
Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190016252

Vítima: FABIO CASTOR DOS SANTOS

Data do Acidente: 15/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FABIO CASTOR DOS 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, 10 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190016252

Vítima: FABIO CASTOR DOS SANTOS

Data do Acidente: 15/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FABIO CASTOR DOS SANTOS

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

Boletim de ocorrência incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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, 06 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190179656

Vítima: FABIO CASTOR DOS SANTOS

Data do Acidente: 15/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FABIO CASTOR DOS 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, 08 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190179656

Vítima: FABIO CASTOR DOS SANTOS

Data do Acidente: 15/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FABIO CASTOR DOS SANTOS

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

Laudo do IML - Lesões corporais incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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, 22 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190179656

Vítima: FABIO CASTOR DOS SANTOS

Data do Acidente: 15/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FABIO CASTOR DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: **000548619** CPF da vítima: **016.497.645-02** Nome completo da vítima: **Fabio Carter dos Santos**

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

Nome completo: **Fabio Carter dos Santos** CPF: **016.497.645-02**
Profissão: **Sem profissão** Endereço: **Rua Linquentes e Reis** Número: **288** Complemento: **Parque dos Fátima**
Bairro: **Loma Rural** Cidade: **NOVA SENHORA DO SACANO** Estado: **SE** CEP: **49160-000**
E-mail: **(79) 30237646**

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

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **1045** CONTA: **00025813**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: **NOVA S. DO SACANO/SE, 07/01/2019**
Nome: **Fabio Carter dos Santos**
CPF: **016.497.645-02**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Fabio Carter dos Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 001542219	CPF da vítima: 016.493.645-02	Nome completo da vítima: Fabio Coster dos Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Fabio Coster dos Santos	CPF: 016.493.645-02	
Profissão: Sem profissão	Endereço: Rua Cinquenta e seis	Número: 288
Bairro: Lerra Rural	Cidade: Nova Senhora do Socorro	Estado: SE
E-mail:	CEP: 49160-000	Tel. (DDD): (79) 30237644

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☒ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: JOVS ☐ CONTA: 00025813 ☐ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de cobertura 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 da extensão das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____	
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos: _____
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não	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.

Impressão
original da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: **Nova S^{ra} do Socorro/SE, 07/01/2019**
 Nome: **Fabio Coster dos Santos**
 CPF: **016.493.645-02**

(*) Assinatura de quem assina A RDO

Fabio Coster dos Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL

POLÍCIA ON-LINE



07ª DELEGACIA METROPOLITANA

RUA N 1, LOTEAMENTO JARDIM FONE: (79)3253-6100

Boletim de Ocorrência 2018/06524.0-001281 - Alterado

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: 07ª DELEGACIA METROPOLITANA

Endereço: RUA N 1, LOTEAMENTO JARDIM FONE: (79)3253-6100

FATO

Natureza: LESÃO CORPORAL CULPOSA

Natureza 2: DANO

Data e Hora do Fato: 15/08/2018 - 18:30 até 15/08/2018 - 18:30

Endereço: RUA SÃO JOÃO Número: S/N Complemento: PRÓXIMO DO LAVA-JATO CEP: 49160-000

Bairro: LOTEAMENTO PALESTINA DE FORA Cidade: NOSSA SENHORA DO SOCORRO - SE Circunscrição: 07ª DELEGACIA METROPOLITANA

Tipo de local: VIA PÚBLICA Meio Empregado: OUTRO

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: MARIA GEILZA DOS SANTOS

Nome do pai: ADEMARIO PEREIRA DOS SANTOS Nome da mãe: DILMA BARBOSA DOS SANTOS

Pessoa: Física CPF/CGC: 000.000.000-00 RG: 9218033 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: SÃO SEBASTIAO Data de nascimento: 20/04/1968 Sexo: Feminino Cor da pele: Parda

Profissão: COMERCIANTE Estado civil: Solteiro Grau de instrução: 2º Grau Completo

Endereço: RUA 56 Número: 288 Complemento:

CEP: 49.000-000 Bairro: PAQUE DOS FAROIS Cidade: NOSSA SENHORA DO SOCORRO UF: SE

Proximidades: Telefone:

SHISLEY
CORRETORA

07 JAN 2019

DPVAT/SE

HISTÓRICO

REPORTA, SER COMPANHEIRA DE FÁBIO CASTOR DOS SANTOS, E TEM UMA CONVIVÊNCIA COM O MESMO DE CERCA 07 ANOS. QUE NO DIA 15 DE AGOSTO DO CORRENTE ANO(2018), RECEBEU UMA LIGAÇÃO NO SEU CELULAR INFORMANDO DE QUE FÁBIO TINHA SOFRIDO UM ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO - COLISÃO, COM SUA MOTOCICLETA HONDA - NXR 150, BROS ES, COR PRETA, PLACA IAC-9651, CHASSI 9C2KD03308R087705, RENAVAN 00119001055, À QUAL, COLIDIU COM OUTRA MOTOCICLETA DE MARCA HONDA, COR AZUL/COM BRANCA, CONDUZIDA PELO CIDADÃO KASSIO SILVA SANTOS, QUE AS DUAS MOTOCICLETAS SOFRERAM DANOS MATERIAIS, QUE AMBOS OS CONDUTORES SAÍRAM LESIONADOS DO ALUDIDO ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, ONDE FORAM CONDUZIDOS PELO SAMU PARA HOSPITAIS EM ARACAJU, QUE FÁBIO FOI CONDUZIDO PARA O HUSE E KASSIO PARA O GABRIEL SOARES, QUE FÁBIO CASTOR TEVE FRATURA EXPOSTA NO JOELHO DA PERNA ESQUERDA, PERMANECENDO INTERNADO NO HUSE ATÁ A MANHÃ DO DIA 19 DE JULHO DO CORRENTE ANO, QUE TEVE CONHECIMENTO DE KASSIO TEVE FRATURA EXPOSTA NUM DOS SEUS JOELHOS, O QUAL, AINDA SE ENCONTRA INTERNADO, QUE SEGUNDO INFORMAÇÕES, INCLUINDO-SE A DE SEU PRÓPRIO COMPANHEIRO, O ACIDENTE TEVE POR MOTIVAÇÃO UM BURACO FEITO FELA DESO NO LITO DA VIA ONDE OCORRERA O ALUDIDO ACIDENTE, ONDE FÁBIO AO TENTAR DESVIAR DO BURACO COLIDIU COM SUA MOTOCICLETA NA MOTOCICLETA DE KASSIO, DIANTE DO EXPOSTO SOLICITA PROVIDÊNCIAS.

Acrescentado por Sérgio Ricardo Leite Barbosa - 28/08/2018 às 08:01

A DATA EM QUE A VÍTIMA FÁBIO CASTOR DOS SANTOS TEVE ALTA DO HUSE FOI 19 DE AGOSTO DO CORRENTE ANO (2018).

Data e hora da comunicação: 20/08/2018 às 16:02

Responsável pela Alteração: Sérgio Ricardo Leite Barbosa

Última Alteração: 28/08/2018 às 07:58.

OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro: Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

MARIA GEILZA DOS SANTOS
Responsável pela comunicação

Sérgio Ricardo Leite Barbosa
Delegado(a) de Polícia

Sérgio Ricardo Leite Barbosa
Responsável pelo preenchimento

15/02/2019



Departamento da Polícia Civil - Boletim de Ocorrência

GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL

POLÍCIA ON-LINE



DELEGACIA PLANTONISTA DE ESTÂNCIA

(DELEGACIA DE REGISTRO)
RUA EXPEDICIONÁRIO JOÃO FERREIRA DA SILVA, CENTRO FONE:(79) 3530-3200

Boletim de Ocorrência 2018/06524.0-001281 - Alterado - (2ª via)

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: 07ª DELEGACIA METROPOLITANA
Endereço: RUA N 1, LOTEAMENTO JARDIM FONE:(79)3253-6100

FATO

Natureza: LESÃO CORPORAL CULPOSA
Natureza 2: DANO

Data e Hora do Fato: 15/08/2018 - 18:30 até 15/08/2018 - 18:30

Endereço: RUA SÃO JOÃO Número: S/N Complemento: PRÓXIMO DO LAVA-JATO CEP: 49160-000

Bairro: LOTEAMENTO PALESTINA DE FORA Cidade: NOSSA SENHORA DO SOCORRO - SE

Tipo de local: VIA PÚBLICA Meio Empregado: OUTRO Circunscrição: 07ª DELEGACIA

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: MARIA GEILZA DOS SANTOS

Nome do pai: ADEMARIO PEREIRA DOS SANTOS Nome da mãe: DILMA BARBOSA DOS SANTOS

Pessoa: Física CPF/CGC: 000.000.000-00 RG: 9216033 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: SÃO SEBASTIAO Data de nascimento: 20/04/1968 Sexo: Feminino Cor da pele: Parda

Profissão: COMERCIANTE Estado civil: Solteiro Grau de instrução: 2º Grau Completo

Endereço: RUA 56 Número: 288 Complemento:

CEP: 49.000-000 Bairro: PAQUE DOS FAROIS Cidade: NOSSA SENHORA DO SOCORRO UF: SE

Proximidades: Telefone:

HISTÓRICO

REPORTA, SER COMPANHEIRA DE FÁBIO CASTOR DOS SANTOS, E TEM UMA CONVIVÊNCIA COM O MESMO DE CERCA 07 ANOS, QUE NO DIA 15 DE AGOSTO DO CORRENTE ANO(2018), RECEBEU UMA LIGAÇÃO NO SEU CELULAR INFORMANDO DE QUE FÁBIO TINHA SOFRIDO UM ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO - COLISÃO, COM SUA MOTOCICLETA HONDA - NXR 150, BROS ES, COR PRETA, PLACA IAC-9651, CHASSI 9C2KD03308R087705, RENAVAN 00119001055, À QUAL, COLIDIU COM OUTRA MOTOCICLETA DE MARCA HONDA, COR AZUL/COM BRANCA, CONDUZIDA PELO CIDADÃO KASSIO SILVA SANTOS, QUE AS DUAS MOTOCICLETAS SOFRERAM DANOS MATERIAIS, QUE AMBOS OS CONDUTORES SAÍRAM LESIONADOS DO ALUDIDO ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, ONDE FORAM CONDUZIDOS PELO SAMU PARA HOSPITAIS EM ARACAJU, QUE FÁBIO FOI CONDUZIDO PARA O HUSE E KASSIO PARA O GABRIEL SOARES, QUE FÁBIO CASTOR TEVE FRATURA EXPOSTA NO JOELHO DA PERNA ESQUERDA, PERMANECENDO INTERNADO NO HUSE ATÁ A MANHÃ DO DIA 19 DE JULHO DO CORRENTE ANO, QUE TEVE CONHECIMENTO DE KASSIO TEVE FRATURA EXPOSTA NUM DOS SEUS JOELHOS, O QUAL AINDA SE ENCONTRA INTERNADO, QUE SEGUNDO INFORMAÇÕES, INCLUINDO-SE A DE SEU PRÓPRIO COMPANHEIRO, O ACIDENTE TEVE POR MOTIVAÇÃO UM BURACO FEITO PELA DESO NO LITO DA VIA ONDE OCORRERA O ALUDIDO ACIDENTE, ONDE FÁBIO AO TENTAR DESVIAR DO BURACO COLIDIU COM SUA MOTOCICLETA NA MOTOCICLETA DE KASSIO, DIANTE DO EXPOSTO SOLICITA PROVIDÊNCIAS.

Acrescentado por Sérgio Ricardo Leite Barbosa - 28/08/2018 às 08:01

A DATA EM QUE A VÍTIMA FÁBIO CASTOR DOS SANTOS TEVE ALTA DO HUSE FOI 19 DE AGOSTO DO CORRENTE ANO (2018).

Data e hora da comunicação: 20/08/2018 às 16:02

Responsável pela Alteração: Sérgio Ricardo Leite Barbosa

Última Alteração: 15/02/2019 às 17:29

OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que falhar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro: Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado. Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

MARIA GEILZA DOS SANTOS
Responsável pela comunicação

Sérgio Ricardo Leite Barbosa

Responsável pela reimpressão:
Ronilson dos Santos Leite(ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL)

<https://intranet.ssp.se.gov.br/boletim/BO/imprimeBO.asp>

Ronilson Leite
Escritório de Polícia Judiciária
273/14



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL

POLÍCIA ON-LINE



DELEGACIA PLANTONISTA DE ESTÂNCIA

(DELEGACIA DE REGISTRO)

RUA EXPEDICIONÁRIO JOÃO FERREIRA DA SILVA, CENTRO FONE:(79) 3530-3200

Boletim de Ocorrência 2018/06524.0-001281 - Alterado - (2ª via)

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: 07ª DELEGACIA METROPOLITANA

Endereço: RUA N 1, LOTEAMENTO JARDIM FONE:(79)3253-6100

FATO

Natureza: LESÃO CORPORAL CULPOSA

Natureza 2: DANO

Data e Hora do Fato: 15/08/2018 - 18:30 até 15/08/2018 - 18:30

Endereço: RUA SÃO JOÃO Número: S/N Complemento: PRÓXIMO DO LAVA-JATO CEP: 49160-000

Bairro: LOTEAMENTO PALESTINA DE FORA Cidade: NOSSA SENHORA DO SOCORRO - SE Circunscrição: 07ª DELEGACIA METROPOLITANA

Tipo de local: VIA PÚBLICA Meio Empregado: OUTRO

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: MARIA GEILZA DOS SANTOS

Nome do pai: ADEMARIO PEREIRA DOS SANTOS Nome da mãe: DILMA BARBOSA DOS SANTOS

Pessoa: Física CPF/CGC: 000.000.000-00 RG: 9218033 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: SÃO SEBASTIAO Data de nascimento: 20/04/1968 Sexo: Feminino Cor da cútis: Parda

Profissão: COMERCIANTE Estado civil: Solteiro Grau de instrução: 2º Grau Completo

Endereço: RUA 56 Número: 288 Complemento:

CEP: 49.000-000 Bairro: PAQUE DOS FAROIS Cidade: NOSSA SENHORA DO SOCORRO UF: SE

Proximidades: Telefone:



HISTÓRICO

REPORTA, SER COMPANHEIRA DE FÁBIO CASTOR DOS SANTOS, E TEM UMA CONVIVÊNCIA COM O MESMO DE CERCA 07 ANOS, QUE NO DIA 15 DE AGOSTO DO CORRENTE ANO(2018), RECEBEU UMA LIGAÇÃO NO SEU CELULAR INFORMANDO DE QUE FÁBIO TINHA SOFRIDO UM ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO - COLISÃO, COM SUA MOTOCICLETA HONDA - NXR 150, BROS ES, COR PRETA, PLACA IAC-9651, CHASSI 9C2KD03308R087705, RENAVAN 00119001055, À QUAL, COLIDIU COM OUTRA MOTOCICLETA DE MARCA HONDA, COR AZUL/COM BRANCA, CONDUZIDA PELO CIDADÃO KASSIO SILVA SANTOS, QUE AS DUAS MOTOCICLETAS SOFRERAM DANOS MATERIAIS, QUE AMBOS OS CONDUTORES SAÍRAM LESIONADOS DO ALUDIDO ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, ONDE FORAM CONDUZIDOS PELO SAMU PARA HOSPITAIS EM ARACAJU, QUE FÁBIO FOI CONDUZIDO PARA O HUSE E KASSIO PARA O GABRIEL SOARES, QUE FÁBIO CASTOR TEVE FRATURA EXPOSTA NO JOELHO DA PERNA ESQUERDA, PERMANECENDO INTERNADO NO HUSE ATÁ A MANHÃ DO DIA 19 DE JULHO DO CORRENTE ANO, QUE TEVE CONHECIMENTO DE KASSIO TEVE FRATURA EXPOSTO NUM DOS SEUS JOELHOS, O QUAL, AINDA SE ENCONTRA INTERNADO, QUE SEGUNDO INFORMAÇÕES, INCLUINDO-SE A DE SEU PRÓPRIO COMPANHEIRO, O ACIDENTE TEVE POR MOTIVAÇÃO UM BURACO FEITO PELA DESO NO LITO DA VIA ONDE OCORRERA O ALUDIDO ACIDENTE, ONDE FÁBIO AO TENTAR DESVIAR DO BURACO COLIDIU COM SUA MOTOCICLETA NA MOTOCICLETA DE KASSIO, DIANTE DO EXPOSTO SOLICITA PROVIDÊNCIAS.

Acrescentado por Sérgio Ricardo Leite Barbosa - 28/08/2018 às 08:01

A DATA EM QUE A VÍTIMA FÁBIO CASTOR DOS SANTOS TEVE ALTA DO HUSE FOI 19 DE AGOSTO DO CORRENTE ANO (2018).

Data e hora da comunicação: 20/08/2018 às 16:02

Responsável pela Alteração: Sérgio Ricardo Leite Barbosa

Última Alteração: 15/02/2019 às 11:29

OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro: Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

MARIA GEILZA DOS SANTOS
Responsável pela comunicação

Sérgio Ricardo Leite Barbosa

Responsável pela reimpressão:
Ronilson dos Santos Leite(ESCRIVÃO DE POLÍCIA/1307/873/14)

15/02/2019

Departamento da Polícia Civil - Boletim de Ocorrência
Delegado(a) de Polícia
Responsável pelo registro

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 001542219	CPF da vítima: 016.493.645-02	Nome completo da vítima: Fabio Coster dos Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Fabio Coster dos Santos	CPF: 016.493.645-02	
Profissão: Sem profissão	Endereço: Rua Cinquenta e seis	Número: 288
Bairro: Lerra Rural	Cidade: Nova Senhora do Socorro	Estado: SE
E-mail:		CEP: 49160-000
		Tel. (DDD): (79) 30237644

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☒ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: JOVS ☐ CONTA: 00025813 ☐ (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐ (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de cobertura 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 da extensão das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa nenhuma concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____	
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos: _____
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não	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.

Impressão
original da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: **Nova Sª do Socorro/SE, 07/01/2019**
 Nome: **Fabio Coster dos Santos**
 CPF: **016.493.645-02**

(*) Assinatura de quem assina A RDO

Fabio Coster dos Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

RELATÓRIO 01230 / 2018 REFERENTE A OCORRÊNCIA

NÚMERO: 1808150774 / ESUS - SAMU



O SAMU 192 SERGIPE foi acionado às 18h23min do dia 15 de Agosto de 2018, para atendimento de vítima identificada como **Fabio Castor dos Santos**, com relato de **colisão moto x moto**, no município de Nossa Senhora do Socorro.

A equipe da **Unidade de Suporte Avançado - Socorro** realizou atendimento no local, seguido de remoção para o **Unidade Hospitalar**, onde deixou o paciente aos cuidados da equipe.

Aracaju, 06 de Setembro de 2018

P/ [assinatura]
[assinatura]
Coordenadora Médica
SAMU 192 Sergipe
CRM/SE 4554

Tiemi Sayuri Menezes Oki Fontes

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE

SHISLEY
CORRETORA

07 JAN, 2019

DPVAT/SE

RELATÓRIO 01230 / 2018 REFERENTE À OCORRÊNCIA

NÚMERO: 1808150771 / ESUS - SAMU

O SAMU 192 SERGIPE foi acionado às 18h23min do dia 15 de Agosto de 2018, para atendimento de vítima identificada como **Fabio Castor dos Santos**, com relato de **colisão moto x moto**, no município de Nossa Senhora do Socorro.

A equipe da **Unidade de Suporte Avançado - Socorro** realizou atendimento no local, seguido de remoção para o **Unidade Hospitalar**, onde deixou o paciente aos cuidados da equipe.

Aracaju, 06 de Setembro de 2018

P/ *[Assinatura]*
Tiemí Sayuri Menezes Oki Fontes
Coordenadora Médica
SAMU 192 Sergipe
CRM/SE 4554

Tiemí Sayuri Menezes Oki Fontes

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE



DILMA BARBOSA DOS SANTOS
 RUA CINQUENTA E SEIS 289, PARQUE FAROIS
 NOSSA SENHORA DO SOCORRO / SE CEP: 49180000 (AO 3º)
 Emissão: 17/12/2018 Referência: Dez/2018
 Classe/Subclasse: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICO
 Roteiro: 10 - 20 - 760 - 4500 Nº medidor: B011235718

energisa
 ENERGISA SERGIPE DISTRIBUIÇÃO DE ENERGIA S/A
 Rua Manoel Aguiar de Siqueira, 81 - Imbuí - Barroco
 Aracaju / SE - CEP: 49040-150
 CNPJ: 07.422.900/1-03 Insc. Est. 270.767.436
 Nota Fiscal / Contador: Energia Clínica FIC 009.295.228
 Cód. para Dto. Automático: 00008741898

Atendimento ao Cliente **ENERGISA 08000 79 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Dez / 2018	17/12/2018	17/01/2019	200.809.565-34 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): **3/874168-8**

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 19/11/18	Leitura 7792	Data 17/12/18	Leitura 7870	
Demonstrativo				
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor
0601	Consumo em kWh	77,000	0,746230	57,45
0601	Adc. B. Amarela			0,42
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807	CONTRIB. LUM. PÚBLICA			0,45
0804	JUROS DE MORA 11/2018			0,15
0805	MULTA 11/2018			1,44

CCI: Código de Classificação de Item TOTAL 19,02 57,55 14,47 57,96 0,62 2,59

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**
 31 **24/12/2018** **R\$ 68,00**

Histórico de Consumo (kWh)

79	95	92	95	89	87	95	81	81	90	89	94
Dez/17	Jan/18	Feb/18	Mar/18	Abr/18	Maio/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Set/18	Out/18	Nov/18

RESERVAÇÃO FISCAL
 128c.1f33.71c7.e5d2.b657.2496.757e.0142

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
Indicador	Valor	Unidade	Observação	Discriminação	Valor (R\$)	%
DC MENSAL	4,85			Serviços de Dist. de Energia	14,49	21,32
DC TRIMESTRAL	10,82			Contador de Energia	19,92	29,29
DC ANUAL	19,82			Serviços de Transmissão	2,08	3,06
PC MENSAL	1,00			Energia Retida	3,41	5,01
PC TRIMESTRAL	1,60			Impostos Diretos e Encargos	26,10	41,32
PC ANUAL	1,20			Quilômetro	0,00	0,00
DMC	2,77					
DMC	12,22					

ATENÇÃO

Problemas na Iluminação Pública ligue para 4141-6577 ou 99555-6977 - WhatsApp

Faturas em atraso

energisa
 Roteiro: 10 - 20 - 760 - 4500
 Matrícula: 874168-2018-12-3
VENCIMENTO **TOTAL A PAGAR**
24/12/2018 **R\$ 68,00**
 83670000000-0 68000049000-2 08741682018-8 123000020019-6



SHISLEY
 CORRETORA
 07 JAN, 2019
 DPVAT/SE

DILMA BARBOSA DOS SANTOS
 RUA CINQUENTA E SEIS 289, PARQUE FAROIS
 NOSSA SENHORA DO SOCORRO / SE CEP: 49180000 (AO 3º)
 Emissão: 17/12/2018 Referência: Dez/2018
 Classe/Subclasse: RESIDENCIAL-RESIDENCIAL MONOFÁSICO
 Roteiro: 10-20-760-4500 Nº medidor: B011235718

energisa
 ENERGISA SERGIPE OESTE ENERGIA SA
 Rua Manoel Aguiar Sales, 81 - Imbuí Barroca
 Aracaju / SE - CEP: 49040-150
 CNPJ 13.017.422/0001-43 Insc. Est. 270.767.436
 Nota Fiscal / Contador: Energia Clínica FIC 009.208
 Cód. para Dto. Automático: 00008741688

Atendimento ao Cliente **ENERGISA 08000 79 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Dez / 2018	17/12/2018	17/01/2019	200.809.565-34 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): **3/874168-8**

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 19/11/18	Leitura 7792	Data 17/12/18	Leitura 7870	
Demonstrativo				
CC: Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	Valor
0601: Consumo em kWh	77,000	0,746230	57,45	0,82
0601: Adc. B. Amarelo			0,42	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807: CONTRIB. LUM. PÚBLICA			0,45	0,00
0804: JUROS DE MORA 11/2018			0,15	0,00
0805: MULTA 11/2018			1,44	0,00

CC: Código de Classificação de Item TOTAL 19,02 57,55 14,47 57,86 0,82 2,59

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**
 31 **24/12/2018** **R\$ 68,00**

Histórico de Consumo (kWh)

79	95	92	95	89	87	90	81	81	90	89	94
Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Maio/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Sep/18	Out/18	Nov/18

RESERVAÇÃO FISCAL
 128c.1f33.71c7.e5d2.b657.2496.767e.0142

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
Indicador	Valor	Unidade	Observação	Discriminação	Valor (R\$)	%
DC MENSAL	4,85			Serviços de Dist. da Energia	14,49	21,22
DC TRIMESTRAL	10,82			Controle de Energia	19,92	29,29
DC ANUAL	19,82			Serviços de Transmissão	2,08	3,06
PC MENSAL	1,00			Energia Retida	3,41	5,01
PC TRIMESTRAL	1,60			Impostos Diretos e Encargos	26,10	41,30
PC ANUAL	1,20			Outros Serviços	0,00	0,00
DMC	2,77					
DMC	12,22					
				Total	68,00	100,00

ATENÇÃO

Problemas na Iluminação Pública ligue para 4141-6577 ou 99555-6977 - WhatsApp

Faturas em atraso

energisa **SERGIPE**
 Roteiro: 10-20-760-4500 **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**
 Matrícula: 874168-2018-12-3 **24/12/2018** **R\$ 68,00**
 83670000000-0 68000049000-2 08741682018-8 123000020019-6



SHISLEY
 CORRETORA
 07 JAN, 2019
 DPVAT/SE

NOME DO PACIENTE: Fabio Castro dos Santos
DATA DA ENTRADA: 15/08/2018
DATA DA SAÍDA: 19/08/2018

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário, sem ter contato profissional com o paciente, isto é, a responsabilidade do atendimento cabe aos médicos que o assistiram.

INTERNAMENTO: PS () ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente admitido vítima de acidente de moto com exposição sem infestação de tecido alveolar. Apresentava abdome doloroso em fosse ilíaca G e lesão em Joelho G. O Rx mostrou fratura exposta em fíbula proximal e lateral do fêmur patelar. O FAST foi negativo. Realizado fixação interna de fratura do platô tibial e suporte (reparo) do fêmur patelar. Evoluindo satisfatoriamente com uma alta com curativos.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Limpeza e fixação interna do platô tibial e reparo do fêmur patelar.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx Tórax / Pelve / Joelho G / Perna G / Pé G
USG abdome fast

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Marcel Roche
Dr. Ronaldo Barreto
Dr. Fabiano Calvel

SHISLEY
CORRETORA

03 JAN 2019

DPVAT/SE

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

ARACAJU, 15 de novembro de 2018

Ana Luiza Pinheiro Barreto
Especialista em UTI
CRM 138.478-565-83 CRM 789

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

L. Alencar

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

NO. DO BR: 1769536

DATA: 15/08/2018

HORA: 20:22

USUARIO: WSANTOS

CNS:

SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : FABIO CASTOR DOS SANTOS DOC...: 0535657926
IDADE.....: 34 ANOS NASC: 22/04/1984 SEXO...: MASCULINO
ENDEREÇO.....: RUA 056 NUMERO: 288
COMPLEMENTO...: SUS INOPERANTE BAIRRO: PARQUE DOS FAROIS
MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA DO SOCORRO UF: SE CEP...: 49160-000
NOME PAI/MAE...: ARNALDO RODRIGUES DOS SANTOS /ELINE CASTOR DOS SANTOS
RESPONSÁVEL...: MARIA GILZE DOS SANTOS-ESPOSA/SAMU TEL...: 79-98835.8
PROCEDENCIA...: NOSSA SENHORA DO SOCORRO 242
ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: SIM VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

Paciente vítima de colisão moto x moto com capacete, não enfiado, não chegou, não se recorda de ocorrido. Consciente, orientado. Não ingestão de bebida alcoólica. AVH positivo, sem convulsão. (E) MVF Bilateral (E) FC 80

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM: (E) Glasgow 8.5. Pupila isocórea, ptótica.

(E) Membro plano, flácido, doloroso em F+5. Pulso arterial. Lesão em

DIAGNÓSTICO: Nega reações antitéticas

CID:

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MEDICACAO

1. Paracetamol 02 ml + AD 2.8 ml EV

2. SAT 3000 VI IM 20:55

3. FAST

4. Rx Torax IAPI, Pulm IAPI, Joelho E DVI, Pernas E DVI

DATA DA SAÍDA: / /

HORA DA SAÍDA: 20:22

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PERIDO

[] EVASAC

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SEOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

CEITO: [] AIE 48HS [] APCS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

Maria Gilze dos Santos

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

15.08.18

HORAS

20:11

RISE
ULTRASONOGRAFIA
EXAMES REALIZADOS
Data: 09/08/2008
Hora: 08:00
Ass: _____

CE E FAST

FAST negativo

no momento

R. perf. e j. full (+)
OI + O.E

R. e R. (+) NP+0

R. e R. e j. full (+)

R. e R. e j. full (+)

~~_____~~

PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta LIVRE	
2	SFO, 9% 500ML EV 12/12h	
3	Keflin 1g, IV, 6h/6h OU Kefazol 1g, IV, 8h/8h	
4	Ranitidina, 02 mL + 18 mL AD, IV, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, IV, às 6:00	
5	Dipirona, 02 ml + 08 mL AD, IV, 6h/6h	
6	Profenid, 01 ampola IV + 100mL SFO, 9%, 12h/12h	
7	Tramal 100mg + 250 ml SFO, 9, IV, 8h/8h SOS	
8	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia	
9	Bromoprida, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos SOS	
10	Glicemia capilar, 6h/6h, se diabético	
11	Insulina regular, conforme glicemia:	
12	<200 = Ø 251 - 300 = 4U 351 - 400 = 8U	
13	201 - 250 = 2U 301 - 350 = 6U > 400 = 10U	
14	Glicose 25%, 40ml, IV, se glicemia < 70	
15	Captopril 25mg, VO, se PAS > 180mmHg ou PAD > 110mmHg SOS	
16	CCGG + SSVV 6h/6h	
17	CURATIVO DIÁRIO 1X/DIA	
18	<i>Exame de controle</i> <i>Remanejo para dir.</i>	
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		
51		
52		
53		
54		
55		
56		
57		
58		
59		
60		
61		
62		
63		
64		
65		
66		
67		
68		
69		
70		
71		
72		
73		
74		
75		
76		
77		
78		
79		
80		
81		
82		
83		
84		
85		
86		
87		
88		
89		
90		
91		
92		
93		
94		
95		
96		
97		
98		
99		
100		

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA: 16.8.18

NOME: Fabio Costa dos Santos

GÊNERO: IDADE:

DIAGNÓSTICOS: Fratura exposta de plavella tibial e
- vascular do tendão patelar

PRESCRIÇÃO MÉDICA			HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Diete LIVRE		
2	SFO,9% 500ml EV 12/12h		
3	Keflin 1g, IV, 6h/6h OU Kefazol 1g, IV, 8h/8h		
4	Ranitidina, 02 mL + 18 mL AD, IV, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, IV, às 6:00		
5	Dipirona, 02 mL + 08 mL AD, IV, 6h/6h		
6	Profetid, 01 ampola IV + 100ml SFO,9%, 12h/12h		
7	Uramet 100mg + 250 ml SFO,9, IV, 8h/8h SOS		
8	Glexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia		
9	Bromoprida, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos SOS		
10	Glicemia capilar, 6h/6h, se diabético		
11	Insulina regular, conforme glicemia:		
12	<200 = Ø 251 - 300 = 4U 351 - 400 = 8U		
13	201 - 250 = 2U 301 - 350 = 6U > 400 = 10U		
14	Glicose 25%, 40ml, IV, se glicemia < 70		
15	Captopril 25mg, VO, se PAS > 180mmHg ou PAD > 110mmHg SOS		
16	CCSG + SSVV 6h/6h		
17	CURATIVO DIÁRIO 1X/DIA		
18	Agenda Rx de controle		
19	Paracetamol 1g po q4h		
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			
51			
52			
53			
54			
55			
56			
57			
58			
59			
60			
61			
62			
63			
64			
65			
66			
67			
68			
69			
70			
71			
72			
73			
74			
75			
76			
77			
78			
79			
80			
81			
82			
83			
84			
85			
86			
87			
88			
89			
90			
91			
92			
93			
94			
95			
96			
97			
98			
99			
100			

Dr. Paulo Teodoro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 156.464

Cristiane Rocha
COREN-379544 - ENF

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA: 17/08/18

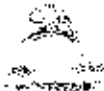
NOME: FÉLIX COSTA DE SAUS

GÊNERO: IDADE:

DIAGNÓSTICOS: FRATURA = RESSE DO PLAVERO HÍG 11 (S)
+ LADO DO FUNDO COSTELA

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta LV&E	QUA
2	SFO, 9% 500ML EV 12/12h	500 500
3	Keflin 1g, IV, 6h/6h OU Kefazol 1g, IV, 8h/8h	20 24 08
4	Ranitidina, 02 ml + 18 ml AD, IV, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, IV, às 6:00	06
5	Dipirona, 02 ml - 08 ml AD, IV, 6h/6h	28 24 06 12
6	Profenid, 01 ampola IV + 100ml SFO, 9%, 12h/12h	22 10
7	Pramax 100mg - 250 ml SFO, 9, IV, 8h/8h SOS	500
8	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000U SC, 2x/dia	20
9	Bromoprida, 02 ml + 18 ml AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos SOS	600
10	Glicemia capilar, 6h/6h, se diabético	10 24 06 12
11	Insulina regular, conforme glicemia:	
12	<200 = Ø 251 - 300 = 4U 351 - 400 = 8U	
13	201 - 250 = 2U 301 - 350 = 6U > 400 = 10U	
14	Salicosa 25%, 40ml, IV, se glicemia < 70	600
15	Captopril 25mg, VO, se PA5 > 180mmHg ou PAD > 110mmHg SOS	600
	CCGG + SSVV 6h/6h	18 24 06
17	CURATIVO DIÁRIO 1X/DIA	M
18	250 ml SFO - 20 l VO de 17/18	24 06
19		
20		
21	FRATURA QUEIXA-SE DE LADO LADO	
22	DO FUNDO COSTELA	10
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		

Guilherme [Assinatura]



GOVERNO DO
SERGIPE

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE – HUSE
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA 18/11/2018

NOME:

Fabio Carlos da Silva

ALA: VERDE TRAUMA 1

LEITO:

CORREDOR

GÊNERO:

IDADE:

DIAGNÓSTICOS:

Fratura exposta da plavola + 5.0.15

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paulo Lima

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta VO LIVRE	SND
2	SFO,9% 500ML EV 8/8HS	M
3	SFO,9% 100ml IV 6h/6h OU Kefazol 1g, IV, 8h/8h	F
4	Ranitidina, 02 mL + 18 mL AD, IV, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, IV, às 6:00	M
5	Dipirona, 02 mL + 08 mL AD, IV, 6h/6h	M
6	Profenid, 01 ampola IV + 100mL SFO,9%, 12h/12h	M
7	Tramal 100mg + 250 ml SFO,9, IV, 8h/8h SOS	M
8	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia	M
9	Bromoprida, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos SOS	M
10	Glicemia capilar, 6h/6h, se diabético	
11	Insulina regular, conforme glicemia:	
12	<200 = Ø 251 – 300 = 4U 351 – 400 = 8U	
13	201 – 250 = 2U 301 – 350 = 6U > 400 = 10U	
14	Glicose 25%, 40ml, IV, se glicemia < 70	
15	Captopril 25mg, VO, se PAS > 180mmHg ou PAD > 110mmHg SOS	
16	CCGG + SSVV 6h/6h	12 18 00 06
17	Gentamicina 240mg, EV, 1x/dia	M
18	CURATIVO DIÁRIO 1X/DIA	M
19		
20		
21		
22		

Cristaine Rocha
COREN-379544 - ENF

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
SERVIÇO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÕES DIÁRIAS

DATA: 10/10/2013

° DIH

NOME: Roberto

DIAGNÓSTICO (S): fr. 311

Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º. Dieta livre	SND
2º. Gelco Salinizado	com uso
3º. Kefazol 1 g EV 8/8hs ou kefin 1 g EV 6/6hs	16 24
4º. S. Fisiológico 0,9% 1000CC 24HS	
5º. Dipirona 2ml + 8 ml AD EV ou Paracetamol 40gts VO 6/6hs SOS	SOS
6º. Nauseidron 8mg EV 08/08hs SOS	SOS
7º. Antak 50mg EV ou 150mg VO / Omeprazol 40mg EV ou VO às 6hs	CC
8º. Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% EV ou VO 8/8hs SOS	SOS
9º. Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% EV 12/12hs SOS	SOS
10º. Captopril 25mg VO 8/8hs se PAS > 180 mmHg e PAD > 110 mmHg SOS	SOS
11º. Luftal 40 gts VO de 8/8 hs	16 24
12º. Clexane 40mg SC 1 x dia ou Heparina 5000UI SC 2 x dia	20
13º. Dextro 6/6hs se Diabético	
14º. Insulina Regular SC, após o dextro.	
101 - 150: 02UI	301 - 350: 06UI
151 - 300: 04UI	351 - 400: 08UI
301 - 400: 10UI	
15º. Curativos Diários 1 x dia (x) SF 0,9% + Gazes	
16º SSVV 6/6hs	retirar
17º	
18º	
19º	
20º	

ASSINATURA:

Dr. Antonio Franco Cabral
Ortopedia e Traumatologia
CRM 380

Cartão de Análise
Enfermagem
COREN-SE 342533

Nome do Paciente:

Leiteiro Carlos dos Santos

Idade:

Sexo:

Unidade de Produção:

Leito:

Nº do Prontuário:

18/08/2012
O.M.M.
H.C. + Ft. de primeira hospitalização
na planta de tuberculose
Sintomas de tensão e febre
febre

19/08/2012 Serviço Social

Paciente no leito acordado em
tudo, acordado em casa para
de parafusos, operado a alt.
social, superior não recebi
para, mas em governo
próximo ao Huse, aguarda tr
parte para retornar ao
e pro de origem.

Assistente Social
Márcia de Souza Lima

HUSE		BOLETIM DE ANESTESIA		 	
PACIENTE: <u>Fábio Castor dos Santos, 07, 34 anos</u>			REGISTRO: <u>175659</u>		
UNIDADE: <u>Cirurgia</u>		MÉDICO: _____		LEITO: <u>Sala 04</u>	
CIRURGIA PROGRAMADA: <u>Cirurgia de fratura plavial tibial esquerda</u>		CIRURGIA REALIZADA + Regime pós-operatório: _____		DATA: <u>16/08/18</u>	
ANESTESIOLOGISTA: <u>Dr. Sérgio Inácio</u>		TÉCNICA ANESTÉSICA: <u>Bloqueio Subaracnoideal</u>		MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: _____	
CIRURGIÃO: <u>Ronald Barrato</u>		AUXILIAR: _____		ASA: <u>I-E</u>	
HORA DE INÍCIO: <u>08:40</u>		HORA DE TÉRMINO: <u>03:50</u>		ACESSO VENOSO: <u>APP em HSE</u>	
				POSICÃO: <u>DDH</u>	
00 15 30 45 00 15 30 45 00 15 30 45 00 15 30 45					
AGENTES INALATÓRIOS					
FLUIDOS					
MONITORIZAÇÃO	PA NÃO INVASIVA	X	PVC	Paciente acordado, eupneico, SpO ₂ 99% em ar ambiente, sem dor, sem náuseas. PA: 140 x 54 mmHg.	
	PA INVASIVA		TEMPERATURA		
	ELETCARDIOGRAFIA	X	DIURESE		
	OXIMETRIA	X	VENTILAÇÃO		
	CAPNOGRAFIA		PAM		
	1. Solução subaracnoideal	2. morfina	3. Cefazolina	Nome: <u>Cefazolina 2g</u> 1ª Dose às: <u>08:45</u> horas 2ª Dose às: _____ horas 3ª Dose às: _____ horas	
	3. Solução de 0,5 mg de	4. midazolam	5. fentanyl		
	6. Solução de 0,5 mg de	7. dexmedetomidina	8. Ketoprofeno		
	9. Solução de 0,5 mg de	10. Solução de 0,5 mg de			
	11. Solução de 0,5 mg de	12. Solução de 0,5 mg de			
	13. Solução de 0,5 mg de	14. Solução de 0,5 mg de			
15. Solução de 0,5 mg de					
16. Solução de 0,5 mg de					
17. Solução de 0,5 mg de					
18. Solução de 0,5 mg de					
19. Solução de 0,5 mg de					
20. Solução de 0,5 mg de					



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Fundação
Hospitalar
de Saúde

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: *Fábio Carlos dos Santos*

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

CIRURGIA REALIZADA:

CIRURGIÃO:

AUXILIARES:

ANESTESIA:

ANESTESISTA

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

() CIRURGIA LIMPA

() CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA

() CIRURGIA CONTAMINADA

() CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? ☒ SIM () NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

() VIAS AÉREAS SUP. () PULMONAR () URINÁRIA () SNC () TGI

() CUTÂNEO () AP. CARDIO-VASCULAR () PLEURA () OUTROS

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

*1. Anestesia
2. Lavagem abdominal
3. Desbridamento + Irrigação
4. Redução da fratura com fixação
5. Fechamento da ferida com pontos
6. Curativo com gaze e antisséptico
7. Curativo + curativo de ferida
Sutura da ferida de 1cm*

DATA: *15/08/2015*

Assinatura do Cirurgião

Registro de Enfermagem no Trans-Operatório

NOME		PRONTUÁRIO	
RECEBIDO NA S.O. POR		DATA	SALA
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	ACORDADO	SONOLENTO	AGITADO
CIRCULANTE	PROCEDÊNCIA		
ENTRADA S.O.	h	INÍCIO DA ANESTESIA	h
SAÍDA DA S.O.	h	FIM DA ANESTESIA	h
CIRURGIÃO	1º AUXILIAR		
ANESTESISTA	2º AUXILIAR		
INSTRUMENTADOR	LATERALIDADE		() DIREITA () ESQUERDA
CIRURGIA PROPOSTA			
CIRURGIA REALIZADA			
TÉCNICA ANESTÉSICA			
GERAL VENOSA	GERAL INALATÓRIA	GERAL COMBINADA	GERAL BALANCEADA
PERIDURAL C/ CATETER	PERIDURAL S/ CATETER	SEDACÃO	BLOQUEIO DO PLEXO
TUBO ENDOTRAQUEAL () ORAL () NASAL	Nº:	TUBO ARAMADO	Nº:
MÁSCARA LARÍNGEA			
ASSEPSIA			
PVP/ TÓPICO	PVP/ ALCOÓLICO	PVP/ DEREGMANTE	CLOREXID. ALCOÓLICA
		CLOREXID. DEGERMANTE	CLOREXID. AQUOSA
EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS UTILIZADOS			
BOMBA DE INFUSÃO	DEFIBRILADOR	MONITOR CEREBRAL (BIS)	INTENSIFICADOR DE IMAGEM
FIBROSCÓPIO	MONITOR CARDÍACO	PA (NÃO INVASIVA)	PA (INVASIVA)
FOCO AUXILIAR	FONTE DE LUZ	VIDEOLAPAROSCÓPIO	BRONCOSCÓPIO
COXINS DE CONFORTO UTILIZADOS		BISTURI ELÉTRICO	
CABEÇA	MSD	MSE	IMIE
		MID	
BIPOLAR		MONOPOLAR	
PLACA BISTURI		COMPRESSAS	
LOCAL		GRANDES	
ELETRODOS		ENTREGUE	
INCISÃO CIRÚRGICA		DEVOLVIDO	
AVP		D	
AVC		E	
		PEQUENAS	
		ENTREGUE	
		DEVOLVIDO	
GASOMETRIA: SIM () NÃO ()			
POSICÃO DO PACIENTE			
DORSAL	VENTRAL	LAT. ESQ.	LAT. DIR.
CANIVETE	TRENDELEMBURG	LITOTOMIA	

NOME DO PACIENTE: Fabio Castro dos Santos
DATA DA ENTRADA: 15/08/2018
DATA DA SAÍDA: 19/08/2018

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário, sem ter contato profissional com o paciente, isto é, a responsabilidade do atendimento cabe aos médicos que o assistiram.

INTERNAMENTO: PS () ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente admitido no turno de acidente de moto com esmagamento unilateral da região alceolice. Apresentava abdome doloroso em toda a extensão e febre em joelho E. O Rx mostrou fratura exposta em tíbia proximal e lateral do fêmur distal. O FAST foi negativo. Realizado fixação interna de fratura do platô tibial e fixação (chaveta) do fêmur distal. Evolução satisfatória com febre alta nos primeiros dias.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

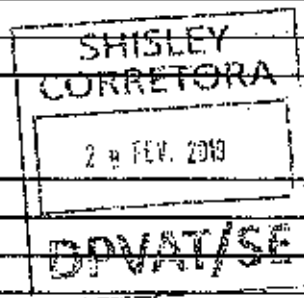
Drainagem e fixação interna do platô tibial e fêmur distal.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx Tórax / Pelve / Joelho E / Perna E / Pé E
USG abdome post

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Marcel Roche
Dr. Raulo Barreto
Dr. Fábio Calves



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

ARACAJU, 05 de novembro de 2018

Ass. Lucio Pinheiro Barreto
CRM 132.413.594-03 CRM 789

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

Ass. Lucio P. Barreto

K. Alencar

8/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

NO. DO BE: 1769536

DATA: 15/08/2018

HORA: 19:22

USUARIO: WSANTOS

CRS:

SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: FABIO CASTOR DOS SANTOS DOC...: 0535657926
IDADE: 34 ANOS NASC: 22/04/1984 SEXO: MASCULINO
ENDereco: RUA 056 NUMERO: 288
COMPLEMENTO: SUS INOPERANTE BAIRRO: PARQUE DOS FAROIS
MUNICIPIO: NOSSA SENHORA DO SOCORRO UF: SE CEP: 49160-000
NOME PAI/MAE: ARNALDO RODRIGUES DOS SANTOS /ELINE CASTOR DOS SANTOS
RESPONSAVEL: MARIA GEILZE DOS SANTOS-ESPOSA/SAMU TEL: 79-98835.8
PROCEDENCIA: NOSSA SENHORA DO SOCORRO 242
ACIDENTAMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: SIM VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

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

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

SINAIS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

Paciente vítima de colisão moto x moto com capacete, magalhães, magalhães, não se recorda de ocorrido. Consciente, orientado. Não ingeriu álcool. (A) Vh, perna, sem cervicalgia. (B) M.V.F. Bilateral. (C) FC: 80

ANOTACOES DA ENFERMAGEM: (D) Garganta SS. Pupila isocórica, fotoreagiva.

(E) Mucosas: plano, flácido, doloroso em F.I.E. Pulso arterial. Laxos em

DIAGNOSTICO: Não exames antitóxicos

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1. Dexametasona 0,5 ml + AD 0,8 ml EV

2. SAT 5000 VI IM 20:35

3. FAST

4. Rx Torax IAPI, Pulm IAPI, Tórax E IAPI, Perna E IAPI

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO []

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

Maria Geilze dos Santos
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

15.08.18

HORAS

21:11

RUSE
ULTRASONOGRAFIA
ESTADO(S) REALIZADO(S)
Data: 17/02
Hora: 08:00
Valor: —

CS 6 Fast

- FAST 14/02/20

R. perf. 1 juv. (C)
OI + OE

R. 1 L. (C) RP+D

R. 1 Exp. 1 juv. (C)

R. 1 Sub. p. C.C.

~~XXXXXX~~

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Definitivo....: 175659
 Numero do CNS.....: 0000000000000000
 Nome.....: FABIO CASTOR DOS SANTOS
 Documento.....: 05356579267 Tipo :
 Data de Nascimento: 22/04/1984 Idade: 34 anos
 Sexo.....: MASCULINO
 Responsavel.....: ARNALDO RODRIGUES DOS SANTOS
 Nome da Mae.....: ELINE CASTOR DOS SANTOS
 Endereco.....: RUA 056 288 SUS INOPERANTE
 Bairro.....: PARQUE DOS FAROIS Cep.: 49160-000
 Telefone.....: 79-98835.8242
 Município.....: 2804805 - - SE
 Nacionalidade.....: BRASILEIRO
 UF.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 1769536
 Clínica.....: 918 - CENTRO CIRURGICO SRPA
 Telefone.....: 999.0466
 Data da Internacao: 15/08/2018
 Hora da Internacao: 21:50
 Solicitante: 968.348.895-15 - MARCIO MOURA ROCHA DOS SANTOS
 Motivo Solicitado: NAO INFORMADO
 Diagnostico.....: NAO INFORMADO
 Motif. Operador.: TSANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

Ata Realizado:
 Data de Saída:
 Especialidade:
 Tipo de Saída:
 Local Principal:
 Local Secundário:
 Motivo Principal:
 Motivo Secundário:
 Motivo Tercário:

EXAME DE 16/08/18
 REALIZADO EM 16/08/18
 AS 22:48 HORAS
 TSCM...

HUSE

HOSPITAL URGÊNCIA DE SERGIPE

PRESCRIÇÃO MÉDICA - ORTOPEDIA

PACIENTE:

DIAGNÓSTICO:

DATA: 15/08/2018

01. DIETA VO LIVRE

02. KEFAZOL 01G EV 8/8 HS OU KEPLIN 1G 6/6H

03. TRAMAL - 100MG + SF0,9% - 100 ML EV DE 8/8 HS

04. DAPIRONA 1 AMP + 18 ML AD, EV, 6/6 HORAS OU
PARACETAMOL, 500MG, VO DE 06/06HORAS

05. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA

06. PROFENID. 100MG+100ML SF0,9%, EV, 12/12H

07. CAPTOPRIL - 25 MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 100 MMHG

08. PLASIL 2.0 ML + AD 8,0 ML EV 8/8 SOS

09. SG 50%. 02 AMPOLAS, EV, SE HGT < 70

10. INSULINA REGULAR, SC, CONFORME ESQUEMA:

180-200: 2U 201-250: 4U 251-300: 6U 301-350: 8U 351-400: 10U
>400: 12U

10. SSVV E CCGG 6/6H

11. CLEXANE 40 MG, SC, 1 X AO DIA

12. RADIOGRAFIA DE CONTROLE

Dr. *[Assinatura]*
Médico Especialista em Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 3402

HUSE

HOSPITAL URGÊNCIA DE SERGIPE

PRESCRIÇÃO MÉDICA - ORTOPEDIA

PACIENTE:

DIAGNÓSTICO:

DATA: 15/08/2018

01. DIETA VO LIVRE

02. KEFAZOL 01G EV 8/8 HS OU KEFLIN 1G 6/6H

03. TRAMAL - 100MG - SF0,9% - 100 ML EV DE 8/8 HS

04. DÍPIRONA 1 AMP + 18 ML AD. EV. 6/6 HORAS OU
PARACETAMOL. 500MG, VO DE 06/06HORAS

05. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA

06. PROFENID. 100MG+100ML SF0,9%, EV, 12/12H

07. CAPTOPRIL - 25 MG VO SE PAS>160 E/OU PAD>100 MMHG

08. PLASIL 2,0 ML + AD 8,0 ML EV 8/8 SOS

09. SG 50%. 02 AMPOLAS, EV, SE HGT<70

10. INSULINA REGULAR, SC, CONFORME ESQUEMA:
180-200: 2U 201-250: 4U 251-300: 6U 301-350: 8U 351-400: 10U
>400: 12U

11. SSVV E CCGG 6/6H

12. CLEFAXANE 40 MG, SC, 1 X AO DIA

13. RADIOGRAFIA DE CONTROLE

Dr. 
Ronaldo S. de A. Silva
CRM 10.120-0
Ribeirão Preto - SP

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA: 17/02/19

NOME: ENZO COSTA DE SAUS

GÊNERO: IDADE:

DIAGNÓSTICOS: FRACTURA EXTERNA D. Humeros HUM (S)
+ LADO D. TUBERO DO OMBRO

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE ADMININISTRAÇÃO
1	Dieta LIVRE	QUA
2	SFO, 9% 500ML EV 12/12H	000 000
3	Keflin 1g, IV, 6h/6h OU Kefazol 1g, IV, 8h/8h	10 24 08
4	Ranitidina, 02 mL + 18 mL AD, IV, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, IV, às 6:00	06
5	Diphone, 02 mL + 08 mL AD, IV, 6h/6h	18 24 06 12
6	Profenid, D1 ampola IV + 100mL SFO, 9%, 12h/12h	22 10
7	Tramal 100mg + 250 mL SFO, 9%, IV, 8h/8h SOS	000
8	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia	20
9	Bromoprida, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos SOS	000
10	Glicemia capilar, 6h/6h, se diabético	10 24 06 12
11	insulina regular, conforme glicemia:	
12	<200 = Ø 251 - 300 = 4U 351 - 400 = 8U	
13	201 - 250 = 2U 301 - 350 = 6U > 400 = 10U	
14	Glicose 25%, 40mL, IV, se glicemia < 70	000
15	Captopril 25mg, VO, se PAS > 180mmHg ou PAD > 110mmHg SOS	000
	CCGG + SSVV 6h/6h	18 24 06 12
17	EURATIVO DIARIO 1X/DIA	M
18	20 L VO 12/12h	06
19		
20		
21	20 L VO 12/12h	
22	20 L VO 12/12h	
23		
24		
25		
26		
27		
28		

Guilherme B. de Almeida
CRM 5023

EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA 18/11/2018

NOME: Fabio Carlos da Silva

ALA: VERDE TRAUMA 1 LEITO: CORREDOR GÊNERO: IDADE:

DIAGNÓSTICOS: Fratura exposta da plavola + S.O. 15

EVOLUÇÃO MÉDICA: *[Assinatura]*

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta VO LIVRE	SUB
2	SFO, 9% 500ML EV 8/8HS	M
3	Ranitidina 6h/6h OU Kefazol 1g, IV, 8h/8h	F 2x/8h
4	Ranitidina, 02 mL + 18 mL AD, IV, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, IV, às 6:00	CC
5	Dipirona, 02 mL + 08 mL AD, IV, 6h/6h	12 18 24 06
6	Profenid, 01 ampola IV + 100mL SFO, 9%, 12h/12h	12 18 24 06
7	Tramal 100mg + 250 ml SFO, 9, IV, 8h/8h SOS	12 18 24 06
8	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia	12 18
9	Bromoprida, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos SOS	
10	Glicemia capilar, 6h/6h, se diabético	
11	Insulina regular, conforme glicemia:	
12	<200 = Ø 251 - 300 = 4U 351 - 400 = 8U	
13	201 - 250 = 2U 301 - 350 = 6U > 400 = 10U	
14	Glicose 25%, 40ml, IV, se glicemia < 70	
15	Captopril 25mg, VO, se PAS > 180mmHg ou PAD > 110mmHg SOS	
16	CCGG + SSVV 6h/6h	12 18 24 06
17	Gentamicina 240mg, EV, 1x/dia	12 18
18	CURATIVO DIÁRIO 1X/DIA	M
19		
20		
21		
22		
23		

[Assinatura]
Cristaine Rocha
COREN-379544 - ENF

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
SERVIÇO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÕES DIÁRIAS

DATA: 10/01/2018

° DIH

NOME: JOSÉ ROBERTO SILVA

DIAGNÓSTICO(S): FR. 311

Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1ª. Dieta Livre	SO D
2ª. Gelco Salinizado	SO D
3ª. Kefazol 1 g EV 8/8hs ou Keflin 1 g EV 6/6hs	16 24
4ª. S. Fisiológico 0,9% 1000CC 24HS	
5ª. Dipirona 2ml + 8 ml AD EV ou Paracetamol 40gts VO 6/6hs SOS	SOS
6ª. Nauseidron 8mg EV 08/08hs SOS	SOS
7ª. Antak 50mg EV ou 150mg VO / Omeprazol 40mg EV ou VO às 6hs	CE
8ª. Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% EV ou VO 8/8hs SOS	SOS
9ª. Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% EV 12/12hs SOS	SOS
10ª. Captopril 25mg VO 8/8hs se PAS > 180 mmHg e PAD > 110 mmHg SOS	SOS
11ª. Luftal 40 gts VO de 8/8 hs	16 24
12ª. Clexane 40mg SC 1 x dia ou Heparina 5000UI SC 2 x dia	20
13ª. Dextro 6/6hs se Diabético	
14ª. Insulina Regular SC, após o dextro. 201 - 250: 02UI 251 - 300: 04UI 301 - 350: 06UI 351 - 400: 08UI 401 - 450: 10UI	
15ª. Curativos Diários 1 x dia (x) SF 0,9% + Gases	
16ª SSVV 6/6hs	Retirar
17ª	
18ª	
19ª	
20ª	

Assinatura:

Dr. Antônio Franco Cabral
Ortopedia e Traumatologia
CRM 880

Cartão de Análise
Ente 2014
CRM-SE 342333

Nome do Paciente:

Edson Carlos dos Santos

Idade:

Sexo:

Unidade de Produção:

Leito:

Nº do Prontuário:

17/03/2013

CPH/MC

H/LC + FT do pré-tórax base
do pulmão direito
Sintomas de tensão e hipoventilação

Dr. Arnaldo Brito

19/08/2012 Serviço Social

Paciente no leito acidentado em
tudo, acidentado em casa por falta
de familiares, oferecido a ele
paciente, enferma, não recebe
pois mora em socorro, próximo
ao Huse, aguardando transporte
para retornar ao município
e ao trabalho.

Assistente Social
Christiane Soares

HUSE		BOLETIM DE ANESTESIA		Fundação Hospital de Saúde																																																																																																															
PACIENTE: <u>Fabio Castor dos Santos, 07, 34 anos</u>			REGISTRO: <u>175659</u>																																																																																																																
UNIDADE: <u>Unidade</u>		MÉDICO: <u></u>		LEITO: <u>Sala 04</u>																																																																																																															
CIRURGIA PROGRAMADA: <u>Procedimento de fratura plavulha tibial esquerda</u>			CIRURGIA REALIZADA: <u>Procedimento de fratura plavulha tibial esquerda</u>		DATA: <u>16/08/18</u>																																																																																																														
ANESTESIOLOGISTA: <u>Dr. Silvio Inácio</u>		TÉCNICA ANESTÉSICA: <u>Bloqueio Subaracnoideo</u>		MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: <u></u>																																																																																																															
CIRURGIÃO: <u>Ronald Barreto</u>		AUXILIAR: <u></u>		ASA: <u>I-E</u>																																																																																																															
HORA DE INÍCIO: <u>08:00</u>	HORA DE TÉRMINO: <u>09:50</u>	ACESSO VENOSO: <u>AVP em MSE</u>		POSIÇÃO: <u>DDH</u>																																																																																																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>15</th> <th>30</th> <th>45</th> <th>15</th> <th>30</th> <th>45</th> <th>15</th> <th>30</th> <th>45</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AGENTES INALATÓRIOS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>FLUIDOS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							15	30	45	15	30	45	15	30	45	AGENTES INALATÓRIOS										FLUIDOS																																																																																									
	15	30	45	15	30	45	15	30	45																																																																																																										
AGENTES INALATÓRIOS																																																																																																																			
FLUIDOS																																																																																																																			
CEO OUTROS: <u>991.991.991.991</u>																																																																																																																			
MONITORIAÇÃO																																																																																																																			
PA NÃO INVASIVA	X	PVC	Paciente acordado, eupneico, 99% em ar ambiente, sem dor, sem náuseas.																																																																																																																
PA INVASIVA		TEMPERATURA	PA: 130 x 54 mmHg																																																																																																																
ELETROCARDIOGRAFIA	X	DIURESE																																																																																																																	
OXIMETRIA	X	VENTILAÇÃO																																																																																																																	
CAPNOGRAFIA		RAM																																																																																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>15</th> <th>30</th> <th>45</th> <th>15</th> <th>30</th> <th>45</th> <th>15</th> <th>30</th> <th>45</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. bupivacaína pesada</td> <td>15mg</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. morfina</td> <td>0,5mg</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. cefazolina</td> <td>2g</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. midazolam</td> <td>5mg</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. fentanyl</td> <td>100mcg</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6. clonitazina</td> <td>2mg</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7. clonitazina</td> <td>2mg</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>8. clonitazina</td> <td>2mg</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>9. clonitazina</td> <td>2mg</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>10. clonitazina</td> <td>2mg</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							15	30	45	15	30	45	15	30	45	1. bupivacaína pesada	15mg									2. morfina	0,5mg									3. cefazolina	2g									4. midazolam	5mg									5. fentanyl	100mcg									6. clonitazina	2mg									7. clonitazina	2mg									8. clonitazina	2mg									9. clonitazina	2mg									10. clonitazina	2mg								
	15	30	45	15	30	45	15	30	45																																																																																																										
1. bupivacaína pesada	15mg																																																																																																																		
2. morfina	0,5mg																																																																																																																		
3. cefazolina	2g																																																																																																																		
4. midazolam	5mg																																																																																																																		
5. fentanyl	100mcg																																																																																																																		
6. clonitazina	2mg																																																																																																																		
7. clonitazina	2mg																																																																																																																		
8. clonitazina	2mg																																																																																																																		
9. clonitazina	2mg																																																																																																																		
10. clonitazina	2mg																																																																																																																		
Nome: <u>Cefazolina 2g</u> 1ª Dose em: <u>08:05</u> horas 2ª Dose em: <u></u> horas 3ª Dose em: <u></u> horas																																																																																																																			
Paciente mega alergias, mega comorbidades. Deu bem a 16 h antes do término.																																																																																																																			



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



Fundação
Hospitalar
de Saúde

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: *Leandro Carlos dos Santos*

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *Ex. Exposto do planalto lubral*

CIRURGIA REALIZADA: *LCT + F de pericrânio + Reparo da*

CIRURGIÃO: *Dr. Renato Barreto* *Renato Barreto*

AUXILIARES:

ANESTESIA:

ANESTESISTA

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

() CIRURGIA LIMPA

() CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA

() CIRURGIA CONTAMINADA

() CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? ☒ SIM () NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

() VIAS AÉREAS SUP. () PULMONAR () URINÁRIA () SNC () TGI

() CUTÂNEO () AP. CARDIO-VASCULAR () PLEURA () OUTROS

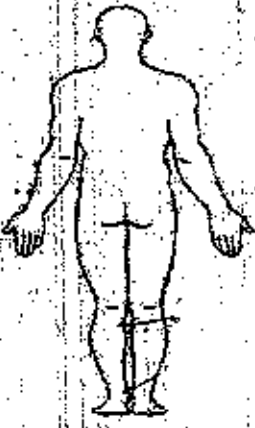
DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. *Anestesia*
 2. *Campo estéril*
 3. *Exposição do local + lavagem*
 4. *Redução da fratura com fixação*
 5. *de placas e parafusos*
 6. *Reparo da pele*
 7. *Curativo com curativo e*
- Curativo + curativo de ferida*
- Curativo de ferida de ferida*

DATA: *14/08/2018*

Assinatura do Cirurgião

Registro de Enfermagem no Trans-Operatório

NOME		PRONTUÁRIO	
RECEBIDO NA S.O. POR		DATA	SALA
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	ACORDADO	SONOLENTO	AGITADO
CIRCULANTE	PROCEDÊNCIA		
ENTRADA S.O.	h	INÍCIO DA ANESTESIA	h
SAÍDA DA S.O.	h	FIM DA ANESTESIA	h
CIRURGIÃO	1º AUXILIAR		
ANESTESISTA	2º AUXILIAR		
INSTRUMENTADOR	LATERALIDADE		() DIREITA () ESQUERDA
CIRURGIA PROPOSTA			
CIRURGIA REALIZADA			
TÉCNICA ANESTÉSICA			
GERAL VENOSA	GERAL INALATÓRIA	GERAL COMBINADA	GERAL BALANCEADA
PERIDURAL C/ CATETER	PERIDURAL S/ CATETER	SEDACÃO	BLOQUEIO DO PLEXO
TUBO ENDOTRAQUEAL () ORAL () NASAL	Nº:	TUBO ARAMADO	Nº:
MÁSCARA LARÍNGEA			
ASSEPSIA			
PVP/ TÓPICO	PVPI ALCOÓLICO	PVPI DERMEGANTE	CLOREXID. ALCOÓLICO
		CLOREXID. DERMEGANTE	CLOREXID. AQUOSA
EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS UTILIZADOS			
BOMBA DE INFUSÃO	DESFIBRILADOR	MONITOR CEREBRAL (BIS)	INTENSIFICADOR DE IMAGEM
FIBROSCÓPIO	MONITOR CARDÍACO	PA (NÃO INVASIVA)	PA (INVASIVA)
FOCO AUXILIAR	FONTE DE LUZ	VIDEOLAPAROSCÓPIO	BRÔNCOSCÓPIO
COXINS DE CONFORTO UTILIZADOS		BISTURI ELÉTRICO	
CABEÇA	MSD	MSE	MIE
		MONOPOLAR	
			
PLACA BISTURI:		COMPRESSAS GRANDES	
		ENTREGUE	
LOCAL		DEVOLVIDO	
ELETRODOS		12	
INCISÃO CIRÚRGICA		15	
AVP		PEQUENAS	
D		ENTREGUE	
E		DEVOLVIDO	
AVC			
D			
E			
GASOMETRIA: SIM () NÃO ()			
POSIÇÃO DO PACIENTE			
DORSAL	VENTRAL	LAT. ESQ	LAT. DIR
CANIVETE	TRENDELEMBURG	LITOTOMIA	

[illegible]



RELATÓRIO ESPECIALIZADO

Avaliação de perda funcional e Invalidez permanente, pós tratamento das vítimas de acidente do trânsito.

Número do sinistro

Nome do paciente: *FABIO CASTRO DOS SANTOS*

Data de nascimento: *22/04/1984*

Data do início do tratamento / Acidente *15.08.2018*

1 - Diagnóstico / Causas básicas:

*Premente vítima de Acidente Motorizado, em Rua...
Causa imediata: Colisão pelo Capô, Rua...
No local pelo Sino, depois foi transportado para o Hósp...
Para Rua...
Per Game...
de Tibia e Fêmur: Dnae. Foi levado para o Centro...*

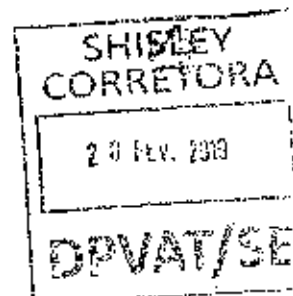
2 - Data / Tratamento Realizado:

15.08.2018 / 19.08.2018

*Realizar os Análises...
Cirurgia de Fixação de Membro Torácico...
Terapia...
Para...
do Hósp...*

3 - Data / Exames Complementares / Resultados:

15.08.2018
*- Rx da Torção...
- Ultrassom...
- Rx de Perna e Mão...*



Renato Teixeira CRM 1450
Ortopedia e Traumatologia

28/01/2019

Data

Assinatura e Carimbo

4 - Hospitais / Serviços / Prestou atendimento:

15-08-2018. 1ª ATENDIMENTO no (COOP de São Manoel)
2ª ATENDIMENTO no HUP

5 - Descrição das perdas funcional / Invalidez permanente / Pós-tratamento realizados:

- Perda Total da Força Muscular da Mão do Dedo Anelar.
- Perda Total da Força Muscular para realizar o MIE.
- Perda Total da Força Muscular de Flexão do Cotovelo.
- Perda Total da Força Muscular de Flexão e Extensão da Mão do MIE.

6 - Alta definitiva do tratamento:

1 12/2018.

7 - Data do Exame do Paciente

1 28/01/2019.

8 - Segue Exame Anexo

9 - Médico responsável pela avaliação após análise da documentação do primeiro atendimento médico / Internação hospitalar / Histórico do paciente / Exame Físico / Exames Complementares:

Nome do Médico Renato Teixeira		Nº do CRM 1450	Fone: (079) 3211-5368
Endereço Rua Itaporanga, Bairro Getúlio Vargas	Número 598	Cidade Aracaju	Estado Sergipe

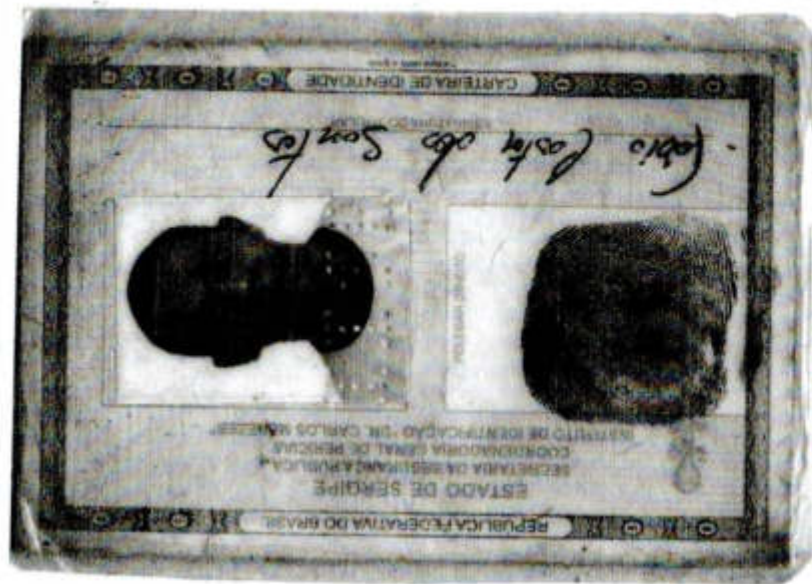
Atenção: As sequelas das lesões sofridas só poderão ser determinadas após decorridos 60, 90, 180... 1 ano ou mais tempo da alta definitiva

28/01/2019

Data

Renato Teixeira CRM 1450
Ortopedia e Traumatologia

Assinatura e Carimbo



SHISLEY
CORRETORA

07 JAN. 2019

DPVAT/SE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL			
REGISTRO DEBIL	1.570.685	2.VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO 27/10/2008
NOME	FABIO CASTOR DOS SANTOS		
RESIDÊNCIA	ARNALDO RODRIGUES DOS SANTOS ELINE CASTOR DOS SANTOS		
NACIONALIDADE	BRASILEIRO	DATA DE NASCIMENTO	22/04/1984
DOC ORIGIN	CT. MECIN. NR 49909 LV A112 PL 09		
CPF	016.477.645-02		
ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI Nº 7.116 DE 29/11/83			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - SE Nº 013637141832
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 2 COB. RENAVAM 00119001055 R.N.T.R.C. 000000000000 EXERCÍCIO 2018

NOME
FABIO CASTOR DOS SANTOS
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CPF/CNPJ 016.497.645-02 PLACA IAC9651

PLACA ANT. IAC9651/SE CHASSI 9C2KD05309R087705

ESPECIE TPO FMS/MOTOCICLETA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BRDS ES ANO FAB 2008 ANO MOD 2008

CAP/POT/CIL 2FOCV/149CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA I PAGO VENC. COTA ÚNICA 1 XXXXXXXX VENC. COTAS 2 XXXXXXXX

FAIXA LRYA XXXXXXXX PARCELAMENTO/COTAS XXXXXXXX 3 XXXXXXXX

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 81,29 CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15

PREMIUM PAGO R\$ 100,00 DATA DE PAGAMENTO 24/01/2018

OBSERVAÇÕES DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO SEM RESTRICOES

LOCAL ITAPORANGA D'ÁVILA-SE DATA 24/01/2018

Marcos Sant'Ana Kuhl DIRETOR PRESIDENTE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SE Nº 013637141832 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 24/01/2018

VIA 2 CPF/CNPJ 016.497.645-02 PLACA IAC9651

RENAVAM 119001055 MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BRDS ES

ANO FAB 2008 ANO MOD 2008 CHASSI 9C2KD05309R087705

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) 81,29 DENATRAM (R\$) 9,03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,32

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IDE (R\$) 0,70 TOTAIS (R\$) 185,30

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 24/01/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.249.608/0001-04

SHISLEY
CORRETORA

07 JAN. 2018

DPVAT/SE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - SE Nº 013637141832
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 2 CDB RENAVAM 00119001055 R.N.T.R.C. 000000000000 EXERCÍCIO 2018

NOME
FABIO CASTOR DOS SANTOS
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CPF/CNPJ 016.497.645-02 PLACA IAC9651

PLACA ANT. IAC9651/SE CHASSI 9C2KD05309R087705

ESPECIE TPO FMS/MOTOCICLETA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BRDS ES ANO FAB 2008 ANO MOD 2008

CAP/POT/CIL 2FOCV/149CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA I PAGO VENC. COTA ÚNICA 1 VENC. COTAS 2
P FAIXA LRYA PARCELAMENTO / COTAS 2
V XXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX 3
A XXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 81,29 CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO SEM RESTRICOES

LOCAL ITAPORANGA D'ÁVILA-SE DATA 24/01/2018
Marcos Sant'Ana Kuhn
DIRETOR PRESIDENTE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SE Nº 013637141832 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 24/01/2018

VIA 2 CPF/CNPJ 016.497.645-02 PLACA IAC9651

RENAVAM 119001055 MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BRDS ES

ANO FAB 2008 ANO MOD 2008 CHASSI 9C2KD05309R087705

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO (R\$) 81,29 DENATRAM (R\$) 9,03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,32

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IDE (R\$) 0,70 TOTAIS (R\$) 135,30

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE VALIDADE 24/01/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.249.608/0001-04

SHISLEY
CORRETORA

07 JAN. 2018

DPVAT/SE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190179656 **Cidade:** Nossa Senhora do Socorro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO CASTOR DOS SANTOS **Data do acidente:** 15/08/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO COM LESÃO DE TENDÃO PATELAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO PERICIAL DO IML: Nº 9186/2018 DE 16/11/2018, QUESITO 5º: NÃO.
DR JACSON LEAL DA COSTA CRM 5541 - SE.

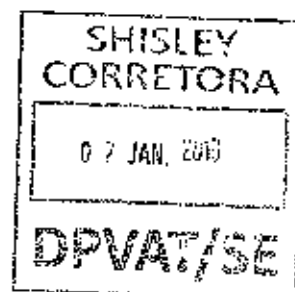
DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

INSTITUTO MÉDICO LEGAL
LAUDO PERICIAL
Lesões Corporais

FABIO CASTOR DOS SANTOS

LAUDO Nº 9186/2018





GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIAS
INSTITUTO MÉDICO LEGAL "DR. AUGUSTO LEITE"



LAUDO DO EXAME DE LESÕES CORPORAIS

sexta-feira, 16 de novembro de 2018

Nº Laudo
9186/2018

Dados Da Vítima

Nome da Vítima	Nascimento	Idade	Naturalidade
FABIO CASTOR DOS SANTOS	22/04/1984	34	ARACAJU
Estado Civil	Sexo	Cor	Profissão
CASADO	MASCULINO	PARDA	PEDREIRO
Instrução	Nome da Mãe	Nome do Pai	UF
X	ELINE CASTOR DOS SANTOS	ARNALDO RODRIGUES DOS SANTOS	SE
Endereço	Bairro	Município	
RUA 56, 288 - LOT. PQ DOS FAROIS		NOSSA SENHORA DO SOCORRO	
Nome da Autoridade	Função	Unidade	
BEL SERGIO RICARDO LEITE	BEL SERGIO RICARDO LEITE	7ª DM	

1º Perito Relator
DR. JACSON LEAL DA COSTA

Cremese/Cross
5541

2º Perito Relator

Cremese/Cross
AMDO-LAUDO Nº
9186

Local da Perícia
Sala do IML

Tipo

Causa

Historico/Descrição

Historico

Relata o periciado que foi vítima de acidente de trânsito (colisão motocicleta x motocicleta) fato ocorrido às 18h30 do dia 15/08/2018 no município de Nossa Senhora do Socorro-SE.

Descrição

Apresenta-se com relatório médico datado do dia 05/11/2018 assinado por Dra. Ana Luiza P, Barreto CRM 789 onde relata que paciente vítima de acidente de moto com capacete, sem ingestão de álcool. Apresentava com abdome dolorido e fossa ilíacas esquerda e lesão em joelho esquerdo. Fez RX com fratura exposta de tíbia esquerda e lesão do tendão patelar. O FAST foi negativo. Realizado fixação interna de fratura de platô tibial e sutura de tendão patelar. Evoluiu satisfatoriamente data de entrada 15/08/2018 e data de saída 19/08/2018. Feito acompanhamento com Dr. Antonio Franco Cabral CRM 880. Relata que foi dado alta hospitalar.

Ao exame presença de ferimento cirúrgico cicatrizado em região do joelho esquerdo (face anterior) e edema. Dor discreta a palpação e a mobilização; claudicação a deambulação.

Comentário Médico/Conclusão/Questões Respostas

Comentário Médico - Forense

Existe compatibilidade entre os achados e a ação contundente. As lesões não resultaram em perigo de vida, porém se fez necessário afastá-lo de suas ocupações habituais por período superior a 30 dias.

Jacson Leal da Costa
Perito Médico
CRM 5541

Conclusão

- 1) Houve ofensa à integridade física da vítima.
- 2) Lesões produzidas por ação contundente.
- 3) Exame realizado às 08h40 do dia 16/11/2018.

Quesitos/Respostas:

1º) Houve ofensa a integridade ou a saúde do paciente?

Sim.

2º) Qual o instrumento ou meio que produziu a ofensa?

Contundente.

3º) A ofensa foi produzida com emprego de veneno, fogo, explosivo, asfixia, tortura ou por meio insidioso ou cruel, ou que podia resultar perigo comum?

Não.

4º) Da ofensa resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta (30) dias?

Sim.

5º) Da ofensa resultou perigo de vida?

Não.

6º) Da ofensa resultou incapacidade incurável perda ou inutilização de membro, sentido ou função ou deformidade permanente?

Não.

Jacson Leal da Costa
DR. JACSON LEAL DA COSTA
5541

Jacson Leal da Costa
DR. JACSON LEAL DA COSTA
5541

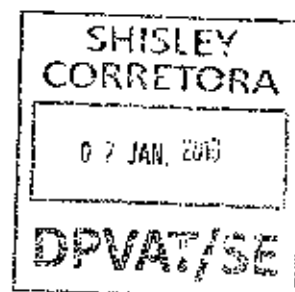
AMDO-LAUDO Nº 9186



INSTITUTO MÉDICO LEGAL
LAUDO PERICIAL
Lesões Corporais

FABIO CASTOR DOS SANTOS

LAUDO Nº 9186/2018





GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIAS
INSTITUTO MÉDICO LEGAL "DR. AUGUSTO LEITE"



LAUDO DO EXAME DE LESÕES CORPORAIS

sexta-feira, 16 de novembro de 2018

Nº Laudo
9186/2018

Dados Da Vítima

Nome da Vítima	Nascimento	Idade	Naturalidade
FABIO CASTOR DOS SANTOS	22/04/1984	34	ARACAJU
Estado Civil	Sexo	Cor	Profissão
CASADO	MASCULINO	PARDA	PEDREIRO
Instrução	Nome da Mãe	Nome do Pai	UF
X	ELINE CASTOR DOS SANTOS	ARNALDO RODRIGUES DOS SANTOS	SE
Endereço	Bairro	Município	
RUA 56, 288 - LOT. PQ DOS FAROIS		NOSSA SENHORA DO SOCORRO	
Nome da Autoridade	Função	Unidade	
BEL SERGIO RICARDO LEITE	BEL SERGIO RICARDO LEITE	7ª DM	

1º Perito Relator
DR. JACSON LEAL DA COSTA

Cremese/Cross
5541 2º Perito Relator

Cremese/Cross
AMDO-LAUDO Nº
9186

Local da Perícia
Sala do IML

Tipo

Causa

Historico/Descrição

Historico

Relata o periciado que foi vítima de acidente de trânsito (colisão motocicleta x motocicleta) fato ocorrido às 18h30 do dia 15/08/2018 no município de Nossa Senhora do Socorro-SE.

Descrição

Apresenta-se com relatório médico datado do dia 05/11/2018 assinado por Dra. Ana Luiza P, Barreto CRM 789 onde relata que paciente vítima de acidente de moto com capacete, sem ingestão de álcool. Apresentava com abdome dolorido e fossa ilíacas esquerda e lesão em joelho esquerdo. Fez RX com fratura exposta de tíbia esquerda e lesão do tendão patelar. O FAST foi negativo. Realizado fixação interna de fratura de platô tibial e sutura de tendão patelar. Evoluiu satisfatoriamente data de entrada 15/08/2018 e data de saída 19/08/2018. Feito acompanhamento com Dr. Antonio Franco Cabral CRM 880. Relata que foi dado alta hospitalar.

Ao exame presença de ferimento cirúrgico cicatrizado em região do joelho esquerdo (face anterior) e edema. Dor discreta a palpação e a mobilização; claudicação a deambulação.

Comentário Médico/Conclusão/Questões Respostas

Comentário Médico - Forense

Existe compatibilidade entre os achados e a ação contundente. As lesões não resultaram em perigo de vida, porém se fez necessário afastá-lo de suas ocupações habituais por período superior a 30 dias.

Jacson Leal da Costa
Perito Médico
CRM 5541

Conclusão

- 1) Houve ofensa à integridade física da vítima.
- 2) Lesões produzidas por ação contundente.
- 3) Exame realizado às 08h40 do dia 16/11/2018.

Quesitos/Respostas:

1º) Houve ofensa a integridade ou a saúde do paciente?

Sim.

2º) Qual o instrumento ou meio que produziu a ofensa?

Contundente.

3º) A ofensa foi produzida com emprego de veneno, fogo, explosivo, asfixia, tortura ou por meio insidioso ou cruel, ou que podia resultar perigo comum?

Não.

4º) Da ofensa resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta (30) dias?

Sim.

5º) Da ofensa resultou perigo de vida?

Não.

6º) Da ofensa resultou incapacidade incurável perda ou inutilização de membro, sentido ou função ou deformidade permanente?

Não.

Jacson Leal da Costa
DR. JACSON LEAL DA COSTA
5541

Jacson Leal da Costa
DR. JACSON LEAL DA COSTA
5541

AMDO-LAUDO Nº 9186



NOME DO PACIENTE: Fabio Castro dos Santos
DATA DA ENTRADA: 15/08/2018
DATA DA SAÍDA: 19/08/2018

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário, sem ter contato profissional com o paciente, isto é, a responsabilidade do atendimento cabe aos médicos que o assistiram.

INTERNAMENTO: PS () ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente admitido no turno da tarde de acidente de moto com lesão em um dos membros inferiores. Apresenta abdome doloroso em uma zona ilíaca, e a lesão em joelho. O Rx mostra fratura exposta em tíbia proximal e lateral do fêmur distal. O FAST foi negativo. Realizado fixação interna do fêmur distal e da tíbia proximal com placas e parafusos. Evolução satisfatória com melhora da dor e mobilidade.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

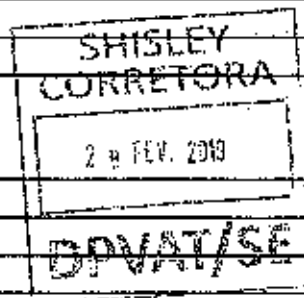
Realizado a fixação interna do fêmur distal e da tíbia proximal com placas e parafusos.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx Tórax / Pelve / Joelho / Pernas / Pés
USG abdome post

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Marcelo Roche
Dr. Raulo Barreto
Dr. Fábio Calves



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

ARACAJU, 05 de novembro de 2018

Ass. Dr. Raulo Barreto
CRM 132.413.594-03 CRM 789

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

K. Alencar

8/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

NO. DO BE: 1769536

DATA: 15/08/2018

HORA: 19:22

USUARIO: WSANTOS

CRS:

SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : FABIO CASTOR DOS SANTOS DOC...: 0535657926
IDADE.....: 34 ANOS NASC: 22/04/1984 SEXO...: MASCULINO
ENDereco.....: RUA 056 NUMERO: 288
COMPLEMENTO...: SUS INOPERANTE BAIRRO: PARQUE DOS FAROIS
MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA DO SOCORRO UF: SE CEP...: 49160-000
NOME PAI/MAE...: ARNALDO RODRIGUES DOS SANTOS /ELINE CASTOR DOS SANTOS
RESPONSAVEL...: MARIA GEILZE DOS SANTOS-ESPOSA/SAMU TEL...: 79-98835.8
PROCEDENCIA...: NOSSA SENHORA DO SOCORRO 242
ACIDENTAMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: SIM VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

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

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

SINAIS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

Paciente vítima de colisão moto x moto com capacete, megafoneiro,
sem lesões, não se recorda de ocorrido. Consciente, orientado. Não ingeriu
álcool. (A) Vh, pênico, sem cervicalgia. (B) M.V.F. Bilateral. (C) FC: 80

ANOTACOES DA ENFERMAGEM: (D) Garganta SS. Pupila isocórica, ptose aguda.

(E) Vestimário plano, flácido, doloroso em F.I.E. Pulso arterial. Lesões em

diagnóstico: Não exames antitóxicos

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1. Dexametasona 0,5 mg + AD 0,8 mg EV

2. SAT 5000 VI IM 20:35

3. FAST

4. Rx Torax IAPI, Pulm IAPI, Tórax E IAPI, Perna E IAPI

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

Maria Geilze dos Santos
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

15.08.18

HORAS

21:11

RUSE
ULTRASONOGRAFIA
ESTADO(S) REALIZADO(S)
Data: 17/02
Hora: 08:00
Valor: —

CS 6 Fast

- FAST 14.000

R. perf. 1.ª perf. @

O.I. + O.E

R. 1.ª @ R.P.O.

R. 2.ª perf. 1.ª perf. @

R. 3.ª perf. 1.ª perf.

~~Star~~

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Definitivo....: 175659
 Numero do CNS.....: 0000000000000000
 Nome.....: FABIO CASTOR DOS SANTOS
 Documento.....: 05356579267 Tipo :
 Data de Nascimento: 22/04/1984 Idade: 34 anos
 Sexo.....: MASCULINO
 Responsavel.....: ARNALDO RODRIGUES DOS SANTOS
 Nome da Mae.....: ELINE CASTOR DOS SANTOS
 Endereco.....: RUA 056 288 SUS INOPERANTE
 Bairro.....: PARQUE DOS FAROIS Cep.: 49160-000
 Telefone.....: 79-98835.8242
 Município.....: 2804805 - - SE
 Nacionalidade.....: BRASILEIRO
 UF.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 1769536
 Clínica.....: 918 - CENTRO CIRURGICO SRPA
 Telefone.....: 999.0466
 Data da Internacao: 15/08/2018
 Hora da Internacao: 21:50
 Solicitante: 968.348.895-15 - MARCIO MOURA ROCHA DOS SANTOS
 Motivo Solicitado: NAO INFORMADO
 Diagnostico.....: NAO INFORMADO
 Motif. Operador.: TSANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

Ata Realizado:
 Data de Saída:
 Especialidade:
 Tipo de Saída:
 Local Principal:
 Local Secundário:
 Motivo Principal:
 Motivo Secundário:
 Motivo Tercário:

EXAME DE 16/08/18
 REALIZADO EM 16/08/18
 AS 22:48 HORAS
 TSCM...

HUSE

HOSPITAL URGÊNCIA DE SERGIPE

PRESCRIÇÃO MÉDICA - ORTOPEDIA

PACIENTE:

DIAGNÓSTICO:

DATA: 15/08/2018

01. DIETA VO LIVRE

02. KEFAZOL 01G EV 8/8 HS OU KEPLIN 1G 6/6H

03. TRAMAL - 100MG + SF0,9% - 100 ML EV DE 8/8 HS

04. DAPIRONA 1 AMP + 18 ML AD, EV, 6/6 HORAS OU
PARACETAMOL, 500MG, VO DE 06/06HORAS

05. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA

06. PROFENID. 100MG+100ML SF0,9%, EV, 12/12H

07. CAPTOPRIL - 25 MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 100 MMHG

08. PLASIL 2.0 ML + AD 8,0 ML EV 8/8 SOS

09. SG 50%. 02 AMPOLAS, EV, SE HGT < 70

10. INSULINA REGULAR, SC, CONFORME ESQUEMA:

180-200: 2U 201-250: 4U 251-300: 6U 301-350: 8U 351-400: 10U
>400: 12U

10. SSVV E CCGG 6/6H

11. CLEXANE 40 MG, SC, 1 X AO DIA

12. RADIOGRAFIA DE CONTROLE

Dr. *[Signature]*
Ortopedia e Traumatologia
Rua *[illegible]* 100
CEP *[illegible]*

HUSE

HOSPITAL URGÊNCIA DE SERGIPE

PRESCRIÇÃO MÉDICA - ORTOPEDIA

PACIENTE:

DIAGNÓSTICO:

DATA: 15/08/2018

01. DIETA VO LIVRE

02. KEFAZOL 01G EV 8/8 HS OU KEFLIN 1G 6/6H

03. TRAMAL - 100MG - SF0,9% - 100 ML EV DE 8/8 HS

04. DÍPIRONA 1 AMP + 18 ML AD, EV, 6/6 HORAS OU
PARACETAMOL, 500MG, VO DE 06/06HORAS

05. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA

06. PROFENID, 100MG+100ML SF0,9%, EV, 12/12H

07. CAPTOPRIL - 25 MG VO SE PAS>160 E/OU PAD>100 MMHG

08. PLASIL 2,0 ML + AD 8,0 ML EV 8/8 SOS

09. SG 50%. 02 AMPOLAS, EV, SE HGT<70

10. INSULINA REGULAR, SC, CONFORME ESQUEMA:
180-200: 2U 201-250: 4U 251-300: 6U 301-350: 8U 351-400: 10U
>400: 12U

11. SSVV E CCGG 6/6H

12. CLEFAXANE 40 MG, SC, 1 X AO DIA

13. RADIOGRAFIA DE CONTROLE

Dr. *[Signature]*
Ortopedia e Traumatologia
Unidade Cirúrgica
CEP 41.501-000

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA: 17/02/19

NOME: ENZO COSTA DE SAUS

GÊNERO: IDADE:

DIAGNÓSTICOS: FRACTURA EXTERNA D. Humeros HUM (S)
+ LACERACÃO D. TENDÃO ROTADOR

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta LIVRE	QUA
2	SFO, 9% 500ML EV 12/12H	000 000
3	Keflin 1g, IV, 6h/6h OU Kefazol 1g, IV, 8h/8h	10 24 08
4	Ranitidina, 02 mL + 18 mL AD, IV, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, IV, às 6:00	06
5	Diphone, 02 mL + 08 mL AD, IV, 6h/6h	18 24 06 12
6	Profenid, D1 ampola IV + 100mL SFO, 9%, 12h/12h	22 10
7	Tramal 100mg + 250 mL SFO, 9%, IV, 8h/8h SOS	000
8	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia	20
9	Bromoprida, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos SOS	000
10	Glicemia capilar, 6h/6h, se diabético	10 24 06 12
11	insulina regular, conforme glicemia:	
12	<200 = Ø 251 - 300 = 4U 351 - 400 = 8U	
13	201 - 250 = 2U 301 - 350 = 6U > 400 = 10U	
14	Glicose 25%, 40mL, IV, se glicemia < 70	000
15	Laptopril 25mg, VO, se PAS > 180mmHg ou PAD > 110mmHg SOS	000
	CCGG + SSVV 6h/6h	18 24 06 12
17	EURATIVO DIÁRIO 1X/DIA	M
18	200 mL SFO - 20 L VO 12/12h	06
19		
20		
21	ALGUM QUEIXA DE LACERACÃO	
22	200 mL SFO - 20 L VO 12/12h	
23		
24		
25		
26		
27		
28		

Guilherme B. de Almeida
CRM 5023

EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA 18/11/2018

NOME: Fabio Carlos da Silva

ALA: VERDE TRAUMA 1 LEITO: CORREDOR GÊNERO: IDADE:

DIAGNÓSTICOS: Fratura exposta da plavola + S.O. 15

EVOLUÇÃO MÉDICA: [Assinatura]

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta VO LIVRE	SUB
2	SFO, 9% 500ML EV 8/8HS	M
3	Amoxiclav 6h/6h OU Kefazol 1g, IV, 8h/8h	F 2x/8h
4	Ranitidina, 02 mL + 18 mL AD, IV, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, IV, às 6:00	CC
5	Dipirona, 02 mL + 08 mL AD, IV, 6h/6h	12 18 24 06
6	Profenid, 01 ampola IV + 100mL SFO, 9%, 12h/12h	12 18 24 06
7	Tramal 100mg + 250 mL SFO, 9, IV, 8h/8h SOS	12 18 24 06
8	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia	12 18
9	Bromoprida, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos SOS	
10	Glicemia capilar, 6h/6h, se diabético	
11	Insulina regular, conforme glicemia:	
12	<200 = Ø 251 - 300 = 4U 351 - 400 = 8U	
13	201 - 250 = 2U 301 - 350 = 6U > 400 = 10U	
14	Glicose 25%, 40ml, IV, se glicemia < 70	
15	Captopril 25mg, VO, se PAS > 180mmHg ou PAD > 110mmHg SOS	
16	CCGG + SSVV 6h/6h	12 18 24 06
17	Gentamicina 240mg, EV, 1x/dia	12 18
18	CURATIVO DIÁRIO 1X/DIA	M
19		
20		
21		
22		
23		

Cristaine Rocha
COREN-379544 - ENF

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
SERVIÇO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÕES DIÁRIAS

DATA: 10/01/2018

° DIH

NOME: JOSÉ ROBERTO SILVA

DIAGNÓSTICO(S): FR. 311

Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1ª. Dieta Livre	SO D
2ª. Gelco Salinizado	SO D
3ª. Kefazol 1 g EV 8/8hs ou Keflin 1 g EV 6/6hs	16 24
4ª. S. Fisiológico 0,9% 1000CC 24HS	
5ª. Dipirona 2ml + 8 ml AD EV ou Paracetamol 40gts VO 6/6hs SOS	SOS
6ª. Nauseidron 8mg EV 08/08hs SOS	SOS
7ª. Antak 50mg EV ou 150mg VO / Omeprazol 40mg EV ou VO às 6hs	CE
8ª. Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% EV ou VO 8/8hs SOS	SOS
9ª. Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% EV 12/12hs SOS	SOS
10ª. Captopril 25mg VO 8/8hs se PAS > 180 mmHg e PAD > 110 mmHg SOS	SOS
11ª. Luftal 40 gts VO de 8/8 hs	16 24
12ª. Clexane 40mg SC 1 x dia ou Heparina 5000UI SC 2 x dia	20
13ª. Dextro 6/6hs se Diabético	
14ª Insulina Regular SC, após o dextro. 201 - 250: 02UI 251 - 300: 04UI 301 - 350: 06UI 351 - 400: 08UI > 400: 10UI	
15ª. Curativos Diários 1 x dia (x) SF 0,9% + Gases	
16ª SSVV 6/6hs	Retirar
17ª	
18ª	
19ª	
20ª	

Assinatura:

Dr. Antônio Franco Cabral
Ortopedia e Traumatologia
CRM 880

Cartão de Análise
Ente 2014
CASA-SE 342333

Nome do Paciente:

Edson Carlos dos Santos

Idade:

Sexo:

Unidade de Produção:

Leito:

Nº do Prontuário:

17/03/2013

CPH/MC

H/LC + FT do préstimo hospitalar
do plantão Substância
Sintomas de Tensão e Fúria
hiper

Dr. Arnaldo Brito

19/08/2012 Serviço Social

Paciente no leito acorrido em
tudo, acorrido, em companhia
de familiares, oferecido a ele
paciente, enfermo, não recebe
pois, mora em Socorro, próximo
ao Huse, aguardando transporte
para retornar ao município
e ao trabalho.

Assistente Social
Christiane Soares

HUSE		BOLETIM DE ANESTESIA		Fundação Hospital de Saúde																																																																																																															
PACIENTE: <u>Fabio Castor dos Santos, 07, 34 anos</u>			REGISTRO: <u>175659</u>																																																																																																																
UNIDADE: <u>Unidade</u>		MÉDICO: <u></u>		LEITO: <u>Sala 04</u>																																																																																																															
CIRURGIA PROGRAMADA: <u>Procedimento de fratura plavilic tibial esquerda</u>			CIRURGIA REALIZADA: <u>Procedimento de fratura plavilic tibial esquerda</u>		DATA: <u>16/08/18</u>																																																																																																														
ANESTESIOLOGISTA: <u>Dr. Silvio Inácio de Lencastre</u>		TÉCNICA ANESTÉSICA: <u>Bloqueio Subaracnoideo</u>		MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: <u></u>																																																																																																															
CIRURGIÃO: <u>Ronald Barreto</u>		AUXILIAR: <u></u>		ASA: <u>I-E</u>																																																																																																															
HORA DE INÍCIO: <u>08:00</u>	HORA DE TÉRMINO: <u>09:50</u>	ACESSO VENOSO: <u>AVP em MSE</u>		POSICÃO: <u>DDH</u>																																																																																																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>15</th> <th>30</th> <th>45</th> <th>15</th> <th>30</th> <th>45</th> <th>15</th> <th>30</th> <th>45</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AGENTES INALATÓRIOS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>FLUIDOS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							15	30	45	15	30	45	15	30	45	AGENTES INALATÓRIOS										FLUIDOS																																																																																									
	15	30	45	15	30	45	15	30	45																																																																																																										
AGENTES INALATÓRIOS																																																																																																																			
FLUIDOS																																																																																																																			
CEG OUTROS: <u>991.991.991.991</u>																																																																																																																			
MONITORIZAÇÃO																																																																																																																			
PA NÃO INVASIVA	X	PVC		Paciente acordado, eupneico, 99% em ar ambiente, sem dor, sem náuseas.																																																																																																															
PA INVASIVA		TEMPERATURA		PA: 130 x 54 mmHg																																																																																																															
ELETCARDIOGRAFIA	X	DIURESE																																																																																																																	
OXIMETRIA	X	VENTILAÇÃO																																																																																																																	
CAPNOGRAFIA		RAM																																																																																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>15</th> <th>30</th> <th>45</th> <th>15</th> <th>30</th> <th>45</th> <th>15</th> <th>30</th> <th>45</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Bupivacaína pesada</td> <td>15mg</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. morfina</td> <td>0,05mg</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Cefazolina</td> <td>2g</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. midazolam</td> <td>5mg</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. fentanyl</td> <td>100mcg</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6. clonitazina</td> <td>2mg</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7. clonitazina</td> <td>2mg</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>8. clonitazina</td> <td>2mg</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>9. clonitazina</td> <td>2mg</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>10. clonitazina</td> <td>2mg</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							15	30	45	15	30	45	15	30	45	1. Bupivacaína pesada	15mg									2. morfina	0,05mg									3. Cefazolina	2g									4. midazolam	5mg									5. fentanyl	100mcg									6. clonitazina	2mg									7. clonitazina	2mg									8. clonitazina	2mg									9. clonitazina	2mg									10. clonitazina	2mg								
	15	30	45	15	30	45	15	30	45																																																																																																										
1. Bupivacaína pesada	15mg																																																																																																																		
2. morfina	0,05mg																																																																																																																		
3. Cefazolina	2g																																																																																																																		
4. midazolam	5mg																																																																																																																		
5. fentanyl	100mcg																																																																																																																		
6. clonitazina	2mg																																																																																																																		
7. clonitazina	2mg																																																																																																																		
8. clonitazina	2mg																																																																																																																		
9. clonitazina	2mg																																																																																																																		
10. clonitazina	2mg																																																																																																																		
Nome: <u>Cefazolina 2g</u> 1ª Dose em: <u>08:05</u> horas 2ª Dose em: <u></u> horas 3ª Dose em: <u></u> horas																																																																																																																			
Paciente mega alergias, mega comorbidades. Deu bem a 16 h antes do término.																																																																																																																			



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



Fundação
Hospitalar
de Saúde

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: *Leandro Carlos dos Santos*

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *Ex. Exposto do planalto lubral*

CIRURGIA REALIZADA: *LC + F de pericrura + Reparo da*

CIRURGIÃO: *Dr. Renato Barreto* *Renato Barreto*

AUXILIARES:

ANESTESIA:

ANESTESISTA

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

() CIRURGIA LIMPA

() CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA

() CIRURGIA CONTAMINADA

() CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? ☒ SIM () NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

() VIAS AÉREAS SUP. () PULMONAR () URINÁRIA () SNC () TGI

() CUTÂNEO () AP. CARDIO-VASCULAR () PLEURA () OUTROS

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. *Anestesia*
 2. *Cirurgia aberta*
 3. *Expor o ferimento + lavagem*
 4. *Redução da pericrura com fixação*
 5. *de pontos de sutura de pericrura*
 6. *de pontos de sutura de pericrura*
 7. *de pontos de sutura de pericrura*
- Sutura do ferimento de pericrura*

DATA: *14/08/2018*

Assinatura do Cirurgião

NOME		PRONTUÁRIO	
RECEBIDO NA S.O. POR		DATA	SALA
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	ACORDADO	SONOLENTO	AGITADO
CIRCULANTE	PROCEDÊNCIA		
ENTRADA S.O.	h	INÍCIO DA ANESTESIA	h
SAÍDA DA S.O.	h	FIM DA ANESTESIA	h
CIRURGIÃO	1º AUXILIAR		
ANESTESISTA	2º AUXILIAR		
INSTRUMENTADOR	LATERALIDADE		() DIREITA () ESQUERDA
CIRURGIA PROPOSTA			
CIRURGIA REALIZADA			
TÉCNICA ANESTÉSICA			
GERAL VENOSA	GERAL INALATÓRIA	GERAL COMBINADA	GERAL BALANCEADA
PERIDURAL C/ CATETER	PERIDURAL S/ CATETER	SEDACÃO	BLOQUEIO DO PLEXO
TUBO ENDOTRAQUEAL () ORAL () NASAL	Nº:	TUBO ARAMADO	Nº:
MÁSCARA LARÍNGEA			
ASSEPSIA			
PVP/ TÓPICO	PVPI ALCOÓLICO	PVPI DERMEGANTE	CLOREXID. ALCOÓLICO
		CLOREXID. DERMEGANTE	CLOREXID. AQUOSA
EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS UTILIZADOS			
BOMBA DE INFUSÃO	DESFIBRILADOR	MONITOR CEREBRAL (BIS)	INTENSIFICADOR DE IMAGEM
FIBROSCÓPIO	MONITOR CARDÍACO	PA (NÃO INVASIVA)	PA (INVASIVA)
FOCO AUXILIAR	FONTE DE LUZ	VIDEOLAPAROSCÓPIO	BRONCOSCÓPIO
COXINS DE CONFORTO UTILIZADOS		BISTURI ELÉTRICO	
CABEÇA	MSD	MSE	MIE
		MONOPOLAR	
PLACA BISTURI:		COMPRESSAS GRANDES	
LOCAL		ENTREGUE	
ELETRODOS		DEVOLVIDO	
INCISÃO CIRÚRGICA		PEQUENAS	
AVP		ENTREGUE	
AVC		DEVOLVIDO	
GASOMETRIA: SIM () NÃO ()			
POSICÃO DO PACIENTE			
DORSAL	VENTRAL	LAT. ESQ	LAT. DIR
		CANIVETE	TRENDELEMBURG
		LITOTOMIA	

[illegible]



RELATÓRIO ESPECIALIZADO

Avaliação de perda funcional e Invalidez permanente, pós tratamento das vítimas de acidente do trânsito.

Número do sinistro

Nome do paciente: *FABIO CASTRO DOS SANTOS*

Data de nascimento: *22/04/1984*

Data do início do tratamento / Acidente *15.08.2018*

1 - Diagnóstico / Causas básicas:

*Premente vítima de Acidente Motorizado, em Rua...
Causa imediata: Colisão pelo Capô, Rua...
No local pelo Sino, depois foi transportado para o Hôsp...
Para Rua...
Per Game...
de Tibia e Fêmur: Dnae. Foi levado para o Centro...*

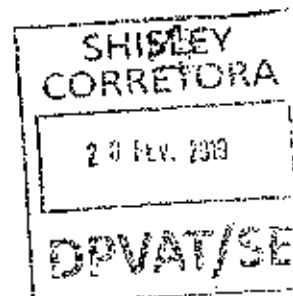
2 - Data / Tratamento Realizado:

15.08.2018 / 19.08.2018

*Realizar os Análises...
Cirurgia de Fixação de Membro Torácico...
Terapia...
Para...
do Hôsp...*

3 - Data / Exames Complementares / Resultados:

15.08.2018
- Rx da Torção M/ Antel
- Ultrassom...
- Rx de Perna e M/ Antel



Renato Teixeira CRM 1450
Ortopedia e Traumatologia

28/01/2019

Data

Assinatura e Carimbo

4 - Hospitais / Serviços / Prestou atendimento:

15-08-2018. 1ª ATENDIMENTO no (COOP de São Manoel)
2ª ATENDIMENTO no HUP

5 - Descrição das perdas funcional / Invalidez permanente / Pós-tratamento realizados:

- Perda Total da Força Muscular da Mão do Dedo Anelar.
- Perda Total da Força Muscular para realizar o MIE.
- Perda Total da Força Muscular de Flexão do Cotovelo.
- Perda Total da Força Muscular de Flexão e Extensão da Mão do MIE.

6 - Alta definitiva do tratamento:

1 12/2018.

7 - Data do Exame do Paciente

1 28/01/2019.

8 - Segue Exame Anexo

9 - Médico responsável pela avaliação após análise da documentação do primeiro atendimento médico / Internação hospitalar / Histórico do paciente / Exame Físico / Exames Complementares:

Nome do Médico Renato Teixeira		Nº do CRM 1450	Fone: (079) 3211-5368
Endereço Rua Itaporanga, Bairro Getúlio Vargas	Número 598	Cidade Aracaju	Estado Sergipe

Atenção: As sequelas das lesões sofridas só poderão ser determinadas após decorridos 60, 90, 180... 1 ano ou mais tempo da alta definitiva

28/01/2019

Data

Renato Teixeira CRM 1450
Ortopedia e Traumatologia

Assinatura e Carimbo

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0005486/19

Vítima: FABIO CASTOR DOS SANTOS

CPF: 016.497.645-02

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 15/08/2018

Titular do CPF: FABIO CASTOR DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Laudo do IML - Lesões corporais

FABIO CASTOR DOS SANTOS : 016.497.645-02

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/01/2019
Nome: FABIO CASTOR DOS SANTOS
CPF: 016.497.645-02

FABIO CASTOR DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2019
Nome: SHISLEY NUNES VIANA FIRMINO
CPF: 394.004.845-34

SHISLEY NUNES VIANA FIRMINO