



**PRONTO SOCORRO ADULTO**

---

**HUSE**

## **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Nome: José Alex Santos. Idade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

DATA	HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
28/02/2020		J- Dietz lívre	SND
		2- SF 0,9% 1000 - p EV e- 24h	500 500
		3- Kefazol 1g + AD EV 6/6h	16 20. 04. 10
		4- Dipirona 0,5g - p + AD EV 6/6h	18 24 06 10
		5- Profenid 01g - p + 100 - p SF 0,9% EV 8/18h	20 04. 12. 7
		6- O-epiracetam 400 - p + AD EV 1x12h	06
		7- Curativos diéticos	
		8- SSW + CCGG	
		9- Anestesia e <del>Intensiva</del> Dr. Inácio Silva Lima Conduz de <del>Intensiva</del> <sup>Linha</sup> Ortopedia e Traumatologia Cirurgia de <del>Cabo</del> CRM 3780	



**PRONTO SOCORRO ADULTO**

---

**HUSE**

## **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Nome: José Alex Santos. Idade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

DATA	HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
28/02/2020		J- Dietz lívre	SND
		2- SF 0,9% 1000 - p EV e- 24h	500 500
		3- Kefazol 1g + AD EV 6/6h	16 20. 04. 10
		4- Dipirona 0,5g - p + AD EV 6/6h	18 24 06 10
		5- Profenid 01g - p + 100 - p SF 0,9% EV 8/18h	20 04. 12. 7
		6- O-epiracetam 400 - p + AD EV 1x12h	06
		7- Curativos diéticos	
		8- SSW + CCGG	
		9- Anestesia e <del>Intensiva</del> Dr. Inácio Silva Lima Conduz de <del>Intensiva</del> <sup>Linha</sup> Ortopedia e Traumatologia Cirurgia de <del>Cabo</del> CRM 3780	

# EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA 09/02/2020

NOME: JOSE ALEX SANTOS

ALA: VERDE TRAUMA LEITO: CORREDOR GÊNERO: MASCULINO IDADE:36

DIAGNÓSTICOS: FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 5º DEDO DA MÃO ESQ.

Evolução médica: *Paciente m gnu.. F.O. m - l Rx*  
*G1. PLM c/ ATR.*

*Dr. Francis Vasconcelos  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 3911 TEOF 15921*

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta VO LIVRE	
2	AVP PERVIO	
3	Keflin 1g, IV, 6h/6h OU Kefazol 1g, IV, 8h/8h D1	
4	Ranitidina, 02 mL + 18 mL AD, IV, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, IV, às 6:00	
5	Dipirona, 02 mL + 08 mL AD, IV, 6h/6h	
6	Profenid, 01 ampola IV + 100mL SF0,9%, 12h/12h	
7	Tramal 100mg + 250 mL SF0,9, IV, 8/8h SOS	
8	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia SUSP	
9	Bromoprida, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos	
10	Glicemia capilar, 6h/6h, se diabético	
11	Insulina regular, conforme glicemia:	
12	<200 = Ø      251 – 300 = 4U      351 – 400 = 8U	
13	201 – 250 = 2U      301 – 350 = 6U      > 400 = 10U	
14	Glicose 25%, 40ml, IV, se glicemia < 70	
15	Captopril 25mg, VO, se PAS > 180mmHg ou PAD > 110mmHg SOS	
16	CCGG + SSVV 6h/6h	
17	CURATIVO DIARIO 1X/DIA	
18	<i>uma vez/dia</i>	
19		
20		
21		

*Dr. Francis Vasconcelos  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 3911 TEOF 15921*



Secretaria  
Municipal de

**Saúde**



RECEITUÁRIO

Dr. B. L. Sá

Tomás Brolin

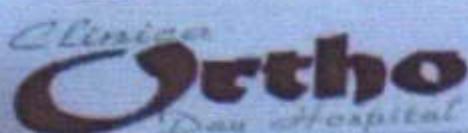
Paciente de 57 anos nativo, respondendo atra-  
vés de sintomas de astenização, acidez gástrica.  
Sintomas iniciados de antemão, a cerca de 10  
meses, com perda de peso de 10kg. Faz  
exercícios em sala de jardim e casa, sem  
problemas, porém desmaiou caindo em  
exercício, sentindo dor no lado direito da  
costela direita, com região posterior da clavícula  
(câncer de 40cm) e deformidade em  
5º quinodíctilo da mão direita (com amputa-  
ção distal da flxão e extensão falange). Evolu-  
ção com melhora gradativa do quadro geral.

Thomas Brolin  
Médico  
CRM-SE 6486

23/04/2023



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE -SÃO MIGUEL DO ALEIXO-SE  
CLINICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – M<sup>a</sup> FRANCISCA FERREIRA



Nome: José Alex Santos

## RELATÓRIO e ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins de direito, que José Alex Santos, 37 anos, ajudante geral (material de construção), sofreu acidente de trânsito (moto), em 27/02/2020, no percurso para o trabalho, com lesão de partes moles da coxa E e joelho esquerdo, com perda de substância e exposição óssea e articular, e fratura exposta do 5º quirodáctilo Esquerdo. Atendido em emergência, submeteu-se à cirurgia de reparação no membro inferior esquerdo, e na mão esquerda. No momento apresenta grande e dolorosa cicatriz no joelho e coxa esquerda distal, com instabilidade lateral do joelho E, presença de cicatriz na mão esquerda e fratura consolidada viscosamente com desvio lateral do 5º quirodactilo esquerdo, com limitação funcional importante. O paciente encontra-se em tratamento.

CID10: S62.6(sequela), S71.1, S81.0(sequela) e S83.5(sequela)



Aracaju, 19 de Agosto de 2020

Dr. Bráulio Costa Neto  
Ortopedia - Fisioterapia  
CRM: 14.2305

**ORTHO ORTOPEDIA E SERVIÇOS LTDA. EPP**  
Av. Gonçalo Prado Rollemburg, 230 - B, São José - Tel. (79) 3218-6822 / 3218-6800 / 98871-0145  
CEP 49015-230 - Aracaju-SE - C.N.P.J.: 02.365.918/0001-60



Nome: José Alex Santos  
Idade: 20/02/1983  
Convênio: Particular  
Médico: Dr. Bráulio Costa Neto  
Data: 19/08/2020

#### LAUDO RADIOLÓGICO

##### MÃO E:

Sequela de fratura do V quirodáctilo esquerdo,  
com desvio lateral e consolidação viciosa.

##### JOELHO E:

Aparente lesão do ligamento colateral lateral,  
com abertura do compartimento lateral.



Dr. Gilmário Macedo de Oliveira  
RADIOLOGISTA  
CRM - 602/SE

Dia: Exames Digitalizados.

#### ORTHO ORTOPEDIA E SERVIÇOS LTDA.

Rua Gonçalo Rollemberg, 230 - Bairro São José - Tel.: (79)3218-6822/3218-6800 - CNPJ - 02.365.918/0001-60 - CEP: 49015-230 -  
Aracaju-SE

# FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT:

Nome do beneficiário: *José Flávio Santos*

Nome do solicitante:

Data da solicitação:

DD/MM/AA

CPF do beneficiário: *093.626.465-16*

CPF do solicitante:

## DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (79) 99189207

Tel. Comercial: (0xx)

Tel. Residencial: (0xx)

E-mail: *marcosdeglobo@gmail.com*

## INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

## MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA

DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

## ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, Informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

(DESCREVER)

## NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Solicitar ao seu Sindicato que seja marcado uma Perícia Para meu Precoceo Pais no valor Milreais 675,00 Para as lesões que tive encontro com o tratamento médico comprida. Viatura Porra (E), fico a mercê deles outros sento doros horrois por esse que fico encorredamente marcou a Pericia Para médico compreender o que quer dizer.*

*sr.º da Ciloria 05.08.2020*

Local e Data

*Xar 707 Santos*

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

## IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



SCA 6



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
Nº 54.497.248-X  
DATA DE EXPEDIÇÃO  
15/OUT/2010

NOME  
JOSE ALEX SANTOS

MARIA ALBINA DOS SANTOS

Nº MUNICÍPIO

RIBEIRÓPOLIS - SE

DATA DE EMISSÃO

20/FEV/1983

ENDEREÇO  
LIMEIRA SP

LIMEIRA

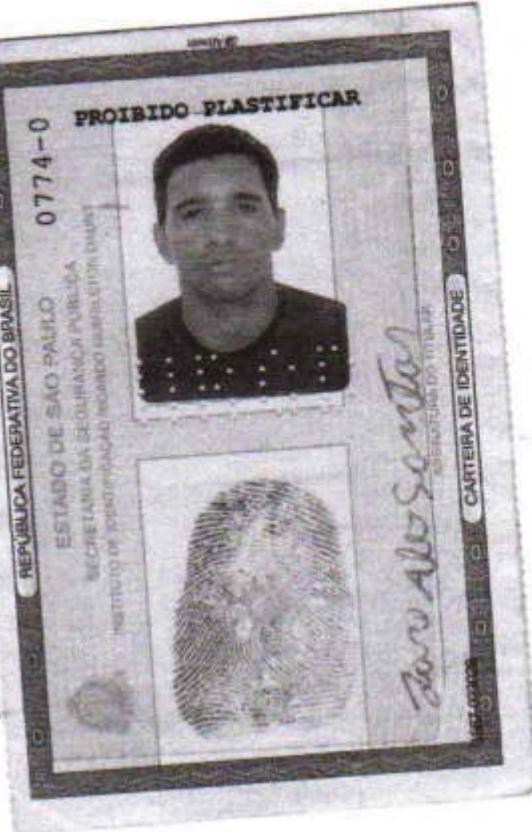
CC:LV.B15 / FLS.58

/ N. 002678

CNPJ

01.466.531/0001-00  
CIELO ASSISTÊNCIA SOCIAL DA POLÍCIA FEDERATIVA

LB Nº 7.110 DE 29/08/08







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

S  
E

VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

1749963409

NOME:

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
21233829 SSP SE

CPF  
020.003.675-00

DATA NASCIMENTO  
28/11/1985

FRAÇÃO

JOSE LUIZ ROSA

LUIZETE SANTOS DE  
OLIVEIRA ROSA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.  
**AB**

Nº REGISTRO

04659447376

VALIDADE

07/01/2024

1ª HABILITAÇÃO  
02/06/2009

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO.

Assinatura de José Marcos de Oliveira Rosa

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

ARACAJU, SE

DATA DE EMISSÃO

08/01/2019

Luciana Cândida Dória Chagas de Melo  
DIRETORA PRESIDENTE

59018844231  
SE021769567

ASSINATURA DO EMISSOR

SERGIPE

**SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT**

SE N° 015855382374 BILHETE DE SEGURO DPVAT

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2019 20/02/2020

VIA CPF / CNPJ PLACA  
## 053.626.465-16 E C B 5 7 8 9

RENAVAM MARCA / MODELO  
11897230 HONDA/C6 150 TITAN ES

ANO FAB: 2008 CAT TARE: 9 N° CHASSI: 9C2KC05138R355712

#### **PRÊMIO TARIFÁRIO**

**FNB (R\$)** **DEMATERIAIS (R\$)** **CUSTO DO SEGURO (R\$)**

3,64	9,48	4,85
------	------	------

**CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,95 TOTAL SER PAGO PELA RESERVAÇÃO (R\$) 12,30**

<input type="checkbox"/> COTA UNICA	<input type="checkbox"/> PAGAMENTO PARCELADO	<input type="checkbox"/> DATA DE QUITAÇÃO 17/02/2028
-------------------------------------	--	---

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 08.248.808/0001-04



**PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE  
PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

Por este instrumento particular, eu ( nome completo ) José Alex Santos  
( nacionalidade ) Brasileiro, ( profissão ) Judicial, portador da cédula  
de identidade RG nº 54.497.248-X, emitido pela SSP / (UF) SE,  
inscrito sob o CPF nº 053.626.965-16, residente na ( endereço  
completo ) Rua do Vazante do Sul, na cidade de  
S. Miguel do Aleixo ( UF ) SE, CEP 49536-000, nomeio e  
constituo meu procurador, ( nome do representante ) José Marcos D. O. Rosa  
( nacionalidade ) Brasileiro, ( profissão ) Comunitário, portador da cédula  
de identidade RG nº 21233829, emitido pela SSP / (UF) SE,  
inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na ( endereço  
completo ) Rua Dos Sertões, na cidade de  
N. Sra Da Gloria, ( UF ) SE, CEP 49.680-009 a quem confiro  
amplos e gerais poderes para, tratar, requerer, assinar papéis e  
documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO  
SEGURO DPVAT** da vítima ( nome da vítima ) José Alex Santos,  
junto à SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT.

( local e data ) 5º a Miguel do Aleixo - 30.04.2020

( assinatura ) José Alex Santos

( RG ) 54.497.248-X

OBS: ( a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE )

CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO  
São Miguel do Aleixo / SE  
TANQUE DA GUARDA - Júlio Alves de Oliveira

Reconhecido por AUTENTICIDADE a firma de JOSE ALEX SANTOS  
em 30/04/2020 e dou fé. Em testemunho verdade. Marcos  
Garcia Lima, Escrivânea.  
São Miguel do Aleixo / SE.  
End: R\$ 3,80 FERD R\$ 0,76; Total R\$ 4,56.  
Selo TSE: 202029610000395.  
Acesso: www.tse.jus.br/.../TKGJKH



Marcos Garcia Lima  
Escrivânea

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0129181/20

**Número do Sinistro:** 3200165757

**Vítima:** JOSE ALEX SANTOS

**Data do acidente:** 08/02/2020

**CPF:** 053.626.465-16

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSE ALEX SANTOS

**Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/06/2020  
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA  
CPF: 020.003.675-00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/06/2020  
Nome: GERALDO HENRIQUE DE CASTRO  
CPF: 749.689.716-72

GERALDO HENRIQUE DE CASTRO