 | TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO OU |

VALORES DA PRÉVIA

| VALORES DA PRÉVIA | Serviço Hospitalar | | Serviço Profissional | | | | TOTAL |
|-------------------|--------------------|----------|----------------------|----------|---------|----------|--------|
| | Direto | | Direto | | Rateado | | |
| | Próprio | Terceiro | Próprio | Terceiro | Próprio | Terceiro | |
| Total Geral: | | 201,27 | | 33,04 | 77,11 | | 311,42 |

CID SECUNDÁRIO

Cid Característica Descrição
V299 PREEXISTENTE MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO

Número de Nascidos Número de Saídas Nº Pré-Natal:
Vivos: Mortos: Altas: Transf.: Óbitos:

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"

20/11/18

Dra. Araceli
Supervisora
20/11/18



SUS

Sistema Ministério
Único de da
Saúde SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALARHOSPITAL
CIRURGIA

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ROSIVALDO MOTA DA SILVA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

706305774526179

11 - NOME DA MÃE

NEUZA MOTA DA SILVA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

O mesmo

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA JOSE FIGUEREDO BARRETO Nº37

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Nossa Senhora das Dores

2 - CNES

0002283

4 - CNES

0002283

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

1057574

10 - RAÇA/COR

8 - DATA DE NASCIMENTO

10/09/1992

9 - SEXO

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

DOO

79

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

DOO

79

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

99914-7809/99928-2901

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

SE

19 - CEP

49600-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente vítima de queda de mob. há 04 dias
com br. edema e deformidade em antebraço e mão
cava D. frnt. lux do cotovelo - 0408020547
frnt. clavícula - 0408010150

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Frnt. wury.

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS E EXAMES REALIZADOS)

exame clínico + RX

DIAGNÓSTICO INICIAL

frnt. lux cotovelo + clavícula

CID PRINCIPAL

5520

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

5400

26 - CID 10 DOBENEFICÍCIAS ASSOCIADAS

V299

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

ortoped. frnt. multiplex

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

15475190839

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Luciano Soares Tavares

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/10/18

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Luciano Soares Tavares
Ortopedia e Traumatologia

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

() DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

281810016458-3

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

30/10/18

Dr. Camille Soares Tavares
Auditora Médica CRM - 4065

DATA: 24/10/18

| | | | | | | | |
|--|---------------------------|-------------------------|---------------------------|--------------------------------|--------|---------------|------------------------|
| PACIENTE: Carlos M. da Silva | | | | MATRÍCULA: | | CONSENTIMENTO | |
| IDADE: 26 | SEXO: M | COR: | ENF: | QUARTO: | LEITO: | APTO: | |
| CIRURGIÃO: Dr. Roberto Lima | | | | ANESTESISTA: Dr. Paulo M. Lima | | | |
| 1º AUXILIAR: | | | | 2º AUXILIAR: | | | |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fístula da cabeça do R22 | | | | | | | |
| DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: | | | | | | | |
| CIRURGIA PROPOSTA: | | | | | | | |
| CIRURGIA REALIZADA: Dessecção Parcial | | | | | | | |
| PRÉ-MEDICAÇÃO: | | | | | | HORA: | RESULTADO: 1-2-3-4-5-6 |
| INÍCIO DA ANESTESIA: 08:40 | INÍCIO DA OPERAÇÃO: 09:00 | ALT DA ANESTESIA: 09:10 | RISCO OPERATÓRIO: 1-2-3-4 | ESTADO FÍSICO: 1-2-3-4-5-6-7 | | | |



| | | | |
|---|--|---|-------------------|
| AGENTES ANESTÉSICOS: Xylor 2% + Neomic 0,1% + W | | | |
| TÉCNICA: Bloqueio Plexo | | | |
| INDUÇÃO: | POSIÇÃO: | LOCA. PUNÇÃO: | LÍQUIDO RETIRADO: |
| TÉCNICA: | POSIÇÃO APÓS: | POSIÇÃO OPERATÓRIA: | RESULTADO B.R.M. |
| DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: 30 | DURAÇÃO DA ANESTESIA: 40 | CONSCIÊNCIA: | |
| POS-OPERATÓRIO: <input type="checkbox"/> UT <input type="checkbox"/> SRPA | DESTINO DA SRPA: <input type="checkbox"/> LEITO <input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR | CONDIÇÕES: Dr. Patrícia Medeiros Ferreira Anestesiologista CRM 2529 | |
| OBSERVAÇÕES: | | | |
| ASSINATURA DO ANESTESISTA: | | | |

F.B.H.C- FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPIT 1 DE CIRURGIA
AV.DESEMBARGADOR MAYNARD,174 UF:SE CEP:49 15-170
FICHA DE ADMISSÃO HOSPITALAR ATT anna.soares

ATENDIMENTO

ACOMODACAO: Enfermaria
DIREITO A ACOMPANHANTE? Sim
DATA: 23/10/2018 11:17:14 LE TO: ☒ ORT BUCO D06 - Ortopedia I
TIPO: Urgência
CONVENIO: SUS INTERNO
PROFISSIONAL: 866-LUCIANO PASSOS DE SOUZA

PACIENTE

CA TAO SUS: 706305774526179

ATENDIMENTO: 1057574

NOME: ROSIVALDO MOTA DA SILVA
ENDERECO: RUA JOSE FIGUEREDO BARRETO Nº 373
BAIRRO: Centro UF SE CEP: 49600000
CIDADE: Nossa Senhora das Dores CP 05497879500
FONE: 99914-7809/99928-7901 R. : 25858416
DATA NASC.: 10/09/1992 IDA E: 26 SEXO: Masculino
EST.CIVIL: Solteiro PR FISSÃO
NOME DO PAI: ROBERTO CARDOSO DA SILVA
NOME DA MAE: NEUZA MOTA DA SILVA

RESPONSÁVEL:

NOME DO RESPONSÁVEL:

ENDERECO:

BAIRRO:

CIDADE:

UF:

DADOS COMPLEMENTARES:

CID: S52.0-Fratura da extremidade superior do cúbito (ulna)
ORIGEM: Nossa Senhora das Dores
DIAS INTERNAMENTO: 9999
PROC.SUS: 041503001-3 Tratamento Cirurgic Em Politraumatizados
AIH.:

Linda Silva Santos
Secretaria Clínica
Mat. 8944L

Carina dos Santos Souza
Metrícula / 97240
Secretaria Clínica / FBHC

23/10/2018

DUSV E - ORTOPEDIA - FBHC - ROSIVALDO MOTA DA SILVA**crl.complexoregulatorio.org**

22 de outubro de 2018

<sigau.regulacaodeleitos2@gmail.com>

16:48

Para: nirhuse crpe <nirhuse.crpe@gmail.com>, REGULAÇÃO HC <regulacaohc@gmail.com>

Boa tarde. Segue cód. autorizativo.

RL2210HCO1D6YL5

Atenciosamente,

Yuri Lobão

Médico Regulador

Complexo Regulatório de Saúde do Estado de Sergipe

A presente mensagem, suas continuções, antecedentes e seus eventuais anexos são de uso privativo e exclusivo de pessoas físicas e/ou jurídicas, entidades e órgãos autorizados pelo COMPLEXO REGULATÓRIO DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE e podem conter informações confidenciais e/ou privilegiadas. Fica terminantemente vedado copiar, mostrar, modificar, divulgar ou se beneficiar, mediata ou imediatamente, direta ou indiretamente, destas informações sem a autorização de seus criadores e autores. Caso este e-mail tenha sido recebido por engano, por obséquio, informe o remetente e apague/delete a mensagem imediatamente. A presente mensagem, suas continuções, antecedentes e seus eventuais anexos são de uso privativo e exclusivo de pessoas físicas e/ou jurídicas, entidades e órgãos autorizados por e podem conter informações confidenciais e/ou privilegiadas. Fica terminantemente vedado copiar, mostrar, modificar, divulgar ou se beneficiar, mediata ou imediatamente, direta ou indiretamente, destas informações sem a autorização de seus criadores e autores. Caso este e-mail tenha sido recebido por engano, por obséquio, informe o remetente e apague/delete a mensagem imediatamente. O Complexo Regulatório de Saúde do Estado de Sergipe, terá e se valerá do direito de pleitear reparação material, moral e de todas as ordens e níveis pelos danos causados pela utilização indevida das informações e de requisitar a aplicação das penalidades cabíveis e previstas na legislação brasileira vigente.

Em seg, 22 de out de 2018 às 13:38, nirhuse crpe <nirhuse.crpe@gmail.com> escreveu:

Boa Tarde, Segue em anexo documentação do referido paciente para avaliação

Att,

GOVERNO DE SERGIPE

SISTEMA INTERFEDERATIVO DE GARANTIA DE ACESSO UNIVERSAL - SIGAU

COMPLEXO REGULATÓRIO DE SAÚDE DO ESTADO

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS

DOCUMENTO ÚNICO PARA SOLICITAÇÃO DE VAGAS EM ENFERMARIA-DUSV E

NOME DO PACIENTE: ROSIVALDO MOTA DA SILVA

DATA DE ADMISS

20/10/18

NOME DA MÃE: NEUZA MOTA DA SILVA

DATA DE NASCIM

10/09/92

ENDEREÇO: RUA JOSE FIGUEREDO BARRETO

IDADE:

26

CNS: 706305774526179 PLANO DE SAÚDE: NÃO

ESTADO:

SERGIPE

NATURALIDADE: NOSSA SENHORA DAS DORES-SE

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: NOSSA SENHORA DAS DORES

TELEFONE PARA CONTATO: 79 - 998081322

REGIÃO DE SAÚDE:

UNIDADE
PRODUTIVA:

PRONTO SOCORRO ÁREA AZUL () ÁREA VERDE (X)

OUTROS: _____

QUEIXA PRINCIPAL E DURAÇÃO:

DOR EM CLAVICULA D + COTOVELO D

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO

ANTECEDENTES PESSOAIS E COMORBIDADES:

NÃO

RESUMO DOS RESULTADOS DE EXAMES GRÁFICOS E POR IMAGENS (ANEXAR CÓPIAS DOS RESULTADOS E LAUDOS)

RX + LABORATORIO + ECG

RESUMO DE AVALIAÇÕES DOS ESPECIALISTAS (ANEXAR CÓPIAS DE LAUDOS E/OU AVALIAÇÕES)

FRATURA DE CLAVICULA + TRIADE TERRIVEL DE COTOVELO D

RESUMO DA TERAPÊUTICA INSTITUÍDA E RESULTADOS

ANALGESIA + PROFILAXIA DE TVP

PARÂMETROS CLÍNICOS E LABORATORIAIS

| PRESSÃO ARTERIAL | SATURAÇÃO DE O ₂ | FREQUÊNCIA CARDÍACA | FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA | GLICEMIA | URÉIA | CREATININA |
|------------------|-----------------------------|---------------------|-------------------------|----------|-------|------------|
| 120 X 90 | 98% | 80 | 16 | 101 | NAO | NAO |

| | | | | | | |
|--|---------------------------------------|---|--|----------------------------|-----------------------------------|--|
| HEMOGLOBINA | LEUCÓCITOS | POTÁSSIO | USO DE O ₂ : NÃO () SIM () | SECRETIVO: SIM () NÃO () | INTUBADO: SIM () NÃO () | COLAR CERVICAL: SIM () NÃO () |
| 13.3 | 9.26 | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO |
| INFORMAÇÕES CLÍNICAS ADICIONAIS | | | | | | |
| DOENÇA CRÔNICA AVANÇADA: SIM/NÃO | INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: SIM/NÃO | ALIMENTAÇÃO ORAL () SNE () NPT () GTT () | ISOLAMENTO: SIM () RESP () CONTATO () NÃO () | INSUF. RENAL: SIM/NÃO | ANTIBIÓTICOS: DIAS DE USO (Dx) | ESCALA DE COMA DE GLASGOW: AO/MRV/MRM |
| NAO | NAO | ORAL | NAO | NAO | | 15 |
| MOTILIDADE | | | | | | |
| DEAMBULA | CADEIRANTE | ACAMADO | OUTROS | | | |
| NAO | NAO | SIM | | | | |

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

FRATURA DE CLAVÍCULA + TRIADE TERRÍVEL DE COTOVELO D

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

FALTA DE VAGA

É VEDADO AO MÉDICO

Art. 35. Exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

Art. 41. Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

| | | | |
|--------------------|-------------|----------------|-------------|
| Médico Solicitante | | NIR | |
| Data: 22/10/18 | Assinatura: | Data: 22/10/18 | Hora: 13:00 |
| Hora: 13:00 | Carimbo: | Responsável: | |

Antônio Francisco Cabral
Ortopedia / Traumatologia
CRM 580

| | | | |
|---------------|-------------|-------------------|-------|
| Médico do NIR | | CRL (RECEBIMENTO) | |
| Data: | Assinatura: | Data: | Hora: |
| Hora: | Carimbo: | Responsável: | |

Comentários Médico CRL

| | |
|-------------------|-------|
| CRL (Autorização) | |
| Data: | Hora: |
| MR: | |
| Código: | |
| Assinatura: | |

ATENÇÃO

A primeira solicitação deverá ser enviada à Central de Regulação de Leitos através do DUSV Enfermaria devidamente preenchido no máximo 03 horas a partir da data e hora da solicitação.

As atualizações dar-se-ão a cada 24 horas a partir da primeira solicitação e deverão ser registradas em Formulário de informações complementares e enviadas à Central e Regulação de Leitos, cumprindo o mesmo prazo definido no item anterior.

Este DUSV UTI terá validade máxima de 03 dias a partir da data da primeira solicitação.