

NOME Sylmaria Maria da Silva IDADE 20 SEXO F
LEITO (4) PRONTUÁRIO

DATA PLANTAS DAS 07-18 (2ª feir)
Meio-dia: Daí para Baixo / 12h

1. Politraxematoma
2. TCE (LSD)
3. Fratura de Fêmur Esquerdo
(2º DP2)
4. Delt. 2. VM.

Tax: 35,3°

Gluco: 142 mg/dl (6h)

Paciente no momento dorme, faz uso de
tranquilizante para analgesia - pós-operatório
12º DP2 de correção de fratura de fêmur (E)
Respiração espontânea, confortável.

Quem os cuidados / procedimentos de
uso de placa de fixação. Está sob controle
hídrico.

SPO2: -

(C. R. R. Pa 124 x 84 FC: 120 SpO2: 98%)
Língua: limpa

Alimentação: Fielmente ingerida

Medicamentos: Prescritos

SND: 124/84; 220/120

Relatório de enfermagem (Dr. CARVAL)

que solicitou RX Ovariano E

ed: Mantém analgesia pós de
B18h e tranqüil

Dr. CARVAL
Enfermeiro(a)
Especialista em
UTI

~~X~~ Aguarda da Radiografia Rx Ovariano 2
OR4000

OO

NOME Silvanez Maria da Silva Santos
 IDADE: 20 anos SEXO: F LEITO 04
 PRONTUÁRIO 181965 UP: _____

DATA: 13.01.19 HORA 07:54 DIAS NA UNIDADE _____ DIH: _____

DIAGNÓSTICO 1. Politemia 5. Anemia
2. TCE
3. Fístula fêmur (C) nel fístula
4. 3º DVO corrigido fístula fêmur (C)

PROCED. ☐ IOT ☐ TQT ☐ VM ☐ CVC sítio _____
 INVASIVO ☐ SNE ☐ SVD ☐ outro _____

CONTROLES (ÚLTIMAS 24H)

FEBRE _____ GLICEMIAS _____

Δ PAS/PAD _____

DIURESE _____

BALANÇO HÍDRICO

GANHOS _____

PERDAS _____

TOTAL _____

DIETA

☐ ORAL ☐ E

EVACUAÇÃO

☐ SIM ☐ NÃO

MEDICAÇÃO

☐ CLEXANE

☐ RANITIDINA ou IBP

☐ NORA _____ mg/Kg/min

☐ DOBUTA _____ mg/Kg/min

☐ CABEÇEIRA ELEVADA

☐ NIPRIDE _____ mL/h

☐ TRIDIL _____ mL/h

☐ MIDAZ _____ mL/h

☐ FENTANIL _____ mL/h

EXAME FÍSICO

AP. RESP. MU @ em AHA

MODO VE PRESS. _____ PEEP _____ FIO2 _____ Vol. Corr _____ GASO: pH _____ pO2 _____ pCO2 _____ BIC _____

CARDIOVASC. BRMF em 24

NEUROL. GLS

ABDOME MU - RHA @

MEMBROS aprox. 7/8. Defeito significante no anel do complexo

OBG. Polidactilia (C) - Hb 8.38 Ht 25.36 (12.01.19)

Pat 63.500

IMPRESSÃO E CONDUTAS

1. Medicação AT

2. Hemofilia (Hb 11.01.19: 11; Hb 12.01.19: 8.38)

DESEMPENHO
 100%
 100%
 100%

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE

UTI 1 ANDAR

EVOLUÇÃO MÉDICA

NOME Sylmarza Maria da Silva Saifor
 IDADE: 20 anos SEXO: F LEITO F
 PRONTUÁRIO 181955 UP: _____

DATA: 11-01-19 HORA 07:19h DIAS NA UNIDADE _____ DIH: _____

DIAGNÓSTICO
1. Polipneumonia
2. TCE
3. Febre de origem infecciosa

PROCED. INVASIVO
☐ IOT ☒ TQT ☐ VM ☐ CVC sítio _____ dias
☐ SNE ☒ TSVD ☐ outro _____

CONTROLES (ÚLTIMAS 24H)

FEBRE _____ GLICEMIAS _____
 Δ PAS/PAD _____
 DIURESE _____

BALANÇO HÍDRICO

GANHOS _____
 PERDAS _____
 TOTAL _____

DIETA
☐ ORAL ☐ ENTE
 EVACUAÇÃO
☐ SIM ☐ NÃO

MEDICAÇÃO

☐ CLEXANE
☐ RANTIDINA ou IBP ☐ NORA _____ mg/Kg/min
☐ CABEÇEIRA ELEVADA ☐ NIPRIDE _____ mL/h ☐ DOBUTA _____ mg/Kg/min
☐ MIDAZ _____ mL/h ☐ TRIDIL _____ mL/h
☐ FENTANIL _____ mL/h

EXAME FÍSICO

AP. RESP. MV em AHH
 MODO VE PRESS. _____ PEEP _____ FIO2 _____ Vol. Corr. _____ GASO: pH _____ pO2 _____ pCO2 _____ BIC _____ sat. _____
 CARDIOVASC. BR MF em 24
 NEUROL. GS
 ABDOME MV R NA
 MEMBROS sem edema

IMPRESSÃO E CONDUTAS:

1. Cuidados UTI.
2. Reforçar suporte ventilatório e hemodinâmico.
3. Afastar causas de sepse (12-01-19)

Marcel Trindade Cruz
 Médico
 CRM-SE 3398

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE
UTI 1º ANDAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA
MULTIDISCIPLINAR

NOME LEITO Sylvana Nova Sauro IDADE 84 SEXO F
PRONTUÁRIO

DATA (10/01/19) = Plantão Noturno = (9h-2h)

20h # Poli-trauma resumo
TEG

per-as Alerta, responsiva e se alimentando
MOI + OK em física e normotensa. MOI +

Ap. EV - ARRVF

Ap. resp. NV ⊕ (b)

Ab - m du

Diurese - OK

11/01/19

0h Resumo - Período de delírio + agitação

André F. Pereira
Médico Intensivista
CRM 1043

EVOLUÇÃO E PLANO TERAPÊUTICO DIÁRIO

10

JI

2019

P/ortho omio (7-18h)

x Potinarian

x TCE

x anem vegetum: 8

x Sessinaloma: 8

x VM: 8

x antihistam: 8

TA: 36.5°C : 36.5°C

Chamir: 36

divulth: 800 m

Gramm 210-0301-106-20-mv-Phufo-925-mv

Antim: 0.62 1h: 11.9.

Pacientes Acoroso contactando Conting

Pulmon mltro Bm. 81: 981

T2 m. 120 ps 140x90

Bol Pmks Pmks

Dr. Pansinhos ss ortopedas (um Rx

no DIA 08 01.

atub: 2 CH

Arf

Holp
Polemif per oculo. Pmks
o oth

[Signature]

Dr. Antonio Franco Cabral
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 580

HORA

21.01.19

Douglas McGivro

Pointe esb. sur VE & ca 1 E
Vigil. coopératif
12 ans. organisé
Secours. 7
DVA. 7
MVB. 7
Can. 13
36 Re: 120

1467 ?

Ref: 120

22: 1240 85

Sub: Govt

Done F

CH-4

157

2016

Clara

Arbo S. Castro

—**金井 三郎**—

~~21 JAN/2015~~

22

01

20/5

P/Antho group (7-194)

* Johnsons

o matuns mie

✓ VM: ☺

Basenverfahren:

✓ SP-20 AUNA/GUNA: 0

* Anticipation : MNO

Ita como se observa, o método de análise de conteúdo

Arma. Pulau seluruh Bm. at 99/

RCM E 20 PA: 140890.

BDA PMS PMS

Co: 1/2 20 1/2

2210119 Lefkowitz

10. Paciente admetido em sala momentaneamente do UTI, acordado, leveando o elemento, controlado no leito, em VE, fazendo uso de AP, faldão e curativos occlusivos

NOME SILVIA MARIA M. SILVA SANTOS
IDADE _____ SEXO _____ LEITO _____
PRONTUÁRIO _____ UP _____

EVOLUÇÃO E PLANO TERAPÊUTICO DIÁRIO

21/01/19 Paciente admitido em UTI com diagnóstico de insuficiência renal aguda, com sintomas "cúspides" de insuficiência renal aguda. Em diálise peritoneal. Sem alterações nos exames. Valor: 20.000 (sem exames).
EAS (15/01/19) = 15 pontos = Evolução 34.000 (Hepática ?)

IMUNO NEUTROPENIA

Admitido em UTI

J. J. Soares, Médico Senior
II. de Medicina Intensiva
CRM: 3002

OBJETIVO DIÁRIO:

- ☐ Reduzir Sedação
- ☐ Retirar Sedação
- ☐ Teste de Respiração Espontânea
- ☐ Retirar SVD
- ☐ Retirar CVC
- ☐ Redução DVA

22/01/19 Paciente segue evoluindo com melhorias nos exames. Valor: 10.000 em UTI

J. J. Soares, Médico Senior
II. de Medicina Intensiva
CRM: 3002

OBJETIVO DIÁRIO:

- ☐ Reduzir Sedação
- ☐ Retirar Sedação
- ☐ Teste de Respiração Espontânea
- ☐ Retirar SVD
- ☐ Retirar CVC
- ☐ Redução DVA

US/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLORIA

No. DO BE: 393023
CNS:

DATA: 23/12/2018 HORA: 22:36 USUARIO: LAOREIS
SETOR: 02-CONSULTORIO ADULTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : SYLMARA MARIA DA SILVA SANTOS
IDADE.....: 20 ANOS NASC: 05/10/1998
ENDERECO.....: RUA PIRAPORA
COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: MULTIRAO
MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE CEP....: 49680-000
NOME PAI/MAE...: JOSE CARLOS PEREIRA DOS SANTOS/LUCILENE MARIA DA SILVA
RESPONSAVEL....: A MESMA TEL....: 79-9940-9378
PROCEDENCIA....: NOSSA SENHORA DA GLORIA-SE
ATENDIMENTO....: VITIMA DE ATROPELAMENTO
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:

*Transtorno pto USB, irritação e dor abdominal
3 - Irritabilidade, com calor excessivo 3 - Dor abdominal
3 - Nausea 3 - ECG 3 - Rotas de fígado*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*1) TO em regime regular
2) Monitorar em protocolo
3) Exame USB*

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

HORA DA SAIDA: :
[] DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

Sylmara Maria da Silva
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

PACIENTE

SVL Maps - Maps to Give

ENFERMARIA

Data/Hora

EVOLUÇÃO

LETO

Evolução
 Fui até a admissão em sala de aula de 1945
 trapezoidal para 1945, 1946, 1947, 1948, 1949, 1950, 1951, 1952, 1953, 1954, 1955, 1956, 1957, 1958, 1959, 1960, 1961, 1962, 1963, 1964, 1965, 1966, 1967, 1968, 1969, 1970, 1971, 1972, 1973, 1974, 1975, 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621

Transferido para Sucre por ordem do Mito
para o Bando da Gileta. Foi a presença
de familiares.

GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE – HUSE
SERVIÇO SOCIAL DO INTERNAMENTO

DECLARAÇÃO DE ACOMPANHANTE

Declaramos para os devidos fins que o(a) Sr.(a) **Lucilene Maria da Silva**, RG 1.932.991 SSP/AL, deu entrada nesta Unidade na condição de acompanhante da paciente **Sylmara Maria da Silva Santos**, BE: 1832447, nos dias 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28 e 29 de janeiro de 2019. A referida paciente foi admitida no dia 24/12/2018, recebendo alta hospitalar na data de hoje.

Aracaju/SE, 29/01/2019

Atenciosamente,


Juliana da Trindade Costa
ASSISTENTE SOCIAL
26/09/2004
Aracaju



Fundação
Hospitalar
de Saúde



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE



Serviço Social

DECLARAÇÃO DE INTERNAMENTO

Declaramos para os devidos fins que o (a) Sr. (a)
Silvana Maria da Silva Santos admitido (a)
nesta Unidade Hospitalar em 24 / 12 / 18, às 01 : 46 h, prontuário nº
1832447, encontra-se internado(a) sem previsão de alta hospitalar
na Ala UTI J

Aracaju/SE, 03 / 01 / 19

Silvia Cristina S. Silva
Assistente Social

Assistente Social

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a senhora **Luciene Maria da Silva**, portadora do RG: 1932991 nascida em: 18/04/1976, natural de Olho d'água do Casado/AL, residente na Rua Nossa Senhora de Lourdes s/n, bairro Mutirão Nossa Senhora da Glória, escolaridade: Não Alfabetizada, ocupação: lavradora, situação conjugal: solteira, cor: parda, esteve internada nesta unidade para procedimento obstétrico resultando em parto normal e o nascimento de uma criança do sexo masculino, pesando 3376 gramas, às 05:40min em 26/01/2013, sem anomalia congênita, como consta em DNV nº 30-59704092-5. Auxiliar de Enfermagem que preencheu a DNV: Leiliane Guedes de Oliveira, RG: 1.503.145/SSP/SE

Informo ao Cartório de Ofício que a paciente supracitada perdeu a via amarela da DNV, sendo necessário a apresentação da cópia da via rosa que fica arquivada nesta Instituição, assim como esta declaração para validação da mesma.

Sem mais para o momento, externo protestos de estima e apreço.

Nossa Senhora da Glória, 11 de novembro de 2013.


Natália Alves Rodrigues
Assistente Social da FHS/HGJAF CRESS 18ª Região/SE - 0019
CRESS 0019/SE



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NOME :

Silvia

ORIENTAÇÕES:

1º CURATIVO DIÁRIO

2º RETIRAR PONTOS COM 15 DIAS

3º NÃO PISAR

4º MOBILIZAR O MEMBRO OPERADO

5º MANTER MEMBRO ELEVADO

RETORNAR COM 40 DIAS

LIGAR PARA 3234 3412 PARA AGENDAR RETORNO

NO RETORNO TRAZER RX DE CONTROLE SOLICITADO

SOLICITO RX DO (A) RX BxO E 02/P

02/P

02/P

ARACAJU, 28, 01, 15

Dr. Antônio Franco Cabral
Ortopedia / Traumatologia
CRM 880



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



DE:

[Handwritten signature]

INDICAÇÕES:

CURATIVO DIÁRIO

RETIRAR PONTOS COM 15 DIAS

NÃO PISAR

MOBILIZAR O MEMBRO OPERADO

MANTER MEMBRO ELEVADO

RETORNAR COM 40 DIAS

ENDEREÇO PARA 3234 3412 PARA AGENDAR RETORNO

RETORNO TRAZER RX DE CONTROLE SOLICITADO

ENCAMINHAMENTO RX DO (A)

[Handwritten: RX 670 E]

02/P

02/P

02/P

DATA

28 / 01 / 15

1103184

Dr. Antônio Franco Cabral
Ortopedia / Traumatologia
CRM 603

NOME : SYLMARA MARIA DA SILVA TORRES

SOLICITANTE : Dr (a). -

CONVÊNIO : PART.

IDADE : 20 ANOS

DATA : 08/03/2019

REGISTRO : 104895

DIGITADOR: Paula J.

LAUDO RADIOLÓGICO

FÊMUR:

Fratura não consolidada/pseudoartrose do 1/3 médio proximal do fêmur/presença de placa de osteossíntese/controle P.O.

Dr. Osmário Silva Dantas
Radiologista/Ultrasonografista
CRM/SE 299

Dr. Osmário Souza Dantas
Radiologista/Ultrasonografista
CRM/SE 3212

HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE SERGIPE
GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO

PACIENTE: SILVANA MARIA DA SILVA

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente de 20 anos, com história de captsments, foi admitido no HUSE em 24/12/2018, realizou tomografia de crânio que evidenciou LAD. Foi acompanhado pela

equipe de neurocirurgia e indicado Conservado. Realizou tomografia de crânio no dia 24/01/2019, mostrando

sem novos lesões. No momento, encontra-se estável, Glasgow 13, pupilas 4mm V difat em condições de receber alta hospitalar e acompanhamento ambulatorial com a neurocirurgia.

Necessita afastamento de suas atividades laborais durante tempo indeterminado.

- 1- Marcar consulta no ambulatório de neurocirurgia em 04 semanas; CASE - Dr. Ricardo
- 2- Resgatar exames de Tomografias realizadas durante internamento no HUSE e levar no dia de todas as consultas;
- 3- Analgesia se necessário;
- 4- Retornar ao HUSE se apresentar alguma intercorrência.

Cid: S06.9

Aracaju, 25 de Janeiro de 2019.

JEANINE DE OLIVEIRA SILVA
CRM SE 5600

ORTODONTIA | Aparelhos ortodônticos convencionais, estéticos e autoligados
Aparelhos ortopédicos funcionais dos maxilares

IMPLANTODONTIA | Implantes dentários
Enxertos ósseos autógenos e heterógenos

Declaro que Henrique Pereira Diniz está
realizando tratamento odontológico após sofrer
acidente de moto.

O tratamento inclui procedimentos de cirurgia,
ortodontia e prótese totalizando R\$ 2.700,00 (Dois mil
e setecentos reais).

Dr. Fco. Flávio Alves Costa
Cirurgião-Dentista
CRO/CE 6652
Ortodontia-Implantodontia
Cirurgia Oral

04
05
2020

UNIDADE I	UNIDADE II	UNIDADE III	UNIDADE IV	UNIDADE V
S.J. de Piranhas/PB	Mauriti/CE	Conceição/PB	Brejo Santo/CE	S.J. do Belmonte/PE
☎ (83) 9 9660.9997 ☎ (83) 9 9330.3267	☎ (88) 9 9259.5774 ☎ (88) 9 9840.3190	☎ (83) 9 9865.1789	☎ (88) 3531.0513 ☎ (88) 9 9734.3128 ☎ (88) 9 9911.7026	☎ (87) 9 9920.8068

Documentos de identificação



Carteira de Identificação

Nome: *Guilherme Mano da Silva Santos*

Assinatura: *[Signature]*

Foto: *[Faint photo]*

Carteira de Identificação

Carteira de Identificação

Nome: *Guilherme Mano da Silva Santos*

Assinatura: *[Signature]*

Foto: *[Faint photo]*

Carteira de Identificação

ESTADO DO PARANÁ



1.3. "C" Pos.

NÃO ALFABETIZADA

1.912.521

MARIA DA SILVA

Ulysses Alexandre da Silva

Maria José da Conceição

Cidade D'água do Grande-AL. 12.04.1978

Art. Naec. nº 4.343. Liv. 20. Pila. 297-

Ofic D'água do Grande-AL.



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL J.816.397-7	DATA DE EXPIRAÇÃO 18/08/2014
NOME SILVANA MARIA DA SILVA SANTOS	
FILIAÇÃO JOSE CARLOS PEREIRA DOS SANTOS LUCILENE MARIA DA SILVA	
NATURALIDADE DELMIRO GOMES-AL	DATA DE NASCIMENTO 05/10/1993
DOC ORIGEM CT. NASCIMENTO NR 3060 LV A 3 FL 166 -BART. DO DIST. DA COMARCA DE PALESTINA AL	
• 080.111.745-33	
ASSINATURA LEINOR DE SOUZA	
ASSINATURA LEINOR DE SOUZA	

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0089884/20

Vítima: SYLMARA MARIA DA SILVA SANTOS

CPF: 080.111.745-33

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/12/2018

Titular do CPF: SYLMARA MARIA DA
SILVA SANTOS

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

Outros



SYLMARA MARIA DA SILVA SANTOS : 080.111.745-33

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

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 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: 12/03/2020

Nome: SYLMARA MARIA DA SILVA SANTOS

CPF: 080.111.745-33

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2020

Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

CPF: 760.547.217-04

SYLMARA MARIA DA SILVA SANTOS

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

...eiro, 17 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200113446

Vítima: SYLMARA MARIA DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 23/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SYLMARA MARIA DA SILVA SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Seguro

DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



41/05/20

ETIQUETA	
Correios	
PESO (kg)	0,14 / 0 AR 0 MP
Recebedor	
Assinatura	
OD 29718931 6 BR	

3218

SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
STAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

ATÁRIO / Recipient

SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

RUA DA ASSEMBLEIA, 100 - 24º ANDAR - CENTRO

IO DE JANEIRO/RJ

TELEFONE / Phone Number



Seguro DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito

DIDO DE SEGURO DPVAT

e: www.seguradoralider.com.br

tral de Atendimento:

0-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.

0 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.

: 0800 022 8189 24 horas por dia

dpvat_oficial



DPVAToficial



DPVAToficial



seguradoralider-dpvat

www.viverseguronotransito.com.br

ATENÇÃO



Correios

EMITENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
SYMARIA MARIA DA SILVA STEN			
DEREÇO / Address		UF/State	PAÍS / Country
2: montes CLAREOS, 327		SE	
MULTIRAS			
Zip	CIDADE / City		
91680-000	NOSSA S. DA GUARITA		

DEVOLUÇÃO (Return)

- | | |
|--|---|
| ☐ MUDOU-SE (Moved) | ☐ FALCIDO (Died) |
| ☐ RECUSADO (Refused) | ☐ ENDEREÇO II (Insufficient Address) |
| ☐ DESCONHECIDO (Unknown) | ☐ NÃO EXISTE (Non-existing) |
| ☐ NÃO PROCURADO (Undelivered) | ☐ OUTROS (Other) |
| ☐ AUSENTE (Absent) | ----- |

TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery)

1ª / 1st às 2ª / 2nd às 3ª / 3rd às 4ª / 4th às 5ª / 5th às 6ª / 6th às 7ª / 7th às 8ª / 8th às 9ª / 9th às 10ª / 10th às 11ª / 11th às 12ª / 12th às

- | |
|--|
| ☐ Informação prestada pelo portador (Information provided for doorman or concierge) |
| ☐ Reintegrado ao serviço postal (Reintegrated to postal service) |

...eiro, 17 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200113446

Vítima: SYLMARA MARIA DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 23/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SYLMARA MARIA DA SILVA SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Seguro

DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



41/05/20

ETIQUETA	
Correios	
PESO (kg)	0,14 / 0 AR 0 MP
Recebedor	
Assinatura	
OD 29718931 6 BR	

3218

SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
STAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

ATÁRIO / Recipient

SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

RUA DA ASSEMBLEIA, 100 - 24º ANDAR - CENTRO

IO DE JANEIRO/RJ

TELEFONE / Phone Number



Seguro

DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito

DIDO DE SEGURO DPVAT

e: www.seguradoralider.com.br

tral de Atendimento:

0-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.

0 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.

: 0800 022 8189 24 horas por dia

dpvat_oficial



DPVAToficial



DPVAToficial



seguradoralider-dpvat

www.viverseguronotransito.com.br

EMITENTE / Sender

SYMARIA MARIA DA SILVA STEN

DEREÇO / Address

2: montes CLAREOS, 327
MULTIRAS

/ Zip

91680-000

CIDADE / City

NOSSA S. DA GUARITA

UF/State

SE

PAÍS / Country

TELEPHONE / Phone Number

SERVIÇO GRATUITO
AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA
SEGURADORA LÍDER - DPVAT

ATENÇÃO



DEVOLUÇÃO (Return)	
☐ MUDOU-SE (Moved)	☐ FALCIDO (Deceased)
☐ RECUSADO (Refused)	☐ ENDEREÇO II (Insufficient Address)
☐ DESCONHECIDO (Unknown)	☐ NÃO EXISTE (Non-existing)
☐ NÃO PROCURADO (Undelivered)	☐ OUTROS (Other)
☐ AUSENTE (Absent)	-----
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)	
1ª / 1st	às / at
2ª / 2nd	às / at
☐ Informação prestada pelo porteiro (Information provided for doorman or concierge)	
☐ Reintegrado ao serviço postal (Reintegrated to postal service)	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200113446 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SYLMARA MARIA DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 23/12/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO,
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA,
FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSSÍNTESE DO FÊMUR,
TRATAMENTO CONSERVADOR DE DEMAIS LESÕES E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: ANEXO 1: DOC PÁG. 04 17 37 //

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0089884/20

Número do Sinistro: 3200113446

Vítima: SYLMARA MARIA DA SILVA SANTOS

CPF: 080.111.745-33

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/12/2018

Titular do CPF: SYLMARA MARIA DA SILVA SANTOS

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentos de identificação

Outros

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 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: 20/05/2020
Nome: SYLMARA MARIA DA SILVA SANTOS
CPF: 080.111.745-33

SYLMARA MARIA DA SILVA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/05/2020
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JULIANA MARQUES RODRIGUES