

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p><b>Protocolo Nº 20210823170005345</b></p> <p>Sua solicitação foi enviada à <b>1ª Vara Cível e Criminal de Nossa Senhora da Glória da Comarca de NOSSA SENHORA DA GLÓRIA</b> em 23/08/2021 17:00 por KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ, OAB 2592##SE.</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**DADOS DO PROTOCOLO**

**Tipo de Protocolo:** PETICIONAMENTO GERAL - Outras Petições

**Processo:** 202177000035

**Classe:** Procedimento Comum

| Dados do Processo Origem            |                                     |                                                                           |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <b>Número</b><br>202177000035       | <b>Classe</b><br>Procedimento Cível | <b>Competência</b><br>1ª Vara Cível e Criminal de Nossa Senhora da Glória |
| <b>Guia Inicial</b><br>202112200004 | <b>Situação</b><br>ANDAMENTO        | <b>Distribuido Em:</b><br>08/01/2021                                      |

| Partes     |                |                                                    |
|------------|----------------|----------------------------------------------------|
| Tipo       | CPF            | Nome                                               |
| Requerente | 08011174533    | LUCILENE MARIA DA SILVA                            |
| Requerido  | 09248608000104 | SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A. |

| Anexos |                                                      |                   |
|--------|------------------------------------------------------|-------------------|
|        | Nome                                                 | Tipo              |
| 1      | <a href="#">2783907_JUNTADA_DE_DOCS_01.pdf</a>       | Petição           |
| 2      | <a href="#">2783907_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_02.pdf</a> | Outros documentos |
| 3      | <a href="#">2783907_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_03.pdf</a> | Outros documentos |
| 4      | <a href="#">2783907_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_04.pdf</a> | Outros documentos |

**ATENÇÃO!**

1. Documentos produzidos eletronicamente serão considerados originais, para os efeitos da lei, devendo os originais dos documentos digitalizados ser preservados pelo seu detentor até o trânsito em julgado da sentença ou, quando admitida, até o final do prazo para interposição de ação rescisória.
2. Os documentos cuja digitalização seja tecnicamente inviável devido ao grande volume ou por motivo de ilegibilidade deverão ser apresentados ao cartório ou secretaria no prazo de 10 (dez) dias contados do envio de petição eletrônica comunicando o fato, os quais serão devolvidos à parte após o trânsito em julgado.
3. Ressalvados os casos de sigilo e segredo de justiça, os documentos digitalizados juntados em processo eletrônico somente estarão disponíveis para acesso por meio da rede externa para suas respectivas partes processuais, através dos seus advogados, e para o Ministério Público.
4. Caso haja impedimento para o registro do processo eletrônico pelo Juízo, a solicitação será devolvida ao Portal do patrono solicitante (advogado, defensor público ou promotor de justiça), a fim de que possa ser submetido à regularização.
5. Atualize o seu e-mail para o Sistema Push. Este serviço promove o envio de correspondência eletrônica, dando-lhe informações sobre o andamento dos processos ajuizados por Vossa Senhoria. Se for caso de vinculação posterior a processos, o cadastro deverá ser realizado através do Portal TJSE.

**Imprimir**



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NOSSA SENHORA DA GLORIA/SE**

Processo: 202177000035

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **LUCILENE MARIA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo, a fim de dar cumprimento à ordem do juízo.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

NOSSA SENHORA DA GLORIA, 18 de agosto de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/SE 780-A**

**KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ**  
**2592 - OAB/SE**

---

**Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200113446**

**Vítima: SYLMARA MARIA DA SILVA SANTOS**

**Data do Acidente: 23/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), SYLMARA MARIA DA SILVA SANTOS**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# 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

Documentação médico-hospitalar

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](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: 19/05/2020  
Nome: SYLMARA MARIA DA SILVA SANTOS  
CPF: 080.111.745-33

SYLMARA MARIA DA SILVA SANTOS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/05/2020  
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES  
CPF: 149.018.967-09

JULIANA MARQUES RODRIGUES

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## 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

**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](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: 12/03/2020  
Nome: SYLMARA MARIA DA SILVA SANTOS  
CPF: 080.111.745-33

SYLMARA MARIA DA SILVA SANTOS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2020  
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO  
CPF: 760.547.217-04

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

# 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:** 25/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.  
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 MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E OMBRO DIREITO.

**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 E  
OMBRO DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                           | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda funcional completa de um dos<br>membros inferiores | 70 %                                            | Em grau leve - 25 %                                           | 17,5%     | R\$ 2.362,50             |
| Perda completa da mobilidade de um dos<br>ombros         | 25 %                                            | Em grau leve - 25 %                                           | 6,25%     | R\$ 843,75               |
| Total                                                    |                                                 |                                                               | 23,75 %   | R\$ 3.206,25             |

---

**Rio de Janeiro, 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



Rio de Janeiro, 18 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: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SYLMARA MARIA DA SILVA SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Documentos de identificação</b> | Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da vítima ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento atualizada, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois a entregue não permite a leitura das informações. |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 19 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200113446

Vítima: SYLMARA MARIA DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 23/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SYLMARA MARIA DA SILVA SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Documentos de identificação</b> | Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da vítima ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento atualizada, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois a entregue não permite a leitura das informações. |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Autorização de pagamento

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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\$1.00 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. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 3303 CONTA: 013/039388 3

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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.

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 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CMI) ☐ 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 resíduo (ver nome)? ☐ 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 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a roga/pedido

36 - CPF legível de quem assina a roga/pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a roga/pedido

38 - 1ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

DIAS: sorteios de segunda-feira a sábado, Após

220-667570943-0

08/AGO/2019

HORA DE 16:42:21

LOT: 22.022045-8

TERM 053937

LOCALIDADE: MOSSA OTIMISTA DA GLORIA

AG. VINCULADA: 3303

CONTROLE: 220100402

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA FACIL

NOME: SYLMARA MARIA DA SILVA SANTOS

AGENCIA: 3303

OPERACAO: 013

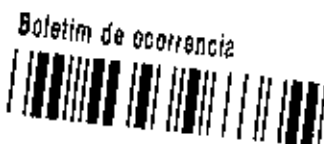
CONTA-DV: 000.000.000.000-3

DATA DA ABERTURA: 08/08/2019

LOTERIAS CAIXA

220-667570943-0

1ª VIA



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA AISP - NOSSA  
SENHORA DA GLÓRIA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003110/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 09/01/2019 09:46 Data/Hora Fim: 09/01/2019 10:15  
Delegado de Polícia: Samuel Souza de Brito Oliveira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Regional de Nossa Senhora da Glória Aisp

Data/Hora do Fato: 23/12/2018 22:00

Local do Fato

Município: Nossa Senhora da Glória (SE)

Bairro: Centro

Logradouro: SAIDA PARA A CIDADE DE FEIRA NOVA

Complemento: PRÓXIMO AO POVOADO SÃO DOMINGOS

CEP: 49.680-000

Ponto de Referência: SAIDA DESTA CIDADE EM DIREÇÃO A CIDADE DE FEIRA NOVA

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza                                                                                                     | Meio(s) Empregado(s) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 1213: PRATICAR LESÃO CORPORAL CULPOSA - AUMENTO DE PENA (ART. 303, § 1º DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB) | Veículo              |

ENVOLVIDO(S)

|                                                    |
|----------------------------------------------------|
| Nome Civil: SYLMARA MARIA DA SILVA SANTOS (VÍTIMA) |
| Nome Civil: LUCILENE MARIA DA SILVA (COMUNICANTE)  |
| Nome Civil: JORAN (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)         |
| Nome Civil: DAIANE DA MOTA LEITE (TESTEMUNHA)      |
| Nome Civil: VENICIUS (VÍTIMA (AUSENTE))            |

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

| Envolvido(a) | Grupo   | Subgrupo                                     | Descrição | Vínculo      |
|--------------|---------|----------------------------------------------|-----------|--------------|
| Joran        | Veículo | Automóvel/Utilitário/Caminhoneta/Caminhonete |           | Proprietário |

RELATO/HISTÓRICO

RELATA QUE SUA FILHA SYLMARA MARIA DA SILVA SANTOS NO DIA, HORA E LOCAL SUPRACITADO VINHA CAMINHANDO PELO ACOSTAMENTO POR UMA AVENIDA DESTA CIDADE EM DIREÇÃO A CIDADE DE FEIRA NOVA-SE NA COMPANHIA DE VENICIUS, MOMENTO EM QUE ESTES FORAM ATROPELADOS POR TRÁS POR UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO CONDUZIDO POR UM POLICIAL MILITAR CONHECIDO POR JORAN; QUE JORAN EVADIU-SE DO LOCAL DO CRIME NÃO PRESTANDO ATENDIMENTO MÉDICO AS VÍTIMAS ACIMA CITADAS; QUE SYLMARA E VENICIUS FORAM SOCORRIDOS POR UMA EQUIPE DA SAMU, SENDO ENCAMINHADOS PARA O HOSPITAL DESTA CIDADE E POSTERIORMENTE PARA O HUSE DE ARACAJU-SE FACE A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS; QUE SYLMARA DESDE O DIA 24/12/2018 SE ENCONTRA INTERNADA NA UTI DO HUSE EM ESTADO GRAVE; QUE VENICIUS FICOU LESIONADO FISICAMENTE NO BRAÇO ESQUERDO, SENDO NECESSÁRIO FAZER CIRURGIAS NO BRAÇO AFETADO PELO ACIDENTE; QUE A TESTEMUNHA DAIANE PRESENCIOU O ACIDENTE.



Delegado de Polícia Civil: Samuel Souza de Brito Oliveira  
Impresso por: Samuel Souza de Brito Oliveira  
Data de Impressão: 04/03/2020 10:09  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA AISP - NOSSA  
SENHORA DA GLÓRIA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003110/2019

Logradouro: Rua Montes Claros  
Bairro: mutirão  
Telefone: (79) 99638-3646 (Celular)

CEP: 49.680-000

Nome Civil: JORAN (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Endereço

Município: Nossa Senhora da Glória - SE

Nome Civil: DAIANE DA MOTA LEITE (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: SE - Aracaju

Sexo: Feminino

Nasc: 14/05/1992

Profissão: Agricultor

Escolaridade: Ensino Fundamental Completo

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Adalgisa Nunes da Mota

Nome do Pai: Geminio Antonio Leite

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 36480134

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 068.861.985-13

Endereço

Município: Nossa Senhora da Glória - SE

Logradouro: Rua Pirapora

Nº: 341

Bairro: Mutirão

CEP: 49.680-000

Telefone: (79) 9638-3646 (Celular)

Nome Civil: VENICIUS (VÍTIMA (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 18

Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Nossa Senhora da Glória - SE

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Nome Envolvido

Envolvimentos

Joran

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

RELATA QUE SUA FILHA SYLMARA MARIA DA SILVA SANTOS NO DIA, HORA E LOCAL SUPRACITADO VINHA CAMINHANDO PELO ACOSTAMENTO POR UMA AVENIDA DESTA CIDADE EM DIREÇÃO A CIDADE DE FEIRA NOVA-SE NA COMPANHIA DE VENICIUS, MOMENTO EM QUE ESTES FORAM ATROPELADOS POR TRÁS POR UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO CONDUZIDO POR UM POLICIAL MILITAR CONHECIDO POR JORAN; QUE JORAN EVADIU-SE DO LOCAL DO CRIME NÃO PRESTANDO ATENDIMENTO MÉDICO AS VÍTIMAS ACIMA CITADAS; QUE SYLMARA E VENICIUS FORAM SOCORRIDOS POR UMA EQUIPE DA SAMU, SENDO ENCAMINHADOS PARA O HOSPITAL DESTA CIDADE E POSTERIORMENTE PARA O HUSE DE ARACAJU-SE FACE A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS; QUE SYLMARA DESDE O DIA 24/12/2018 SE ENCONTRA INTERNADA NA UTI DO HUSE EM ESTADO GRAVE; QUE VENICIUS FICOU LESIONADO FISICAMENTE NO BRAÇO ESQUERDO, SENDO NECESSÁRIO FAZER CIRURGIAS NO BRAÇO AFETADO PELO ACIDENTE; QUE A TESTEMUNHA DAIANE PRESENCIOU O ACIDENTE.



Delegado de Polícia Civil: Samuel Souza de Brito Oliveira  
Impresso por: Alfredo José de Oliveira Madsen  
Data de Impressão: 19/11/2019 16:47  
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 3

PPo - Procedimentos Policiais Eletrônicos



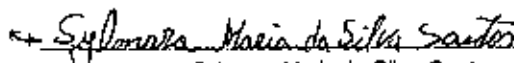
GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA AISP - NOSSA  
SENHORA DA GLÓRIA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003110/2019

ASSINATURAS

  
Alfredo José de Oliveira Madaleno  
Responsável pelo Atendimento

  
Sylmara Maria da Silva Santos  
(Vítima)

\*Declaro para os devidos fins de direito (que sou o(a) crime(s) responsável pelas informações acima apresentadas e deixo aqui poder ser respondido civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.\*

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A  
Tel 21 3861-4600 [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower  
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Declaração de Inexistência de IML



**O PEDIDO DO SEGURO DPVAT**  
**ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA**  
**PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE**  
**PAGAMENTO.**





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoraalider.com.br](http://www.seguradoraalider.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: 4020-1596 / 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

Eu, SYLMARA MANIA DA SILVA SANTOS

RG nº 3.816.397-7, data de expedição 08/08/2014

Órgão SSP/SE, CPF nº 080.111.745-53

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

|                                   |                                      |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>RUA ARIUN DE SOUZA MELLO, 327</u> |
| Número                            | <u>327</u>                           |
| Apto/Complemento                  | <u>CASA</u>                          |
| Bairro                            | <u>NOVO HORIZONTE</u>                |
| Cidade                            | <u>NOSSA SENHORA DA GLÓRIA</u>       |
| Estado                            | <u>SE</u>                            |
| CEP                               | <u>49.680-000</u>                    |
| Tel. de contato                   |                                      |
| E-mail                            |                                      |

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: N. Sra. da Glória, 08/01/2020

✓ Sylmara Maria da Silva Santos

Assinatura do Declarante

MARIA JOSÉ MENEZES OLIVEIRA  
RUA ARTON DE SOUZA MELO, 0371 - CENTRO  
NOVA SERRA FRIA DA GLÓRIA / SE CEP 49260002 (A.O. 430)

Urgente MONOFÁSICO  
CEP500 PRES MTC 01 / RESIDENCIAL - BARRA RENDA  
Rotômetro 4 - 430 - 150 - 1000 Referência Jan / 2020  
Medidor W5031153004 Emissão 09/01/2020



ENERGISA SERGIPE-DISTRIBUIÇÃO ENERGIA SA  
Rua Manoel de Sá, 51 - Jooz Barbosa  
Aracaju / SE - CEP 45040-150  
CNPJ: 12.017.452/0001-53 PABX: 270.767.436  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica: 4020.011.701  
Cód. para DDA Automático: 9999.91.007.00

Atendimento ao Cliente ENERGISA 08000 79 0196 Acesso: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF / CNPJ / RAN |
|-------------------|--------------|----------------------------------|------------------|
| Jan / 2020        | 08/01/2020   | 08/02/2020                       | 000.216.906-44   |

UC (Unidade Consumidora): 3/311974-0

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 25 de abril de 2002.  
Conheça a Gise, nossa atendente virtual do WhatsApp! Ela pode te ajudar com informações sobre débitos, enviar a segunda via da conta de energia e até fazer pedido de religação. Salve nosso número e nos chame sempre que precisar. 79 92104-0715

| Anterior                                                                                         |                               | Atual      |          | Constante              |                           | Consumo         |         | Dígitos      |                   |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------|----------|------------------------|---------------------------|-----------------|---------|--------------|-------------------|------|
| Data                                                                                             | Leitura                       | Data       | Leitura  |                        |                           |                 |         |              |                   |      |
| 08/12/19                                                                                         | 3084                          | 08/01/20   | 3158     |                        | 1                         |                 | 34      |              | 90                |      |
| Demonstrativo                                                                                    |                               |            |          |                        |                           |                 |         |              |                   |      |
| CD                                                                                               | Descrição                     | Quantidade | Tarifa   | Valor Base Calc. Atual | Valor Base Calc. Anterior | Var. Calc. P/CD | Consumo | Var. Consumo | Var. Consumo P/CD |      |
| Tabela (Tarifa) 0,240000 0,240000 0,240000 0,240000 0,240000 0,240000 0,240000 0,240000 0,240000 |                               |            |          |                        |                           |                 |         |              |                   |      |
| 0001                                                                                             | Consumo até 30kWh-GR          | 30,000     | 0,240000 | 7,20                   | 7,48                      | 25              | 1,58    | 7,48         | 0,05              | 0,24 |
| 0001                                                                                             | Consumo > 31 a 100kWh-GR      | 84,000     | 0,420000 | 35,28                  | 37,21                     | 36              | 0,42    | 37,21        | 0,18              | 0,42 |
| 0001                                                                                             | Adic. B. Amarelo              | 0,01       | 0,21     | 25                     | 0,23                      | 0,01            | 0,01    | 0,01         | 0,01              | 0,01 |
| 0010                                                                                             | Subsídios                     | 22,34      | 22,34    | 25                     | 0,23                      | 22,34           | 0,23    | 22,34        | 0,23              | 1,07 |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS                                                                           |                               |            |          |                        |                           |                 |         |              |                   |      |
| 0007                                                                                             | CONTROLE LUM. PÚBLICA         | 0,75       | 0,00     | 0                      | 2,00                      | 0,00            | 0,00    | 0,00         | 0,00              | 0,00 |
| 0004                                                                                             | JUROS DE MORA 11/2019         | 0,36       | 0,00     | 0                      | 0,00                      | 0,00            | 0,00    | 0,00         | 0,00              | 0,00 |
| 0005                                                                                             | MULTA 11/2019                 | 0,00       | 0,00     | 0                      | 0,00                      | 0,00            | 0,00    | 0,00         | 0,00              | 0,00 |
| 0008                                                                                             | ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2019 | 0,08       | 0,00     | 0                      | 0,00                      | 0,00            | 0,00    | 0,00         | 0,00              | 0,00 |
| 0009                                                                                             | Descontos Subsídios           | -23,40     | 0,00     | 0                      | 0,00                      | 0,00            | 0,00    | 0,00         | 0,00              | 0,00 |

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 55,27 00,00 11,15 00,00 0,48 2,22  
Tarifa de Tributos Adicionais 0,170000 Adicional 0,271000

|            |            |               |
|------------|------------|---------------|
| Parcela    | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
| 15/01/2020 | 15/01/2020 | R\$ 55,27     |

| Histórico de Consumo (kWh)                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22                   |
| Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19 Jun/19 Jul/19 Ago/19 Set/19 Out/19 Nov/19 Dez/19 |

RESERVADO AO FISCO  
fce6.1bb8.33b8.6519.6b5a.6b44.03c8.2c8c

| Indicadores de Qualidade |                 |            |                      | Composição do Consumo           |             |        |
|--------------------------|-----------------|------------|----------------------|---------------------------------|-------------|--------|
| Índices                  | Limite da ANEEL | Atualizado | Limite de Referência | Distribuição                    | Valor (R\$) | %      |
| DC MENOR                 | 9,15            | 0,00       |                      | Descontos de Ddt. da Energia/SE | 9,25        | 16,73  |
| DC TRIMESTRAL            | 12,30           |            | MONESAL 127          | Descontos de Energia            | 13,38       | 24,17  |
| DC ANUAL                 | 24,60           |            |                      | Descontos de Transmissão        | 0,00        | 0,00   |
| FC MENOR                 | 3,38            |            | CONTINUA DA          | Descontos de Distribuição       | 1,35        | 2,45   |
| FC TRIMESTRAL            | 5,72            |            | LIMITE SUPERIOR 117  | Descontos de Serviços           | 27,81       | 50,25  |
| FC ANUAL                 | 12,45           |            | LIMITE SUPERIOR 130  | Descontos de Outros             | 0,00        | 0,00   |
| DDC                      | 3,82            | 0,00       |                      | Total                           | 55,27       | 100,00 |
| DDC                      | 12,22           |            |                      |                                 |             |        |

**ATENÇÃO**

Se você não pagar a conta de energia no prazo estabelecido, a Energisa poderá interromper o fornecimento de energia elétrica em sua residência ou comércio.

Se você não pagar a conta de energia no prazo estabelecido, a Energisa poderá interromper o fornecimento de energia elétrica em sua residência ou comércio.

Se você não pagar a conta de energia no prazo estabelecido, a Energisa poderá interromper o fornecimento de energia elétrica em sua residência ou comércio.

**Parcelas em atraso**

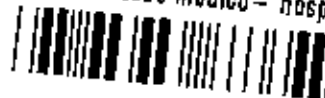
Dez/19 50,40



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

RELATÓRIO MÉDICO

Documentação médica - hospitalar



Relato para os devidos fins que o paciente SYLMARA MARIA DA SILVA SANTOS, 20 anos, deu entrada no HUSE no dia 24/12/18 com diagnóstico referente ao CID - 10 abaixo.

Submetido a tratamento ortopédico e encaminhado à UTI intubada, em ventilação mecânica e sedada.

No momento, encontra - se acordada, confusa, respirando espontaneamente. Sinais vitais estáveis.

Ainda sem data exata de alta da UTI

CID 10 - V03

Aracaju, 31/12/2018

Dr. Rafael de Souza Bastos  
CRM/SE 3002  
Médico Intensivista

Dr. RAFAEL DE SOUZA BASTOS  
CRM/SE 3002  
MÉDICO INTENSIVISTA



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

RECEITUÁRIO

Sylmara Maria da Silva

Rx: Carbamazepina 200mg ----- 03 cxs  
Uso via oral tomar, 1 comprimido de 12/12 horas.

Aracaju, 29/01/2019

  
Jacy Carine Hora Braga  
Médica  
CRM-SE 4268

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO



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

RELATÓRIO MÉDICO

Relato para os devidos fins que o paciente SYLMARA MARIA DA SILVA SANTOS, 20 anos, deu entrada no HUSE no dia 24/12/18 com diagnóstico referente ao CID - 10 abaixo.

Submetido a tratamento ortopédico e encaminhado à UTI intubada, em ventilação mecânica e sedada.

No momento, encontra - se acordada, confusa, respirando espontaneamente. Sinais vitais estáveis.

Ainda sem data exata de alta da UTI

CID 10 - V03

Aracaju, 31/12/2018

Dr. Rafael de Souza Bastos  
Diretor de Assistência Médica  
CRM 3002

Dr. RAFAEL DE SOUZA BASTOS  
CRM/SE 3002  
MÉDICO INTENSIVISTA

NOME : SYLMARA MARIA DA SILVA SANTOS

SOLICITANTE : DR (A) . -

CONVÊNIO : PT

IDADE : 20 ANOS

DATA : 07/06/19

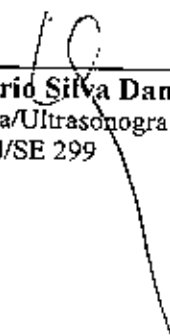
REGISTRO : 107473

DIGITADOR: Paula Anunciação

#### LAUDO RADIOLÓGICO

##### COXA E:

Fratura consolidada do 1/3 médio proximal do fêmur esquerdo/esclerose óssea reacional locorregional/presença de placa de osteossíntese/controlado P.O.

  
\_\_\_\_\_  
**Dr. Osmário Silva Dantas**  
Radiologista/Ultrasonografista  
CRM/SE 299

\_\_\_\_\_  
**Dr. Osmário Souza Dantas**  
Radiologista/Ultrasonografista  
CRM/SE 3212



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



Fundação  
Hospitalar  
de Saúde

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

À Unidade Básica de Saúde

Atendo ao paciente Silvana Maria da Silva com  
história de AVC - infarto agudo do miocárdio com sequelas neurológicas - alteração de  
consciência, para acompanhamento ambulatorial.

Aracaju, 29 de janeiro de 2019

A. D. S. S. S.

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO



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

RELATÓRIO MÉDICO

Relato para os devidos fins que o paciente SYLMARA MARIA DA SILVA SANTOS, 20 anos, deu entrada no HUSE no dia 24/12/18 com diagnóstico referente ao CID - 10 abaixo.

Submetido a tratamento ortopédico e encaminhado à UTI intubada, em ventilação mecânica e sedada.

No momento, encontra - se acordada, confusa, respirando espontaneamente. Sinais vitais estáveis.

Ainda sem data exata de alta da UTI

CID 10 - V03

Aracaju, 31/12/2018

Dr. Rafael de Souza Bastos  
CRM/SE 3002

Dr. RAFAEL DE SOUZA BASTOS  
CRM/SE 3002  
MÉDICO INTENSIVISTA



HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE SERGIPE  
GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO

PACIENTE: Sylvana Maria da Silva

1) DAPIRONA 1G 30 01 19 01 CAIXA

TOMAR 01 COMP ATÉ DE 6/6 HORAS, SE DOR.

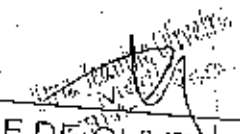
2) TRAMAL 50 MG 30 01 19 01 CAIXA

TOMAR 01 COMP ATÉ DE 6/6 HORAS, SE DOR.

X 3) CETOPROFENO 100 MG 30 01 19 01 CAIXA

TOMAR 01 COMP ATÉ DE 12/12 HORAS, SE DOR, DURANTE 5 DIAS.

Aracaju, 25 de Janeiro de 2019

  
JEANINE DE OLIVEIRA SILVA  
CRM SE 5600

HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE SERGIPE  
GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO

PACIENTE: *Sylvana Maria da Silva*

1) DIPIRONA 1G \_\_\_\_\_ 01 CAIXA

TOMAR 01 COMP ATÉ DE 6/6 HORAS, SE DOR.

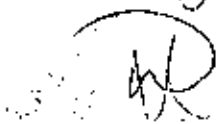
2) TRAMAL 50 MG \_\_\_\_\_ 01 CAIXA

TOMAR 01 COMP ATÉ DE 6/6 HORAS, SE DOR.

3) CETOPROFENO 100 MG \_\_\_\_\_ 01 CAIXA

TOMAR 01 COMP ATÉ DE 12/12 HORAS, SE DOR, DURANTE 5 DIAS.

Aracaju, *25 de Janeiro* de 2019



\_\_\_\_\_  
JEANINE DE OLIVEIRA SILVA  
CRM SE 5600



GOVERNO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



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

## RECEITUÁRIO

Sylmare Maria da Silva

Rx: Carbamazepina 200mg ----- 03 oxs  
Uso via oral tomar 1 comprimido de 12/12 horas.

Aracaju, 29/01/2019

  
Tacy Carmo Hora Braga  
Médica  
CRM-SE 4050

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE SERGIPE  
GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO

PACIENTE: Sylmara 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 casado.

Realizou tomografia de crânio no dia 24/01/2019, mostrando sem novos lesões.

No momento, encontra-se estável, Glasgow 13, porém com dificuldade 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 Netti
- 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

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

RECEITUÁRIO

Sylmara Maria da Silva

Rx: Carbamazepina 200mg ----- 03 cxs  
Uso via oral tomar 1 comprimido de 12/12 horas.

30 01 19

Aracaju, 29/01/2019

  
[Illegible text]

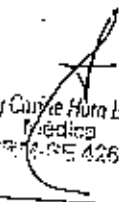
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO



SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE – HUSE

À Unidade Básica de Saúde

Encaminho a paciente Sylviana Maria da Silva com  
quadro de TCE – atropelamento – com sequelas neurológicas- alteração de  
locomotor, déficit motor- para acompanhamento ambulatorial.

  
Inacy Cayre Hora Brago  
Médica  
CRM-SE 4268

Aracaju, 29 de janeiro de 2019

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO



GOVERNO DE SERGIPE  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

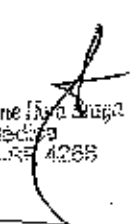


SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE

À Fisioterapia

Examinar a paciente Silviana Maria da Silva, portadora de TCE - art. 1º, inciso II, Lei 13.141/2015, para acompanhamento ambulatorial.

Aracaju, 29 de janeiro de 2019

  
Carine Faria Braga  
Médica  
CRM-SE 4265

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE SERGIPE  
GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO

PACIENTE: Syldara Maria da Silva

1) DIPIRONA 1G \_\_\_\_\_ 01 CAIXA

TOMAR 01 COMP ATÉ DE 6/6 HORAS, SE DOR.

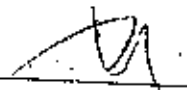
2) TRAMAL 50 MG \_\_\_\_\_ 01 CAIXA

TOMAR 01 COMP ATÉ DE 6/6 HORAS, SE DOR.

3) CETOPROFENO 100 MG \_\_\_\_\_ 01 CAIXA

TOMAR 01 COMP ATÉ DE 12/12 HORAS, SE DOR, DURANTE 5 DIAS.

Aracaju, 25 de Janeiro de 2019

  
\_\_\_\_\_  
JEANINE DE OLIVEIRA SILVA  
CRM SE 5600



**RELATÓRIO 0616 / 2019 REFERENTE À OCORRÊNCIA**

**NÚMERO: 1812230937 / ESUS - SAMU**

O **SAMU 192 SERGIPE** foi acionado às 21h25min do dia 23 de Dezembro de 2018, para atendimento de vítima identificada como **Sylmara Maria da Silva Santos**, com relato de trauma no trânsito, no município de Nossa Senhora da Glória.

A equipe da **Unidade de Suporte Básico - Nossa Senhora da Glória** realizou atendimento no local, seguido de remoção para o **Hospital Regional** do município de Nossa Senhora da Glória para estabilização, sendo em seguida transferida pela equipe da **Unidade de Suporte Avançado - Nossa Senhora da Glória** para o **Hospital de Urgência de Sergipe - HUSE** no município de Aracaju, onde deixou a paciente aos cuidados da equipe.

Aracaju, 09 de Maio de 2019

*Dr.ª Mary Aze Machado Tereza*  
**MÉDICA**  
CRM 1720

*Dr.ª* **Andréa Lenir Bastos Paiva Nery**  
**Coordenadora Médica**  
**SAMU 192 SERGIPE**



GOVERNO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO DO ESPORTE E DA CULTURA  
DIRETORIA REGIONAL DE EDUCAÇÃO-DRE'09  
**ESCOLA ESTADUAL PADRE LÉON GREGÓRIO**  
**NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - SE**

**DECLARAÇÃO**

*Escola Estadual Pe. Leon Gregorio*  
Av. Manoel Venancio Cunha, 590  
B. Novo Horizonte - N. Sra. da Glória/SE  
CEP 49.680-000 - Tel. (79) 3411-2800

Declaramos para os devidos fins de comprovação que o aluno **VANDEILSON AMBROSIO DA SILVA**, nascido em 02/05/2004 filho de **EDINALDO AMBROSIO DA SILVA** e de **LUCILENE MARIA DA SILVA**.

O aluno foi matriculado no ano de 2018 no 5º Ano do Ensino Fundamental e tendo sido **APROVADO (A) POR MÉDIA**, portanto tendo o direito de se matricular no 6º Ano do Ensino Fundamental.

O calendário do ano letivo de 2018 só encerrará 24/01/2019, sendo assim, a transferência só poderá ser emitida após essa data, respeitando o prazo legal de expedição de 30 (trinta) dias.

Nossa senhora da Glória/SE, 08 de janeiro de 2019.

  
ANDRÉ LUIS SANTOS  
SECRETÁRIO

André Luis Santos  
Secretário  
Portaria 1668/2017

NOME DO PACIENTE: SYLMARA MARIA DA SILVA SANTOS  
DATA DA ENTRADA: 24/12/2018  
DATA DA SAÍDA: 29/01/2019

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.

INTERNAMENTO: PS ( ) ENFERMARIA ( ) UTI (X)

## HISTÓRICO CLÍNICO:

PACIENTE LITIGA DE ATROFICAMENTO COM DIAGNÓSTICO DE POLIMIALGIA. APRESENTANDO FRATURA EM REGIÃO PROXIMAL DO FÊMUR ESQUERDO, FERIMENTO EXTENSO EM REGIÃO POSTERIOR DA COXA, ESCORIAÇÕES E TILUMA (RANIO-EXCESSIVO) DEBILIDADE LESÃO AXILAR DIFUSA INTERMITENTE, SUBMETIDA A PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS ORTOPÉDICOS SUTURADO O FERIMENTO DA COXA TILUS FECHADA PELA UTI, FOI OBSERVADO FRATURA EM CLÁVICULA DIREITA, LESÃO AXILAR DIREITA COM PERDA DE SUBSTÂNCIA, LESÃO EM PE-DIREITO, PERMANECER EM HOSP COM BOA EVOLUÇÃO TEVE ALTA DA UTI, TRANSFERIDA PARA ENFERMARIA DAS CLÍNICAS DA CLÍNICA MÉDICA E SOB OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA TEVE ALTA HOSPITALAR PARA SEGUIMENTO AMBULATORIAL EM 29/01/2019.

## HISTÓRICO CIRÚRGICO:

FOI SUBMETIDA A PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS ORTOPÉDICOS PARA RECUÇÃO DA FRATURA EXPÔSTA SUBTILANTEICA DO FÊMUR ESQUERDO, SOB ANESTESIA VERMOSA E RAQUIANESTESIA.

## EXAMES COMPLEMENTARES:

TELEEXAME DE CÂMBIO, RADIOLOGIAS DE BACIA DO FÊMUR ESQUERDO, DA FÊMUR ESQUERDO, DO TÓRAX, HETEROMANOS, ELETROLITOS.

## MÉDICOS ASSISTENTES:

DR ESTEBAN ALBIZURI, DR PAULO ROBERTO S. JACOBSON SA  
DR LAMAY A. DE OLIVEIRA  
DR THIAGO MARINHA LOPES  
DRA LUCIMILLA DE MACALHANS (ARTEFICIA)  
DRA JAMILLA B. MARTO  
DR ROBERTO O. PASSOS

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

ARACAJU, 30 de Janeiro de 2019

Los. Souza de Mendonça  
CPF: 201.401.923-04  
Médico  
Rég. SE 1610

Dr. Luiz C. Almeida  
MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

ASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. 0 BE: 1832447  
CNS:DATA: 24/12/2018 HORA: 01:46 USUARIO: TSANTOS  
SETOR: 04-PS VERMELHA

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

FAE LANÇA

NOME : SYLMARA MARIA DA SILVA SANTOS DOC...: 38163977  
 IDADE...: 20 ANOS NASC: 05/10/1998 SEXO...: FEMININO  
 ENDEREÇO...: RUA MONTE CLAROS NUMERO: 327  
 COMPLEMENTO...: BAIRRO: MUTIRAO  
 MUNICIPIO...: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE CEP...: 49680-000  
 NOME PAI/MAE...: JOSE CARLOS PEREIRA DOS SANTOS/LUCILENE MARAI DA SILVA  
 RPS: ONSAVEL...: MAE TEL...: 79-99831.  
 PROCEDENCIA...: NOSSA SENHORA DA GLORIA 40  
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO  
 CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE...: NAO TRAUMA: NAO  
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA: [ 110 X 70 mmHg ] PULSO: [ 120 ] 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: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

História de atropelamento. Com ferimento traumático aberto em face  
 + escoriações em região antebraço D. Paciente trazido pelo Samu em  
 ventilação mecânica e protocolado.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: Atropelamento + TCE

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Rx crânio + Rx tórax + fêmur E + fêmur D

Rx. NCh + Cir. Geral + Ortopedia.

① Cefotaxima 1g (2x) + Sst 500 ml (1M)

② SRL 1000ml (2x) ③ Sonda Cateter de Urina 16Fr. instalada

HORA DA SAIDA:

HORA DA SAIDA: :

DECISAO: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA  
☐ ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

BITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PA

MUSE

SIGNATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL  
 REGISTRO: *[assinatura]*

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Data: 24/12/2018

Esteban Albizuri

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

FICHA DE INTERNACAO  
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 181965  
Numero do CNS.....: 00000000000000000000 700409922751845  
Nome.....: SYLMARA MARIA DA SILVA SANTOS  
Documento.....: 38163977 Tipo :  
Data de Nascimento: 5/10/1998 Idade: 20 anos  
Sexo.....: FEMININO  
Responsavel.....: JOSE CARLOS PEREIRA DOS SANTOS  
Nome da Mae.....: LUCILENE MARAI DA SILVA  
Endereco.....: RUA MONTE CLAROS 327  
Bairro.....: MUTIRAO Cep.: 49680-000  
Telefone.....: 79-998314640  
Município.....: 2804508 - - SE  
Nacionalidade.....: BRASILEIRO  
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 1832447  
Clínica.....: 915 - PS VERMELHA  
Leito.....: 999.0035  
Data da Internacao: 24/12/2018  
Hora da Internacao: 02:18  
Medico Solicitante: 004.338.349-19 - ESTEBAN ALBIZURI  
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO  
Diagnostico.....: NAO INFORMADO  
Identif. Operador.: TSANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

Proc. Realizado:  
Dt. Hr Saida:  
Especialidade:  
Tipo de Saida:  
CID Principal:  
CID Secundario:  
Principal:  
Secundario:  
Outro:

X

24 12

8

UTI



GOVERNO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE  
ESTADO DA SAÚDE



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente: **Sylmara Maria da Silva**

Data: 28 / 01 / 2019

Quarto/Leito: 407-2 Idade: 20anos Sexo: F Registro: 181965

HD: Atropelamento/TCE grave (LAD?)/FX fêmur/Luxação pé esquerdo?

| Prescrição |                                                                                                                             |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1          | Dieta VO a critério da nutrição                                                                                             |
| 2          | SF0.9% 500ml EV em 24hs                                                                                                     |
| 3          | Meropenem 1g+SF0.9% 100ml EV de 8/8hs D 2/17                                                                                |
| 4          | Clexane 40mg SC 1 vez ao dia                                                                                                |
| 5          | Omeprazol 40mg EV pela manhã OU Antak 2ml EV de 12/12hs                                                                     |
| 6          | Dipirona 2ml EV de 6/6hs SOS                                                                                                |
| 7          | Bromoprida, Ondansetrona ou Plasil: 2ml EV de 8/8hs SOS                                                                     |
| 8          | Lactulona ou Óleo Mineral 30ml VO de 8/8hs SOS                                                                              |
| 9          | Carbamazepina 200mg VO de 12/12hs 8/8hs                                                                                     |
| 10         | Diazepam, 10mg, VO de 12/12 horas                                                                                           |
| 11         | NBZ de 8/8hs: SF0.9% 5ml+Atrovent 20gts                                                                                     |
| 12         | Fenergam 1 amp + Haldol 1 amp, IM, se agitação                                                                              |
| 13         | Glicemia capilar se necessário:                                                                                             |
| 14         | Insulina regular SC conforme esquema:<br><200: 0 UI 201-250: 2 UI 251-300: 4 UI<br>301-350: 6 UI 351-400: 8 UI > 401: 10 UI |
| 15         | Glicose 25% : 04 ampolas EV, se glicemia < 70 mg/dl<br>Captopril 25mg VO se PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 100mmHg                    |
| 16         | Fisioterapia Motora e Respiratória 2 vezes ao dia                                                                           |
| 17         | SSVV+CCGG de 6/6hs                                                                                                          |
| 18         | Acompanhamento da Ortopedia                                                                                                 |
| 19         | Aguarda RX de quadril e pé esquerdo OK                                                                                      |
| 20         |                                                                                                                             |
| 21         |                                                                                                                             |
| 22         |                                                                                                                             |
| 23         |                                                                                                                             |
| 24         |                                                                                                                             |
| 25         |                                                                                                                             |
| 26         |                                                                                                                             |

*[Handwritten signatures and notes]*

Dr. Antônio Princes Cabral  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM 880

Dr. Ricardo  
CORREIA  
CRM 11135

9a101119

Nome do Paciente:

Sylomena Maria Silva Santos

Idade: 20

Página

Sexo:

Unidade de Produção:

Leito:

Nº do Prontuário:

DATA

HORA

HISTÓRICO

Neurocirurgia

Paciente vítima de atropelamento mediante  
4 TUB grave, e necessidade de 105 + m  
e alta por 100 mmHg / fentanil

EN: GCS 3T RAS-5

Pupila mictica

Flex. inspec. e des.

TC de crânio ST alteração neurocirúrgica apud.  
+ cefal

LDx: L80

Internada pela NCR.

Quedes.  
Neurocir.  
CRM-55

24/12/18 (9:00)

\* FAST

FAST Negativo no momento!

24/12 09:10

# CIRURGIA - GERAL

-> Politrauma

Paciente GRAVE! Entubada, bem oxigenada ao ventitador.  
Apresenta dor na coxa (E). Não possui dor abdominal  
ou distensão. Sinal de RANSAY S. / TCE GRAVE!

ABD (-) Plano, normotenso e sem MP

TC de ABDOME -> Sem sinal de sangramento ou líquido li-  
vno em cavidade.

FAST - (-) Negativo!!

CD: (A) Sem conduta cirúrgica no momento

(B) A disposição

Antônio Almeida  
CRM-55

# EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE

INTERNAMENTO PEDIÁTRICO

Nome do Paciente:

Sylmaria Maria do S. Santos

Idade: 03a Sexo: F

Unidade de Produção:

Leito:

Nº do Prontuário:

DATA HORA

HISTÓRICO

24/12/18

Paciente vítima de atropelamento,  
curando com ferimentos expostos do jo-  
elho proximal e. Entubada, com TCE.  
Admitido a cirurgia de controle de dor  
ortopédica (fixação inferior do coxo e +  
desenho de ferimento externo em face  
posterior da coxa).  
Ude prescrição  
Reax-f-da-Neuroca

Marta Barreto  
Pediatria/Traumatologia  
CRM 3177



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE

UTI 2 ANDAR

EVOLUÇÃO MÉDICA

NOME Syilmara Maria da Silva Santos  
 IDADE: 20 SEXO: F LEITO 24  
 PRONTUÁRIO 181.965 UP: UTI-2

DATA: 25/12/18 HORA 7-19h DIAS NA UNIDADE 24/12/18 DIH: 24/12/18

DIAGNÓSTICO - Politrauma (estopelamento)

- TCE grave  
- lesão costal contusa em  
após-velho (D.)

PROCED. ☒ IOT ☐ TQT ☒ VM ☐ CVC stto        dias  
 INVASIVO ☒ SNE ☒ SVD ☐ outro       

CONTROLES (ÚLTIMAS 24H)

FEBRE 35,2-35,6°C GLICEMIAS         
 Δ PAS/PAD 132-101/93-60                
 DIURESE 550ml(12h) 200 179

BALANÇO HÍDRICO

GANHOS 1066  
 PERDAS 550  
 TOTAL 1316

DIETA

☐ ORAL ☒ ENTEF  
 EVACUAÇÃO  
☐ SIM ☐ NÃO 22 c

MEDICAÇÃO

☐ CLEXANE Ceftriaxona  
☒ RANITIDINA ou IBP Cloxaciclina  
☒ CABEÇEIRA ELEVADA ☐ NORA        mcg/Kg/min  
☐ MIDAZ 10 mL/h ☐ NIPRIDE        mL/h

☐ DOBUTA        mcg/Kg/min  
☐ TRIOIL        mL/h  
☒ FENTANIL 10 mL/h

OUTRO        mL/h  
 OUTRO        mL/h  
 OUTRO        mL/h

EXAME FÍSICO

AP. RESP. MV em APT-RA Sato<sub>2</sub> = 99%  
 MODOS PCV PRESS. 15 PEEP 3 FIO2 40% Vol. Corr GASO: pH        pO2        pCO2        BIC        sat       

CARDIOVASC. CRNT em 2º grau FC = 92 PA = 100 x 70

NEUROL. RASS-4

ABDOME plano, flácido, RHA+

MEMBROS limp, perfundidos, edema

Hb = 8,0g Hct = 15,6%

Hto = 21,9% Rlt = 152.000

Nr = 7

Kr = 7

Ureia = 22

Creat = 0,52

IMPRESSÃO E CONDUTAS:

Paciente em VM modo PCV rotacionando 33%, bem hemodinamicamente estável com DVA, com redução da contagem de Entanil - medicação em curso  
paciente com lesões por pressão em estádio I e II controladas  
CD = 0 Suporte nutricional  
o resumo farmacológico  
o Análise com diurese  
Dr. Bruno Silva Alves  
MEC 4017  
de regulagem de TVP

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE

UTI 1 ANDAR

EVOLUÇÃO MÉDICA

NOME Sylmara Marie Santos

IDADE: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_

LEITO 04

PRONTUÁRIO \_\_\_\_\_

UP: \_\_\_\_\_

DATA: 09/01/19HORA 7h-19h

DIAS NA UNIDADE \_\_\_\_\_

DIH: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO

Politrauma + TCEFratura de fêmurFratura clavícula direita

PROCED.

INVASIVO

☐ IOT☐ SNE☐ TQT☒ SVD☐ VM☐ CVC sítio \_\_\_\_\_

dias

☐ outro \_\_\_\_\_

CONTROLES (ÚLTIMAS 24H)

FEBRE \_\_\_\_\_

Δ PAS/PAD \_\_\_\_\_

DIURESE \_\_\_\_\_

GLICEMIAS \_\_\_\_\_

BALANÇO HÍDRICO

GANHOS \_\_\_\_\_

PERDAS \_\_\_\_\_

TOTAL \_\_\_\_\_

DIETA

☐ ORAL ☐ ENTERAL

EVACUAÇÃO

☐ SIM ☐ NÃO \_\_\_\_\_

MEDICAÇÃO

☐ CLEXANE \_\_\_\_\_☐ RANITIDINA ou IBP \_\_\_\_\_☐ CABEÇEIRA ELEVADA \_\_\_\_\_☐ NORA \_\_\_\_\_☐ NIPRIDE \_\_\_\_\_☐ MIDAZ \_\_\_\_\_

mg/Kg/min

mL/h

mL/h

☐ DOBUTA \_\_\_\_\_☐ TRIDIL \_\_\_\_\_☐ PENTANIL \_\_\_\_\_

mg/Kg/min

mL/h

mL/h

mL

mL

mL

EXAME FÍSICO

AP. RESP. UV+ AHT SLRA

MODO \_\_\_\_\_

PRESS. \_\_\_\_\_

PEEP \_\_\_\_\_

FIO2 \_\_\_\_\_

Vol. Corr. \_\_\_\_\_

GASO: pH \_\_\_\_\_

pO2 \_\_\_\_\_

pCO2 \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

sat. \_\_\_\_\_

CARDIOVASC. BRUF em 2T S/ soprosNEUROL. abertura ocular aos comandosABDOM. flácido, plano, sem peristaltismo ativoMEMBROS normoperfundidos, sem edemas

IMPRESSÃO E CONDUTAS:

Paciente segue estável, em ventilação espontânea, sem sedação, sem PUS, hemodinamicamente estável, sem intercorrências até o momento.

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE  
UTI 1º ANDAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA  
MULTIDISCIPLINAR

NOME LEITO: Enylineia Maria de S. Santos IDADE: 20 SEXO: F  
04 PRONTUÁRIO

DATA: 08/11/19 = Placenta Normal (19h-7h)

20-00h # Poliúria + TEG

Permeabilidade vascular, eufórica,  
normal feto e a placenta  
Ab. PV - 15 RN

Ab. resp - MV 4 (6)

Ab. - 20h

DIU MAP - OK.

09/11/19  
06h

Resumo - Agitação e eixo de Primu

André Pereira Neto  
Médico Intensivista  
CRM 1043

André Pereira Neto  
Médico Intensivista  
CRM 1043

NOME Silmaris Maria da Silva Santos  
 IDADE: 20 anos SEXO: F LEITO 04  
 PRONTUÁRIO 181965 UP: \_\_\_\_\_

DATA: 06/01/19 HORA 07:19H DIAS NA UNIDADE \_\_\_\_\_ DIH: \_\_\_\_\_

## DIAGNÓSTICO

1. Politrauma (ATB)  
 2. TCE  
 3. Fração fêmur (E)  
 4. Mal fixação externa

5. Fração clivela (D)

PROCED. ☐ IOT ☐ TQT ☐ VM ☐ CVC s/ fio \_\_\_\_\_ dias  
 INVASIVO ☐ SNE ☐ SVD ☐ outro \_\_\_\_\_

## CONTROLES (ÚLTIMAS 24H)

FEBRE \_\_\_\_\_ GLICEMIAS \_\_\_\_\_  
 Δ PAS/PAD \_\_\_\_\_  
 DIURESE \_\_\_\_\_

## BALANÇO HÍDRICO

GANHOS \_\_\_\_\_  
 PERDAS \_\_\_\_\_  
 TOTAL \_\_\_\_\_

## DIETA

☐ ORAL ☐ ENTERAL  
 EVACUAÇÃO  
☐ SIM ☐ NÃO \_\_\_\_\_ di.

## MEDICAÇÃO

☐ CLEXANE \_\_\_\_\_  
☐ RANITIDINA ou IBP ☐ NORA \_\_\_\_\_ mg/Kg/min ☐ DOBUTA \_\_\_\_\_ mg/Kg/min \_\_\_\_\_ mL/h  
☐ CABEÇEIRA ELEVADA ☐ NIPRIDE \_\_\_\_\_ mL/h ☐ TRIDIL \_\_\_\_\_ mL/h \_\_\_\_\_ mL/h  
☐ MIDAZ \_\_\_\_\_ mL/h ☐ FENTANIL \_\_\_\_\_ mL/h \_\_\_\_\_ mL/h

## EXAME FÍSICO

AP. RESP. MV @ on 7-11-12

MODO VE PRESS. \_\_\_\_\_ PEEP \_\_\_\_\_ FIO2 \_\_\_\_\_ Vol. Corr \_\_\_\_\_ GASO: pH \_\_\_\_\_ pO2 \_\_\_\_\_ pCO2 \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_ sat \_\_\_\_\_

CARDIOVASC. BRV em 24. 80 bpm

NEUROL. G 13 (03V4M6) S. S. S. S.

ABDOMEN NDN. R. H. @

MEMBROS sem edema. MIE edemato. Mal fixação de fratura. Fratura no MTC.

## IMPRESSÃO E CONDUTAS:

1. Crédito UTI.  
 2. Affixação cirúrgica ortopédica  
 3. Ap. digestiva, s/ fio no dedo anelar  
 4. Conexão 50

06/01/19  
 10:50  
 205-000001-100001

NOME Sybilma Maria de Silva  
 IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: F LEITO 024  
 PRONTUÁRIO \_\_\_\_\_ UP: UTI-1

DATA: 08/01/19 HORA Almo - 12h30 DIAS NA UNIDADE \_\_\_\_\_ DIH: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO Politrauma Supratentorial  
ECF  
Fx de Fêmur Esq.  
Fx Clavícula D.

PROCED. INVASIVO ☐ IOT ☐ TQT ☐ VM ☐ CVC sítio \_\_\_\_\_ dias  
☒ SNE ☐ SVD ☒ outro VP em PSE

## CONTROLES (ÚLTIMAS 24H)

FEBRE Não GLICEMIAS 126 / 100  
 $\Delta$  PAS/PAD Estável  
 DIURESE +++

## BALANÇO HÍDRICO

GANHOS 2574  
 PERDAS sem Qdfe  
 TOTAL ?

## DIETA

☒ ORAL ☐ ENTE  
 EVACUAÇÃO  
☐ SIM ☒ NÃO

## MEDICAÇÃO

☐ OLEXANE

☐ RANITIDINA ou IBP

☒ CABEÇEIRA ELEVADA

☐ NORA \_\_\_\_\_ mcg/Kg/min

☐ NIPRIDE \_\_\_\_\_ mL/h

☐ MIDAZ. \_\_\_\_\_ mL/h

☐ DOBUTA \_\_\_\_\_ mcg/Kg/min

☐ TRIDIL \_\_\_\_\_ mL/h

☐ FENTANIL \_\_\_\_\_ mL/h

## EXAME FÍSICO

AP. RESP. RD 12 lpm, SpO<sub>2</sub> 99%

MODO \_\_\_\_\_ PRESS. \_\_\_\_\_ PEEP \_\_\_\_\_ FIO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ Vol. Corr. \_\_\_\_\_ GASO: pH \_\_\_\_\_ pO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ pCO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_ sat

CARDIOVASC. FC: 105 lpm / PA: 110 x 60

NEUROL. Vigil, sem alterações, reflexos?

ABDOM. Plano e macio

MEMBROS Quadr. inferiores, sem edema. Fixado em PSE

## IMPRESSÃO E CONDUTAS:

HMD estável, sem DVA.  
Captação em VE, sem O<sub>2</sub> suplementar  
Sem sinais de dor no momento  
Análise com diário Depoimento de Analgesia e Suprimento de Vol.  
para paciente não se apresenta com delírios agitados (hipertensão)

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE  
UTI 1º ANDAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA  
MULTIDISCIPLINAR

NOME LEITO Silvana Maria da Silva  
04

IDADE 20 SEXO F  
PRONTUÁRIO 181965

DATA

# PLANTÃO DIURNO # 04h - 19h  
# Plantão: Marcel  
M.A.: Ismael

# ADMISSÃO HUSE: 29/12/18  
UTI: 25/12/18

# HD: 1 - Politrauma  
2 - TCE  
3 - Fratura de fêmur Esquerdo  
4 - Fratura clavícula D.  
5 - Luxação per D.

# DISPOSITIVOS EM USO:  
- AVP  
- LU

# CONTROLES ÚLTIMAS 24h:  
Dox: 36,2 - 37,5°C  
AFE: 94 - 117 bpm  
DFA: 11 - 15 ipm  
DAS: 408 - 134 mmHg  
DPA: 69 - 90 mmHg  
Glicemia: 128 - 80 - 100  
Diurese: 1210 - 1 ml/kg/h  
BH: 1238 - 1240 - 600 - 372  
Depos: ⊕

# MEDICAÇÕES EM USO:  
- Metadone 15mg/dia  
- Clonazepam 10mg 12/12h  
- Haloperidol 0,5mg 12/12h  
- Sedação defeta  
- DVA

# Paciente em regular estado geral, sem  
discrepâncias hemodinâmicas  
estáveis, respiração em ventilação espontânea.  
Paciente calma e colaboradora.  
ECG: 15

# FAE: NEG, RAO, Supercarada (+pul)  
AR: LU + em BIA  
CA: ...

## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE

UTI 1 ANDAR

## EVOLUÇÃO MÉDICA

NOME Sylmara Maria de Jesus Santos  
 IDADE: 20 anos SEXO: F LEITO 04  
 PRONTUÁRIO 1832447 UP: \_\_\_\_\_

DATA: 04-01-19HORA 07-09H

DIAS NA UNIDADE \_\_\_\_\_

DIH: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO

1. Polipneumonia2. TCE3. Fratura do fêmur (E)4. Fratura da tíbia (D)5. Luxação pé (D)PROCED.  
INVASIVO☐ IOT☐ TQT☐ VM☐ CVC sítio \_\_\_\_\_

dias \_\_\_\_\_

☐ SNE☐ SVD☐ outro \_\_\_\_\_

CONTROLES (ÚLTIMAS 24H)

FEBRE \_\_\_\_\_

GLICEMIAS \_\_\_\_\_

Δ PAS/PAD \_\_\_\_\_

DIURESE \_\_\_\_\_

BALANÇO HÍDRICO

GANHOS \_\_\_\_\_

PERDAS \_\_\_\_\_

TOTAL \_\_\_\_\_

DIETA

☐ ORAL ☐ ENTER

EVACUAÇÃO

☐ SIM ☐ NÃO \_\_\_\_\_ d

MEDICAÇÃO

☐ CLEXANE☐ RANITIDINA ou IBP☐ NORA \_\_\_\_\_ mcg/Kg/min☐ CABEÇEIRA ELEVADA☐ NIPRIDE \_\_\_\_\_ mL/h☐ MIDAZ \_\_\_\_\_ mL/h☐ DOBUTA \_\_\_\_\_ mcg/Kg/min☐ TRIDIL \_\_\_\_\_ mL/h☐ FENTANIL \_\_\_\_\_ mL/h

EXAME FÍSICO

AP. RESP. MV+ em AHA. DRA.MODO VE PRESS. \_\_\_\_\_ PEEP \_\_\_\_\_ FIO2 \_\_\_\_\_ Vol. Corr \_\_\_\_\_

GASO: pH \_\_\_\_\_ pO2 \_\_\_\_\_ pCO2 \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_ sat \_\_\_\_\_

CARDIOVASC. BR MF em 24.NEUROL. G 15.ABDOM. MM. RHA ⊕.MEMBROS psinf + TP.

IMPRESSÃO E CONDUTAS:

1. Cuidados UTI.2. Aferir dados c/ sigla ortopédica p/ dia 12/01/19Plano Noto.Parar em BEB.Ampliar e dar mais fexos abdominaisCondição e...

Marcelo Trindade da  
 Medica  
 CRP 3336

Indaia Cruz  
 20-20

**HUSE**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE  
GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHOUNIDADE DE TERAPIA  
INTENSIVA - UTI 1EVOLUÇÃO  
MÉDICO DIARISTANOME SYLMARA MARIA DA SILVA SANTOS

IDADE \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ LEITO \_\_\_\_\_

PRONTUÁRIO \_\_\_\_\_ UP \_\_\_\_\_

## EVOLUÇÃO E PLANO TERAPÊUTICO DIÁRIO

02/01/19 Paciente estável. Hiperlipidemia em uso

Eupneico em vent. PP: 120 + 90 mmHg

Cura H. O. mantida

Dr. [illegible]  
[illegible]  
[illegible]

02/01/19

Paciente mantendo quadro de

em uso de

PP: 120 + 70 mmHg

Cura H. O. mantida

## OBJETIVO DIÁRIO:

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

02/01/19 Paciente estável. Hiperlipidemia em uso

Eupneico em vent. PP: 120 + 90 mmHg

Cura H. O. mantida

Cura H. O. mantida

① Fome Heparina ② EAS ③ Apneia

## OBJETIVO DIÁRIO:

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



18

EVOLUÇÃO CLÍNICA: PLANTONISTA TARDE E NOITE

| HORA |                       |
|------|-----------------------|
| 12   | Planta ciria (7 - 9h) |
| 18   | * Polímeros           |
|      | * TCS                 |
|      | * Astm. Fémur Genuo   |
|      | * VM @                |
|      | * Drogas: rapastin @  |
|      | * Soro: rapastin @    |
|      | * Anticoagulante @    |

TA: 35.7°C - 36.9°C  
 Glicemia: ??  
 SPM 12h  
 GAMA 3112 : Proteína: 374-DM - 1h - 7-92-  
 HCO: 16.000 : Creatinina: 0.56

Planta vital: um 7a e 8a semana.  
 Pulmão esquerdo: EUPNEIA SA 99%  
 Pulmão direito: BOM.  
 RM FE: 93 PA: 107+66.  
 Boa Pólio Pulso  
 ar: Normal.

*(Handwritten signature)*

03/01/19 - Planta Novena - 19h-7h.

2h  
 II | Alimentação + TCS  
 Trat. de Fémur (E)

(b) Torção, manuseio, perfuração e outras vitais  
 uterinas

Ar-PU - RMC  
 Ar-REF - MU (b)  
 Ab - uchi.

Druse - OK

André Ferreira Neto  
 Médico Intensivista  
*(Signature)*

04 - Plantão

*(Handwritten initials)*

André Ferreira Neto  
 Médico Intensivista  
*(Signature)*

NOME  
LEITO

Sybmara Maria da Silva Santos

IDADE  
PRONTUÁRIO

SEXO F

DATA

02.01.19

19-07h

Dr. Hyder Aragão

# Politrauma (atropia -  
mento)

# TCE

# Fratura fêmur E

# Fratura clavícula D

# Luxação pt D.

- Dieta oral

- Sem medicação sem droga vasoativa

- Sem ventilação mecânica

- FC = 116; S/D = 96%; PA = 105/60

- Sono leve (fez uso de haloperidol)

- Bulhas matas, oxímétricas, rítmicas e tempo

- Abdomen plano, flácido, ruído líquido

- T.D. Estável

- C.D. Mantida

Hyder Aragão de Melo  
Médico  
CRM 12.121

Amo / 08/01/19  
08/01/19

Dr. Antônio Franco Calad  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 888

EVOLUÇÃO CLÍNICA: PLANTONISTA TARDE E NOITE

HORA

01.01.19

Planta Noturno

Paciente evolui bem, sem dor  
na região operada

Síndromes: ?

Arterial: ?

Arterial: ?

Cardíaco: ?

T: 36

FC: 105

PA: 112/64

HGT: ?

Sat: 95%

Diur (P)

em Sinais de vida

Arão S. Castro

CRM 5004

01 JAN 2019

02/01/19

Apresenta melhorias

em 1/4

Dr. Antônio Franco Cabral

Ortopedia / Traumatologia

CRM 820

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE  
UTI 1º ANDAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA  
MULTIDISCIPLINAR

NOME  
LEITO

Salvatore Francis

IDADE  
PRONTUÁRIO

SEXO

DATA

31/12/2018

Plantão (7-19h)

TCH

Acordado, com conforto  
verbal

calma, reflexos  
respostas a comandos  
direta a VO

PA = 130/70 mmHg

Dr. Antônio Sérgio Andrade  
Médico  
CRM 1044 - SE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE  
UTI 1º ANDAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA  
MULTIDISCIPLINAR

NOME Silmara Maria da Silva Santos IDADE 30a SEXO F  
LEITO 04 PRONTUÁRIO 181965

DATA

25.12.18

Serviço Social

8:07h

Mantido contato com genitoras (Lucilene) da família para ingressar a admissão da paciente na ala. Dada orientações quanto rotina da UTI e solicitação dos documentos e materiais de higiene. Informado horário de visita.

Maria Joelia Santana Andrade  
Assistente Social  
CRESS: 753 - 18ª Região

26.12.18

Serviço Social de Internamento

16:03h

Solicitação de relatório médico para fins jurídicos, a pedido da mãe para fins investigativos quanto ao desaparecimento da filha.

Maria Joelia Santana Andrade  
Assistente Social  
CRESS: 753 - 18ª Região

31/12/18

Nota de encaminhamento  
para o Departamento de  
Investigação Social  
do Conselho  
Municipal de  
Defensoria Pública

Dr. Antônio Leão Lacerda  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-430

NOME Silvana Maria da Silva Santos  
 IDADE: 26 anos SEXO: F LEITO 04  
 PRONTUÁRIO 181965 UP: \_\_\_\_\_

DATA: 30.12.18 HORA 07:15H DIAS NA UNIDADE \_\_\_\_\_ DIH: \_\_\_\_\_

## DIAGNÓSTICO

1. Politermia (Atrapelamento) s. Fratura clavícula ①
2. TCE
3. Fratura femur ① no fixado
4. Lesão antebraço com perda de substância (Axila ①)
5. Luxação pé ①

## PROCED.

## INVASIVO

☐ IOT☐ TQT☐ VM☐ CVC sítio \_\_\_\_\_ dias \_\_\_\_\_☐ SNE☒ SVD☐ outro \_\_\_\_\_

## CONTROLES (ÚLTIMAS 24H)

FEBRE \_\_\_\_\_

GLICEMIAS \_\_\_\_\_

Δ PAS/PAD \_\_\_\_\_

DIURESE \_\_\_\_\_

## BALANÇO HÍDRICO

GANHOS \_\_\_\_\_

PERDAS \_\_\_\_\_

TOTAL \_\_\_\_\_

## DIETA

☐ ORAL ☐ ENTERA

## EVACUAÇÃO

☐ SIM ☐ NÃO \_\_\_\_\_ dia

## 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 @ on AHH. PAMODO VE PRESS. \_\_\_\_\_ PEEP \_\_\_\_\_ FIO2 \_\_\_\_\_ Vol. Corr. \_\_\_\_\_

GASO: pH \_\_\_\_\_ pO2 \_\_\_\_\_ pCO2 \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_ sat \_\_\_\_\_

CARDIOVASC. BRNF on 24NEUROL. G15ABDOM. ADNMEMBROS asimétricosOBS: Paciente polipneumosa, referindo qd vz, embora

## IMPRESSÃO E CONDUTAS:

1. Condutor UTI

2. Acompanhando evolução da ortopedia

3. Acompanhando evolução de procedimentos cirúrgicos ortopedicos

4. Acompanhando conduta do diagnóstico.

Marcelo Trindade Cruz  
 Médico  
 CRM 333

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE

UTI 1 ANDAR

EVOLUÇÃO MÉDICA

NOME Sylmara Mano de S. da Silva  
 IDADE: 20 anos SEXO: F LEITO 04  
 PRONTUÁRIO 181965 UP: \_\_\_\_\_

DATA: 29/12/18HORA 07:19H

DIAS NA UNIDADE \_\_\_\_\_

DIH: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO

1. Politemia (Hemoglobin) 5. Fatiga crônica (D)  
 2. TCE  
 3. Fatiga fêmea (C) na fêmea  
 4. Lesão cutânea com perda de substância  
(muito) (D)

PROCED.

☐ IOT☐ TQT☐ VM☐ CVC sítio \_\_\_\_\_

dias \_\_\_\_\_

INVASIVO

☐ SNE☐ SVD☐ outro \_\_\_\_\_

CONTROLES (ÚLTIMAS 24H)

FEBRE \_\_\_\_\_

GLICEMIAS \_\_\_\_\_

Δ PAS/PAD \_\_\_\_\_

DIURESE \_\_\_\_\_

BALANÇO HÍDRICO

GANHOS \_\_\_\_\_

PERDAS \_\_\_\_\_

TOTAL \_\_\_\_\_

DIETA

☐ ORAL ☐ ENTERAL

EVACUAÇÃO

☐ SIM ☐ NÃO \_\_\_\_\_ dia

MEDICAÇÃO

☐ CLEXANE☐ RANITIDINA ou IBP☐ NORA \_\_\_\_\_ mcg/Kg/min☐ DOBUTA \_\_\_\_\_ mcg/Kg/min

\_\_\_\_\_ mL/h

☐ CABEÇEIRA ELEVADA☐ NIPRIDE \_\_\_\_\_ mL/h☐ TRIDIL \_\_\_\_\_ mL/h

\_\_\_\_\_ mL/h

☐ MIDAZ. \_\_\_\_\_ mL/h☐ FENTANIL \_\_\_\_\_ mL/h

\_\_\_\_\_ mL/h

EXAME FÍSICO

AP. RESP. MV 10 em AMVMODO VE PRESS. \_\_\_\_\_ PEEP \_\_\_\_\_ FIO2 \_\_\_\_\_ Vol Corr \_\_\_\_\_

GASO: pH \_\_\_\_\_ pO2 \_\_\_\_\_ pCO2 \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_ sat \_\_\_\_\_

CARDIOVASC. BR 14 em 24NEUROL. G 14 (04V4V6)ABDOMEN NDN. RHAMEMBROS Fatiga de fêmea (C) na fêmea. fêmea / fêmea 2 pel

IMPRESSÃO E CONDUTAS:

1. Atendidos UTI2. Atendidos amigos e familiares

OREE 35-1110  
 11/12/2018  
 11/12/2018

NOME Silvana Maria de Jesus SantosIDADE: 20 anos SEXO: F LEITO 04PRONTUÁRIO 18.965 UP: \_\_\_\_\_DATA: 18.12.18HORA 07.09H

DIAS NA UNIDADE \_\_\_\_\_

DIH: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO

1. Poltrauma (atropelamento) s. fraturas clavícula (D)
2. TCE
3. Fratura fêmur (E)
4. Lesão articular ombro (D)

PROCED.

☐ IOT☐ TQT☐ VM☐ CVC sítio \_\_\_\_\_ dias \_\_\_\_\_

INVASIVO

☐ SNE☒ SVD☐ outro \_\_\_\_\_

CONTROLES (ÚLTIMAS 24H)

FEBRE \_\_\_\_\_

GLICEMIAS \_\_\_\_\_

Δ PAS/PAD \_\_\_\_\_

DIURESE \_\_\_\_\_

BALANÇO HÍDRICO

GANHOS \_\_\_\_\_

PERDAS \_\_\_\_\_

TOTAL \_\_\_\_\_

DIETA

☐ ORAL ☐ ENTERAL

EVACUAÇÃO

☐ SIM ☐ NÃO \_\_\_\_\_ dias

MEDICAÇÃO

☐ CLEXANE☐ RANITIDINA ou IBP☐ NORA \_\_\_\_\_ mcg/Kg/min☐ DOBUTA \_\_\_\_\_ mcg/Kg/min☐ CABEÇEIRA ELEVADA☐ NIPRIDE \_\_\_\_\_ mL/h☐ TRIDIL \_\_\_\_\_ mL/h☐ MIDAZ. \_\_\_\_\_ mL/h☐ FENTANIL \_\_\_\_\_ mL/h

EXAME FÍSICO

AP. RESP. NV @ ou AHHMODO VE PRESS. \_\_\_\_\_ PEEP \_\_\_\_\_ FIO2 \_\_\_\_\_ Vol. Corr \_\_\_\_\_

GASO: pH \_\_\_\_\_ pO2 \_\_\_\_\_ pCO2 \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_ sat \_\_\_\_\_

CARDIOVASC. BR Mf am 24NEUROL. GJO (03VIM6)ABDOM. NV. LHH @MEMBROS fêmur completamente deslocado (fixador externo presente)

IMPRESSÃO E CONDUTAS:

1. Gravidade UTI
2. Rx pé (D) (fratura? Luxação?)
3. Rx fêmur (E) a pedido do ortopedista
4. Análise da gravidade plastr (lesão ombro (D) e lesão no dorso da cabeça (E)).

Médico  
 Marcelo Trindade Cruz  
 CRM 33333



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE  
UTI 1º ANDAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA  
MULTIDISCIPLINAR

NOME LEITO: Sylmara M<sup>z</sup> de S. Santos IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_  
PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_

Neurológico: 27/12/18.

Plano grave  
Eutubado em VM + solo superfície  
Entubado no alto i do + tracheal  
Sf resposta motora no momento

Ref: Tórax desmonta de superfície e VM

Paulo Roberto S. Mendonça  
Neurologista  
CRM 2112

27  
12  
2018

Plano grave (7-18h)  
\* Poltrona + Tracheal MIO: Presença  
\* + C & O  
\* Leitos Tracheal Axilar  
\* Artirulação: CMM + J. J. J.  
\* VM: PS 8  
\* Tracheal artirulação: 8  
\* Sedação: 6mg

TA: 36,1°C, 36,8°C, 39,4 (Arterial)  
Pressão: 83 - 91 - 108  
Saturação: 12h 1200uf  
Glucose: 811: ??

Plano grave  
Plano Tracheal - 4 - Presença tracheal  
Plano tracheal em sol: 98.1  
PCV: 71 - PS: (20x80)  
B21: Pulo Pulo

CD: RX Tórax: Tracheal - Tracheal  
Tracheal

NOME SILVANA MARIA DA SILVA SANTOS  
 IDADE \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ LEITO \_\_\_\_\_  
 PRONTUÁRIO \_\_\_\_\_ UP \_\_\_\_\_

**EVOLUÇÃO E PLANO TERAPÊUTICO DIÁRIO**

26/12/18 Parado gases PAO<sub>2</sub> - 4 - 100%  
flu. completa em Vm por tot em Tm  
PO 140-60 mmHg - em RA  
inst. TO. 100%

HUSE - Hospital de Urgência de Sergipe  
 Com 2002

27/12/18  
Parado gases PAO<sub>2</sub> - 4 - 100%  
completa em Vm por tot  
flu. Parado em Vm - em RA

**OBJETIVO DIÁRIO:**

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

- inst. ① Parado SVD ② Parado

HUSE - Hospital de Urgência de Sergipe  
 Com 2002

28/12/18 Parado gases PAO<sub>2</sub> - 4 - 100%  
flu. 130-60 mmHg - em RA  
inst. Parado em Vm - em RA

HUSE - Hospital de Urgência de Sergipe  
 Com 2002

**OBJETIVO DIÁRIO:**

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

NOME Sylmaria Maria da Silva FontesIDADE: 20 SEXO: F LEITO 04

PRONTUÁRIO \_\_\_\_\_ UP: \_\_\_\_\_

DATA: 26/12/18 HORA 7-19h DIAS NA UNIDADE \_\_\_\_\_ DIH: \_\_\_\_\_DIAGNÓSTICO Politrauma (atropelamento)  
TCE grave  
lesões corticotomias em axila DPROCED. ☒ IOT ☐ TQT ☒ VM ☒ CVC sítio \_\_\_\_\_ dias  
INVASIVO ☒ SNE ☒ SVD ☒ outro ATP MSD

## CONTROLES (ÚLTIMAS 24H)

FEBRE Φ GLICEMIAS \_\_\_\_\_  
Δ PAS/PAD \_\_\_\_\_  
DIURESE 1400 NORMAIS

## BALANÇO HÍDRICO

GANHOS 2662  
PERDAS 1400  
TOTAL +1262DIETA ZAP☐ ORAL ☐ ENTERAL

## EVACUAÇÃO

☐ SIM ☒ NÃO \_\_\_\_\_ dias

## MEDICAÇÃO

Cipro  
clinda  
☐ CLEXANE \_\_\_\_\_  
☐ RANITIDINA ou IBP ☐ NORA \_\_\_\_\_ mcg/Kg/min  
☐ CABEÇEIRA ELEVADA ☐ NIPRIDE \_\_\_\_\_ mL/h  
☒ MIDAZ 10 mL/h  
☐ DOBUTA \_\_\_\_\_ mcg/Kg/min  
☐ TRIDIL \_\_\_\_\_ mL/h  
☒ FENTANIL 10 mL/h

## EXAME FÍSICO

AP. RESP. Pulmões ventrados, Φ RA sat 99MODO PCV PRESS. 12 PEEP 5 FIO2 30 Vol. Corr. \_\_\_\_\_ GASO: pH \_\_\_\_\_ pO2 \_\_\_\_\_ pCO2 \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_ sat \_\_\_\_\_CARDIOVASC. RR 21 PA - 99x61 FC 86NEUROL. Sedado, RASS - 5ABDOM. Abdo, nudo, meq+MEMBROS Articulados, flex, fix externo fêmur E  
+ usonagem

## IMPRESSÃO E CONDUTAS:

Paciente apresenta repetidamente esta mancha  
(PA 84x48 (58), reventado com prova de  
volume. Φ DTA. Ab bil. Alunos normaiscol. Deriva midazolamLevarei para TOMO de lombosRetirar sedação apósEvoluti de man. insDr. Ricardo

NOME Silviana Maria do Silva Santos  
 IDADE: 20 anos SEXO: F LEITO 04  
 PRONTUÁRIO 181365 UP: \_\_\_\_\_

DATA: 20.01.19 HORA 07:49h DIAS NA UNIDADE \_\_\_\_\_ DIH: \_\_\_\_\_

## DIAGNÓSTICO

1. Polifarmacia
2. TCE
3. Fratura femur (E) (PO)
4. Luxação pé (D)?

PROCED. ☐ IOT ☐ TQT ☐ VM ☐ CVC sítio \_\_\_\_\_ dias  
 INVASIVO ☐ SNE ☐ SVD ☐ outro \_\_\_\_\_

## CONTROLES (ÚLTIMAS 24H)

FEBRE \_\_\_\_\_ GLICEMIAS \_\_\_\_\_  
 Δ PAS/PAD \_\_\_\_\_  
 DIURESE \_\_\_\_\_

## BALANÇO HÍDRICO

GANHOS \_\_\_\_\_  
 PERDAS \_\_\_\_\_  
 TOTAL \_\_\_\_\_

## DIETA

☐ ORAL ☐ ENTEF.

## EVACUAÇÃO

☐ SIM ☐ NÃO \_\_\_\_\_

## MEDICAÇÃO

☐ CLEXANE \_\_\_\_\_  
☐ RANITIDINA ou IBP ☐ NORA \_\_\_\_\_ mg/Kg/min ☐ DOBUTA \_\_\_\_\_ mg/Kg/min \_\_\_\_\_ mL/h  
☐ CABEÇEIRA ELEVADA ☐ NIPRIDE \_\_\_\_\_ mL/h ☐ TRIDIL \_\_\_\_\_ mL/h \_\_\_\_\_ mL/h  
☐ MIDAZ \_\_\_\_\_ mL/h ☐ FENTANIL \_\_\_\_\_ mL/h \_\_\_\_\_ mL/h

## EXAME FÍSICO

AP. RESP. MUCO m. AMB.  
 MODO VE PRESS. \_\_\_\_\_ PEEP \_\_\_\_\_ FIO2 \_\_\_\_\_ Vol. Corr \_\_\_\_\_ GASO: pH \_\_\_\_\_ pO2 \_\_\_\_\_ pCO2 \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_ sat \_\_\_\_\_  
 CARDIOVASC. BR. N. F. m. 14. 20/10/19  
 NEUROL. G. 15 (04V5M6)  
 ABDOME 11/12. R. 11/12  
 MEMBROS 20/24. 11/12

## IMPRESSÃO E CONDUTAS:

1. Cuidados UTI.  
 2. Exames laboratoriais.  
 3. Acompanhamento conduta do diagnóstico (incluindo possibilidade de alta).  
 4. Acompanhamento conduta do diagnóstico.  
 Planos: Nenhum, com infusão de Marcelo Trindade Cruz  
 CD. Ao diagnóstico, realizar Exames laboratoriais de seguimento  
 11/12. Analisar possibilidade de alta para enfermaria.  
 11/12. Analisar e fazer do VM 11/12. 20/24. 11/12. 20/24. 11/12. 20/24.

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE

UTI 1 ANDAR

EVOLUÇÃO MÉDICA

NOME Sylmaro Maria do SilvaIDADE: 20SEXO: FLEITO 06

PRONTUÁRIO \_\_\_\_\_

UP: \_\_\_\_\_

DATA: 19.01.19HORA 7-19h

DIAS NA UNIDADE \_\_\_\_\_

DIH: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO

- Pol. do umb- TCE- Trofismo fôrnux I- huxia pñ D?- Pls que fôrnux A/E

PROCED.

☐ IOT☐ TQT☐ VM☐ CVC sítio \_\_\_\_\_

dias \_\_\_\_\_

INVASIVO

☐ SNE☐ SVDUE☒ outroAVP

CONTROLES (ÚLTIMAS 24H)

FEBRE

GLICEMIAS

Δ PAS/PAD

110-136/79-85

DIURESE

(+)

BALANÇO HÍDRICO

GANHOS +1378PERDAS - ???

TOTAL \_\_\_\_\_

DIETA

☐ ORAL ☒ ENTERAL

EVACUAÇÃO

☒ SIM ☐ NÃO \_\_\_\_\_ dias

MEDICAÇÃO

☐ CLEXANE☒ RANITIDINA ou IBP☐ NORA

mg/Kg/min

☒ CABEÇEIRA ELEVADA☐ NIPRIDE

mL/h

☐ MIDAZ.

mL/h

☐ DOBUTA

mg/Kg/min

☐ TRIDIL

mL/h

☐ FENTANIL

mL/h

mL/h

mL/h

mL/h

EXAME FÍSICO

AP. RESP.

MNP, sem RLA

MODO \_\_\_\_\_

PRESS. \_\_\_\_\_

PEEP \_\_\_\_\_

FIO2 \_\_\_\_\_

Vol. Corr. \_\_\_\_\_

GASO: pH \_\_\_\_\_

pO2 \_\_\_\_\_

pCO2 \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

sat \_\_\_\_\_

CARDIOVASC.

BMP em 25. R12

NEUROL.

Vigil, os vejos orgânicos

ABDOME

Plenos flouros, p+AMP

MEMBROS

sem sinais de

IMPRESSÃO E CONDUTAS:

- Susp do NCR- Susp do orofonadorCNA  
5002

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE  
UTI 1 ANDAR

EVOLUÇÃO MÉDICA

NOME Sylmariz Maria da Silva Santos  
IDADE: 20 anos SEXO: F LEITO 04  
PRONTUÁRIO 181965 UP: \_\_\_\_\_

DATA: 18-01-19 HORA 07:19H DIAS NA UNIDADE \_\_\_\_\_ DIH: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO  
1. Polipneumonia  
2. TCE  
3. Fratura femur E  
4. luxação (fratura pé?)

PROCED. INVASIVO  
☐ IOT ☐ TQT ☐ VM ☐ CVC sítio \_\_\_\_\_ dias  
☐ SNE ☐ SVD ☐ outro \_\_\_\_\_

CONTROLES (ÚLTIMAS 24H)

FEBRE \_\_\_\_\_ GLICEMIAS \_\_\_\_\_  
Δ PAS/PAD \_\_\_\_\_  
DIURESE \_\_\_\_\_

BALANÇO HÍDRICO

GANHOS \_\_\_\_\_  
PERDAS \_\_\_\_\_  
TOTAL \_\_\_\_\_

DIETA

☐ ORAL ☐ ENTERAL  
EVACUAÇÃO  
☐ SIM ☐ NÃO \_\_\_\_\_ dias

MEDICAÇÃO

☐ CLEXANE  
☐ RANITIDINA ou IBP ☐ NORA \_\_\_\_\_ mcg/Kg/min  
☐ CABEÇEIRA ELEVADA ☐ NIPRIDE \_\_\_\_\_ mL/h  
☐ MIDAZ \_\_\_\_\_ mL/h ☐ DOBUTA \_\_\_\_\_ mcg/Kg/min  
☐ TRIDIL \_\_\_\_\_ mL/h  
☐ FENTANIL \_\_\_\_\_ mL/h

EXAME FÍSICO

AP. RESP. MV @ on AM  
MODO VE PRESS \_\_\_\_\_ PEEP \_\_\_\_\_ FIO2 \_\_\_\_\_ Vol. Corr \_\_\_\_\_ GASO: pH \_\_\_\_\_ pO2 \_\_\_\_\_ pCO2 \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_ sat \_\_\_\_\_  
CARDIOVASC. BA em 24  
NEUROL G13(03VAM6)  
ABDOME MDN  
MEMBROS 05mmg + TP

IMPRESSÃO E CONDUTAS:

1. graves lesões UT
2. Abandono conduta de drenagem
3. Análise ref. de ortoped.

Platão Nogueira  
Dr. Abandono conduta de drenagem  
Dr. Abandono conduta de drenagem  
Dr. Marcel Trindade Cruz

NOME LEITO Silviana Maria da Silva IDADE 04 SEXO F.  
PRONTUÁRIO

DATA (17/01/19) = Plantão Noturno = (19h-7h)  
19:45h # Politravma + TEE

~~Teve~~ Dormindo, eupneica, afebril e normotensa.

Ar. EV - SPMF.

Ar. resp - UV ⊕ (b)

Ar. - n du

Diurese - OK.

~~18/01/19~~ 6:15h Resumo - (n du)

Medico Intensivista  
CRM 1043

~~18/01/19~~ Vta 6 OK  
Resol 6 OK

Dr. Antonio Paulo Cabral  
Especialista Traumatologia  
CRM 330

NOME  
LEITO

Sylmara Faria da Silva

IDADE

20a

SEXO

F

PRONTUÁRIO

DATA

16.01.19

# Politrauma + TCE

19.01

# Delirium

Dr. Hyder Aragão

- Dieta oral.
- Sem sedação e sem droga vasoativa.
- Sem ventilação mecânica.
- Quando acordado agita-se, com RSC oral de quido.
- Fêmur esquerdo alinhado.
- Reflexos ortomométricos, vitais e tempo.
- Perímetro de cunha, bem distribuído.
- Abdome plano, flácido, ruído hidro-aéreo presente.

S.D. Agitação psicomotora  
Ed. Cho de não perigo

Hyder Aragão de Melo  
Médico  
CRM - SE 1911



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE  
UTI 1º ANDAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA  
MULTIDISCIPLINAR

NOME LEITO Syllusara Moura de Silva Santos IDADE 04 SEXO F

DATA 15/01/19

19:50h

= Plantão No FO PND = (19h-7h)

# Politraumato com lesões

emprego - e - Vegetal desorientado - afetado

APR - NV 4 (6)

Ab - PRV

Ab - nd

M. nd

D. nd - OF

Resumo - nd

Medico Intensivo

16.01.2019

Medico: Plantão dos 07-18h (quarta-feira)

UTI: 24112118

Politraumato.

\* TCE (LAD)

\* Fratura do fêmur (4º DP)

\* AGIMCAS Polimórfico / (DELLIEM)

\* SEM FRO -

EVOLUÇÃO E PLANO TERAPÊUTICO DIÁRIO

15

01

2019

Planta zero (7-18h)

\* Polímeros

\* TCB

\* Fatorum Rumen Rumen (4º DPO Rumen)

\* Bellinam

\* Anticorpo - FCB201

\* Soro Rumen: 0

\* Soro Rumen: 0

\* VM: 0

TA: 37,4°C, 36,0°C, 36,0°C

Glucose: 142

BRAS 12h: 8000p

Rumen 21/12/2019: Placenta: 63,000 /h: 8,38 /ms: 26,100

A: 3,9 An: 137 Rumen: 0,00

Paciente: Acetona, outchano, Bellinam

Rumen: Placenta outchano rum. 80: 98%

FE: 90 PA: 120x20

STB: Placenta Placenta

Am: Acetona outchano rum.

Rumen

trava de Rumen

NOME SILVEIRA, MARIA DA SILVA  
IDADE \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ LEITO \_\_\_\_\_  
PRONTUÁRIO \_\_\_\_\_ UP \_\_\_\_\_

**EVOLUÇÃO E PLANO TERAPÊUTICO DIÁRIO**

14/01/19

Paciente atual, expulso em UTI  
p/ pto. p/ 10x70mmHg - fm HA  
estado clínico

cond: ① queda urinária

15/01/19

Paciente atual, com febre  
e com luno: 23.000.

estado clínico e com pontos de  
agitação.

pd: 10x70mmHg - fm HA

cond: ① não há pto / furo na UTI

② Ptoem Arterial Urinário

**OBJETIVO DIÁRIO:**

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

**OBJETIVO DIÁRIO:**

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



NOME  
LEITO

Sylmaria Maria da Silva

IDADE 20  
PRONTUÁRIO

SEXO F

DATA

PLANTAS DAS 07-18h (2ª feir)  
Mecico: Daifora Batista / 12.7

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)  
Respiro espontâneo, confortável.

Quem os cuidados (procuramos) após-se e/  
uso de pouco de leite. Está sob controle  
breve.

SPO2: -

CE, R, R PA 124 x 84 FC: 120 SpO2

glic: 110 mg/dl

Arter: Fielmas 100% O2

Medic: Presc:

SVD: 110 mmHg; 220 mmHg.

Relato: 110 x 80 mmHg (di. CABUL)

que soluciona RX Ovarian E

ed: Mantém analgesia pós de  
B18h e transeal

Diagnóstico  
Exatidão  
Exatidão

X Aguardar da Radiografia Rx Ovarian 2  
OR4000

00

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 anastomose complexa

OB.C. Polidactilia autômica (C) Hb 8.38 Ht 25.36 (12.01.19)

Pat 63.500.

## IMPRESSÃO E CONDUTAS

1. Medicação UTI

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. Polipneum.  
2. TCE  
3. Febre. fêmur (E)

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

CONTROLES (ÚLTIMAS 24H)

|                 |                 |                 |                                                             |
|-----------------|-----------------|-----------------|-------------------------------------------------------------|
| FEBRE _____     | GLICEMIAS _____ | BALANÇO HÍDRICO | DIETA                                                       |
| Δ PAS/PAD _____ | _____           | GANHOS _____    | <input type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/> ENTE |
| DIURESE _____   | _____           | PERDAS _____    | EVACUAÇÃO                                                   |
|                 |                 | TOTAL _____     | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO   |

MEDICAÇÃO

|                                                  |                                               |                                                 |          |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> CLEXANE _____           | <input type="checkbox"/> NORA _____ mg/Kg/min | <input type="checkbox"/> DOBUTA _____ mg/Kg/min | _____ mL |
| <input type="checkbox"/> RANTIDINA ou IBP _____  | <input type="checkbox"/> NIPRIDE _____ mL/h   | <input type="checkbox"/> TRIDIL _____ mL/h      | _____ mL |
| <input type="checkbox"/> CABEÇEIRA ELEVADA _____ | <input type="checkbox"/> MIDAZ _____ mL/h     | <input type="checkbox"/> FENTANIL _____ mL/h    | _____ mL |

EXAME FÍSICO

AP. RESP. MV ⊕ m AHH  
 MODO VE PRESS. \_\_\_\_\_ PEEP \_\_\_\_\_ FIO2 \_\_\_\_\_ Vol. Corr. \_\_\_\_\_ GASO: pH \_\_\_\_\_ pO2 \_\_\_\_\_ pCO2 \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_ sat. \_\_\_\_\_  
 CARDIOVASC. BR MF m 24  
 NEUROL. GS  
 ABDOME MV R NA ⊕  
 MEMBROS esqu. + V

IMPRESSÃO E CONDUTAS:

1. Cuidados UTI.  
2. Reforçar suportes conforme Mantimento.  
3. Afundado Cefalite se pódica 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 = (8h-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

Dígnose - 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 Poltrona

x TCE

x drenagem vesicular: 8

x Soro fisiológico: 8

x VM: 8

x antibiotic: 8

TA: 36,5°C : 36,5°C

Chamir: 98

diureth: 800 ml

Gramm: 200 - 0,21 - 100 - 20 - 925 - 100

Antim: 0,62 1h: 11-9.

Paciente Acorado, consciente, Contus

Pulso radial B.M. 98/

T2 em FC: 120 ps 140x90

Bol. P.M.R. Pulso

Dr. Parvithas ss ortopedico (um Rx

no DIA 08/01.

Sub: 2 CH

Amf

Paciente per. operado. Anest.

0,07h

Dr. Antonio Franco Cabral  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 580

EVOLUÇÃO CLÍNICA: PLANTONISTA TARDE E NOITE

HORA

21.01.19

Plantas Nobre

Paciente esbelto, em UE 80%  
Vigil, cooperativo  
As veias expostas  
Sedado: 7  
DADA: 7  
MTRB: 140/90  
Caudal: 36

FE: 120

PA: 140/90

DR: 140/90

HR: 7

SpO2: 99%

DR: 7

DR: 1/10

DR: 1/10

DR: 1/10

DR: 1/10

DR: 1/10

DR: 1/10

DR: 1/10

Arão S. Castro

CRM 5002

21 JAN 2019

22

01

20/19

Plantas gêmeas (7-19h)

x Zoltrams

x Tratus MIE

x VM: 0

x Sazonal: 0

x Sazonal: 0

x Anticor: 0

Paciente apresenta: antecor. Anticor  
Cromat. Pulm. em 100% DR. At 99/  
20/19 FE 80 PA: 140/90.  
BDA PMS PMS  
Co: 1/10 de UE

22/01/19 Plantas

Pl. Paciente adormecido nos fls. momentaneamente  
dormi, acordado, levanta o braço, con-  
tado no leito, em UE, fazendo uso de  
AVP, fôlego e curtos olhares

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 (Heparina 7)

IMUNO NEUTROPENIA

Admitido em UTI

J. J. dos Santos, Médico Residente  
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  
24.000

Paciente segue evoluindo com melhorias nos exames. Valor: 10.000 em UTI

*[Assinatura]*

J. J. dos Santos, Médico Residente  
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

DATA: 23/12/2018 HORA: 22:36 USUARIO: LAOREIS  
CNS: 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....: 79-9940-93  
PROCEDENCIA....: NOSSA SENHORA DA GLORIA-SE 78  
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 pânico USB, início de sintomas  
3- Irritabilidade, com sono ruim 3- Depressão  
3- INDI 3- ECG 3- Rotações de finanças*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*1- TO em regime regular  
2- Monitorar em protocolo  
3- Tratar USB*

DATA DA SAIDA: / /

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

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

*Silmara Maria da Silva*  
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

PACIENTE

SVL MORAIS MARIA R SILVA

ENFERMARIA

Data/Hora

EVOLUÇÃO

LEITO

23/12/11

23:40

Paciente admitida em sala de emergência  
trazida pela SIVU SIVU 4113. Chegada às  
22:30h, com história de atropelamento  
em rodovia estadual em andamento  
durante seu trajeto de deslocamento. Com  
história de queda de altura de 10 metros, com  
lesões graves no tórax e abdômen. Apresenta  
trauma torácico com fratura de costela, hemotórax  
e hemothorax. Lesões abdominais com  
trauma no tórax e abdômen. Lesões no tórax  
e abdômen. Lesões no tórax e abdômen.  
R.M.G. E.C.G. (6) derivadas as anotações  
são mantidas em V.M. com  
Fior: 100b. Medo: M.C. por medicação. Redução com  
Sermomide e Fentanil. Glutalato S.D. de 100mg  
2mg N.º 14, inj. Med. Cef. com R. 100mg  
AB sem interrupção, diurese moderada  
diária de aproximadamente 1000ml. Sem mais  
apresentar sinais de desidratação. Sem  
T.A. 100/60. S.P. 93%. F.C. 110/BPM  
R. 110/30 em 10/11.

24/12/11

11

Transferida para enfermagem do N.º 10  
pela SIVU 4113. Glutalato. Sem 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 Bx0 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:

*Silvia*

INDICAÇÕES:

CURATIVO DIÁRIO

RETIRAR PONTOS COM 15 DIAS

NÃO PISAR

MOBILIZAR O MEMBRO OPERADO

MANTER MEMBRO ELEVADO

RETORNAR COM 40 DIAS

PARA PARA 3234 3412 PARA AGENDAR RETORNO

RETORNO TRAZER RX DE CONTROLE SOLICITADO

SOLICITO RX DO (A)

*Rx 6x0 E*

02/P

02/P

02/P

ACAJU

28 / 01 / 15

1103189

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/controlado 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: SILVEIRA 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, porém com V difíceis 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<br>☎ (83) 9 9330.3267 | ☎ (88) 9 9259.5774<br>☎ (88) 9 9840.3190 | ☎ (83) 9 9865.1789 | ☎ (88) 3531.0513<br>☎ (88) 9 9734.3128<br>☎ (88) 9 9911.7026 | ☎ (87) 9 9920.8068  |



ESTADO DO RIO DE JANEIRO

11-1

1.3. "C" Pos.

NÃO ALFABETIZADA

ALFABETIZADA

ALFABETIZADA

1.912.521

MARIA LA SILVA

ULisses Alexandre da Silva

Maria José da Conceição

Cano D'água do Grande-Al. 12.04.1978

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

Ofic D'água do Grande-Al.

Nº 1

1.912.521





|                                                                                                                     |                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL                                                                                |                                  |
| REGISTRO GERAL<br>J.816.397-7                                                                                       | DATA DE EXPIRAÇÃO<br>18/08/2014  |
| NOME<br>SILVANA MARIA DA SILVA SANTOS                                                                               |                                  |
| FILIAÇÃO<br>JOSE CARLOS PEREIRA DOS SANTOS<br>LUCILENE MARIA DA SILVA                                               |                                  |
| NATURALIDADE<br>DELMIRO GOMES-AL                                                                                    | DATA DE NASCIMENTO<br>05/10/1993 |
| DOC ORIGEM<br>CT. NASCIMENTO NR 3060 LV A 3 FL 166<br>-BART. DO DIST. DA COMARCA DE PALESTINA AL<br>•080.111.745-33 |                                  |
| ASSINATURA<br>LEINOR DE SOUZA                                                                                       |                                  |
| ASSINATURA<br>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](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: 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](http://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](http://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)                                                                                         |                                                             |
| <input type="checkbox"/> MUDOU-SE (Moved)                                                                  | <input type="checkbox"/> FALCIDO (Deceased)                 |
| <input type="checkbox"/> RECUSADO (Refused)                                                                | <input type="checkbox"/> ENDEREÇO II (Insufficient Address) |
| <input type="checkbox"/> DESCONHECIDO (Unknown)                                                            | <input type="checkbox"/> NÃO EXISTE (Non-existing)          |
| <input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO (Undelivered)                                                       | <input type="checkbox"/> OUTROS (Other)                     |
| <input type="checkbox"/> AUSENTE (Absent)                                                                  | -----                                                       |
| TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)                                                                  |                                                             |
| 1ª / 1st                                                                                                   | às / at                                                     |
| 2ª / 2nd                                                                                                   | às / at                                                     |
| <input type="checkbox"/> Informação prestada pelo porteiro (Information provided for doorman or concierge) |                                                             |
| <input type="checkbox"/> 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](http://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](http://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)                                                                                         |                                                             |
| <input type="checkbox"/> MUDOU-SE (Moved)                                                                  | <input type="checkbox"/> FALCIDO (Deceased)                 |
| <input type="checkbox"/> RECUSADO (Refused)                                                                | <input type="checkbox"/> ENDEREÇO II (Insufficient Address) |
| <input type="checkbox"/> DESCONHECIDO (Unknown)                                                            | <input type="checkbox"/> NÃO EXISTE (Non-existing)          |
| <input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO (Undelivered)                                                       | <input type="checkbox"/> OUTROS (Other)                     |
| <input type="checkbox"/> AUSENTE (Absent)                                                                  | -----                                                       |
| TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)                                                                  |                                                             |
| 1ª / 1st                                                                                                   | às / at                                                     |
| 2ª / 2nd                                                                                                   | às / at                                                     |
| <input type="checkbox"/> Informação prestada pelo porteiro (Information provided for doorman or concierge) |                                                             |
| <input type="checkbox"/> 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<br>COMPROVADOS                           | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda funcional completa de um dos<br>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](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: 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

|                                                                                             |                              |                    |             |                                                        |                                 |                          |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------|-------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|--|
|             |                              | 047-7              |             | 04793.42446 00158.210393 56608.047785 1 85330000002304 |                                 | <b>RECIBO DO PAGADOR</b> |  |
| Local de Pagamento: PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO                              |                              |                    |             | Vencimento 16/02/2021                                  |                                 |                          |  |
| Beneficiário: Tribunal de Justiça do Estado de Sergipe                                      |                              |                    |             | Agência / Cod. Beneficiário                            |                                 |                          |  |
| CNPJ: 13.166.970/0001-03 END.: Praça Fausto Cardoso, 112, Centro, Aracaju/SE, CEP: 49010080 |                              |                    |             | 34/244001582                                           |                                 |                          |  |
| Data do documento<br>27/01/2021                                                             | No. do documento<br>10395660 | Espécie doc.<br>99 | Aceite<br>S | Data Processamento<br>27/01/2021                       | Nosso Número<br>103956608       |                          |  |
| Uso do Banco                                                                                | Carteira<br>CS               | Moeda<br>R\$       | Quantidade  | Valor                                                  | (=) Valor do Documento<br>23,04 |                          |  |
| Custas - Atos Processuais Cível                                                             |                              |                    |             | Num. Processo: 200652100008                            |                                 |                          |  |
| Nº da Guia: 202110200325                                                                    |                              |                    |             | Referente a: Desarquivamento de                        |                                 |                          |  |
| Comarca: Itabaiana                                                                          |                              |                    |             |                                                        |                                 |                          |  |
| PAGADOR: SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO PF/CNPJ: 09248608000104                    |                              |                    |             | Autenticação Mecânica                                  |                                 |                          |  |
| RUA SENADOR DANTAS, 74, 5º ANDAR, 74, CENTRO,<br>20031205, RIO DE JANEIRO, RJ               |                              |                    |             |                                                        |                                 |                          |  |

Via - Parte

|                                                                                             |                              |                    |             |                                                        |                                 |                               |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------|-------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|--|
|            |                              | 047-7              |             | 04793.42446 00158.210393 56608.047785 1 85330000002304 |                                 | <b>RECIBO DO BENEFICIÁRIO</b> |  |
| Local de Pagamento: PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO                              |                              |                    |             | Vencimento 16/02/2021                                  |                                 |                               |  |
| Beneficiário: Tribunal de Justiça do Estado de Sergipe                                      |                              |                    |             | Agência / Cod. Beneficiário                            |                                 |                               |  |
| CNPJ: 13.166.970/0001-03 END.: Praça Fausto Cardoso, 112, Centro, Aracaju/SE, CEP: 49010080 |                              |                    |             | 34/244001582                                           |                                 |                               |  |
| Data do documento<br>27/01/2021                                                             | No. do documento<br>10395660 | Espécie doc.<br>99 | Aceite<br>S | Data Processamento<br>27/01/2021                       | Nosso Número<br>103956608       |                               |  |
| Uso do Banco                                                                                | Carteira<br>CS               | Moeda<br>R\$       | Quantidade  | Valor                                                  | (=) Valor do Documento<br>23,04 |                               |  |
| Custas - Atos Processuais Cível                                                             |                              |                    |             | Num. Processo: 200652100008                            |                                 |                               |  |
| Nº da Guia: 202110200325                                                                    |                              |                    |             | Referente a: Desarquivamento de                        |                                 |                               |  |
| Comarca: Itabaiana                                                                          |                              |                    |             |                                                        |                                 |                               |  |
| PAGADOR: SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO PF/CNPJ: 09248608000104                    |                              |                    |             | Autenticação Mecânica                                  |                                 |                               |  |
| RUA SENADOR DANTAS, 74, 5º ANDAR, 74, CENTRO,<br>20031205, RIO DE JANEIRO, RJ               |                              |                    |             |                                                        |                                 |                               |  |

Via - Cartório

|                                                                                                                                                                               |                              |                    |             |                                                        |                                 |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------|-------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------|--|--|
|                                                                                            |                              | 047-7              |             | 04793.42446 00158.210393 56608.047785 1 85330000002304 |                                 |  |  |
| Local de Pagamento: PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO                                                                                                                |                              |                    |             | Vencimento 16/02/2021                                  |                                 |  |  |
| Beneficiário: Tribunal de Justiça do Estado de Sergipe                                                                                                                        |                              |                    |             | Agência / Cod. Beneficiário                            |                                 |  |  |
| CNPJ: 13.166.970/0001-03 END.: Praça Fausto Cardoso, 112, Centro, Aracaju/SE, CEP: 49010080                                                                                   |                              |                    |             | 34/244001582                                           |                                 |  |  |
| Data do documento<br>27/01/2021                                                                                                                                               | No. do documento<br>10395660 | Espécie doc.<br>99 | Aceite<br>S | Data Processamento<br>27/01/2021                       | Nosso Número<br>103956608       |  |  |
| Uso do Banco                                                                                                                                                                  | Carteira<br>CS               | Moeda<br>R\$       | Quantidade  | Valor                                                  | (=) Valor do Documento<br>23,04 |  |  |
| <b>Instruções:</b><br><br>Custas - Atos Processuais Cível<br>Nº da Guia: 202110200325<br>Comarca: Itabaiana<br>Num. Processo: 200652100008<br>Referente a: Desarquivamento de |                              |                    |             | (-) Desconto/<br>Abatimento                            |                                 |  |  |
|                                                                                                                                                                               |                              |                    |             | (-) Outras<br>Deduções                                 |                                 |  |  |
|                                                                                                                                                                               |                              |                    |             | (+) Mora/<br>Multa                                     |                                 |  |  |
|                                                                                                                                                                               |                              |                    |             | (+) Outros<br>Acréscimos                               |                                 |  |  |
|                                                                                                                                                                               |                              |                    |             | (=) Valor<br>Cobrado                                   |                                 |  |  |
| Não Receber após o vencimento                                                                                                                                                 |                              |                    |             |                                                        |                                 |  |  |
| PAGADOR: SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO PF/CNPJ: 09248608000104                                                                                                      |                              |                    |             | Autenticação Mecânica                                  |                                 |  |  |
| RUA SENADOR DANTAS, 74, 5º ANDAR, 74, CENTRO,<br>20031205, RIO DE JANEIRO, RJ                                                                                                 |                              |                    |             |                                                        |                                 |  |  |

Via - Banco





## Emissão de comprovantes - 3o nível

G3381116085560721  
11/02/2021 16:13:10

11/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:13:06  
125101251 0012

### COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: J BARBOSA ADVOGADOS ASS  
AGENCIA: 1251-3 CONTA: 31.969-4  
=====

BANCO DO ESTADO DE SERGIPE S.A

-----  
04793424460015821039356608047785185330000002304

BENEFICIARIO:  
SERGIPE JUSTICA ESTADUAL DE SEGUNDA

NOME FANTASIA:  
TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DE SE  
CNPJ: 13.166.970/0001-03

BENEFICIARIO FINAL:  
Tribunal de JustiCa do Estado de Se  
CNPJ: 13.166.970/0001-03

PAGADOR:  
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SE  
CNPJ: 09.248.608/0001-04

-----  
NR. DOCUMENTO 21.101  
DATA DE VENCIMENTO 16/02/2021  
DATA DO PAGAMENTO 11/02/2021  
VALOR DO DOCUMENTO 23,04  
VALOR COBRADO 23,04

=====

NR.AUTENTICACAO C.DDB.B72.BFB.E0E.111

-----  
Central de Atendimento BB  
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas  
0800 729 0001 Demais localidades.  
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB  
0800 729 0722  
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de  
produtos e servicos.

Ouvidoria  
0800 729 5678  
Reclamacoes nao solucionadas nos canais  
habituais agencia, SAC e demais canais de  
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala  
0800 729 0088  
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao,  
outros produtos e servicos de Ouvidoria.



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE ITABAIANA/SE**

Processo: 200652100008

Número Único: 0001906-43.2006.8.25.0034

**TOKIO MARINE SEGURADORA S.A.**, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MARIA LUCIENE DE SANTANA SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem, mui respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer o **DESARQUIVAMENTO DOS AUTOS** para expor e ao final requerer o que segue.

Cumpre esclarecer que houve bloqueio online nas contas bancárias nas contas do Réu, **no montante de R\$ 13.479,48, protocolo 20080000368293**. Desta forma, vem o réu requerer que V. Exa emita decisão e determine a serventia cartorária certificar o **DESBLOQUEIO DAS CONTAS DA SEGURADORA RÉ, BEM COMO A JUNTADA DAS TELAS BACENJUD 2.0 AOS AUTOS**, com expedição de ofício ao Banco Central, propiciando assim, ao patrono do réu demonstrar ao cliente a inexistência de bloqueio referente às suas contas financeiras.

Por derradeiro, requer, ainda a ré que seja observado exclusivamente o nome do advogado João Barbosa Alves Filho, OAB/SE 780-A e KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ, 2592 - OAB/SE, para efeito de intimações futuras, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

ITABAIANA, 23 de agosto de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/SE 780-A**

**KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ**  
**2592 - OAB/SE**

