



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 201940600411
Número Único: 0015707-71.2019.8.25.0001
Classe: Procedimento Comum
Situação: Andamento
Processo Origem: *****

Distribuição: 26/03/2019
Competência: Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito
Fase: POSTULACAO
Processo Principal: *****

Assuntos

- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez
- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Indenização por Dano Moral - Ato Ilícito

Dados das Partes

Requerente: VALDICLEI NERY SANTOS
Endereço: RUA DEPUTADO PEDRO BATALHA DE GOIS
Complemento:
Bairro: FAROLANDIA
Cidade: ARACAJU - Estado: SE - CEP: 49030230
Advogado(a): ELTON SOARES DIAS 10289/SE
Requerido: SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT
Endereço: RUA SENADOR DANTAS - 5º ANDAR
Complemento: PRÉDIO
Bairro: CENTRO
Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20031201



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apenasdos:

--

Processos Dependentes:

--



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

**VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

PROCESSO:

201940600411

DATA:

26/03/2019

MOVIMENTO:

Distribuição

DESCRIÇÃO:

Registro eletrônico de Processo Judicial sob nº 201940600411, referente ao protocolo nº 20190326183706128, do dia 26/03/2019, às 18h37min, denominado Procedimento Comum, de Invalidez, Ato Ilícito.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Sim



**EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO
DA ____ VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO DE
ARACAJU/SE.**

VALDICLEI NERY SANTOS, brasileiro, solteiro, sem profissão (desempregado), portador do RG nº 1524193 SSP/SE, CPF nº 004.620.945-02, residente e domiciliado na Rua Deputado Pedro Batalha de Gois nº 13, Bairro Farolândia, Aracaju/SE, CEP nº 49.030-230, vem através de seu advogado e procurador *in fine*, (procuração anexa), com escritório profissional na Rua Urquiza Leal, nº 88, Bairro Salgado Filho, Aracaju/SE, local onde recebe notificações e intimações, vem, respeitosamente a presença de Vossa Excelência, para propor:

**AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT C/C PEDIDO DE
DANO MORAL**

Em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita com CNPJ nº 09248608/0001-04, com endereço na Rua Senador Dantas, nº 74 - 5º Andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP: 20.031-201, pelos fatos que a seguir expõe:

**QUANTO À AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO
(ARTIGO 319, INCISO VII DO NOVO CPC)**

01. O Requerente opta pela não realização de audiência conciliatória (artigo. 319, inciso VII do novo CPC).



I - DOS FATOS

02. O Requerente conduzia uma motocicleta quando foi fechado por um carro, o veículo deu sinal de que iria parar no acostamento, porém, fez uma manobra brusca para retornar a pista de rolamento, acertando a motocicleta, o que fez o autor perder o controle da motocicleta e ser lançado ao solo, em virtude do acidente, o Requerente sofreu fratura do fêmur direito e quebrou duas costelas do lado esquerdo, sendo socorrido pela SAMU (declaração de atendimento e em anexo), sendo levado ao HUSE - Hospital de Urgência de Sergipe e depois transferido para o Hospital de Cirurgia, onde passou por alguns procedimentos cirúrgicos, relato obtido através do B.O em anexo

03. Em virtude do acidente, o Requerente deu entrada no HUSE, conforme relato dos médicos no prontuário em anexo, o paciente sofreu, fratura na 7º e 8º arcos costais e fratura no terço médio do fêmur direito, sendo internado para o tratamento cirúrgico, apesar dos cuidados médicos o Requerente ficou com sequelas definitivas.

04. Conforme podemos ver no relatório médico em anexo, os problemas de saúde do Requerente são graves, e o incapacitaram definitivamente, conforme atestado pelo doutor Renato Teixeira – Ortopedista e Traumatologista CRM 1450, que classificou as sequelas deixadas pelo acidente como a perda funcional do membro inferior direito.

05. Apesar de toda a documentação e provas, comprovando o acidente de trânsito e comprovando as sequelas deixadas pelo acidente, a Requerida negou o pagamento da indenização, conforme vemos na consulta do processo administrativo em anexo, em virtude da negativa por parte da Requerida em pagar a indenização, não restou outra alternativa ao Requerente senão valer-se do Judiciário para resguardar os seus direitos.



II - DO DIREITO

06. O seguro DPVAT - danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, instituído pela da Lei 6.194/74, é um procedimento simples, para fazer a solicitação do seguro basta apenas, comprovar o acidente de trânsito e os danos sofridos em decorrência do mesmo, além disso, sequer é preciso comprovar a culpa dos envolvidos, entendimento do artigo 5º da Lei 6.194/74, abaixo transscrito.

"Art . 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado."

Grifamos

07. Já os artigos 3º e 7º da Lei 6.194/74 (abaixo transcritos), estabelece as regras para o pagamento de seguro e não faz distinção entre os envolvidos no acidente, referindo-se tão somente à pessoa vitimada, o que estende seu alcance a qualquer um que tenha sofrido um acidente de trânsito.

"Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada

(...)

Art. 7º A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei."

(grifos nosso)

08. Como podemos vê, o Requerente está coberto pela lei e o seu direito a receber o seguro é cristalino, ciente disso o autor seguiu todos os procedimentos necessários para obter o seguro, juntando toda a documentação necessária, documentos aqui também colacionados, comprovando o acidente de trânsito e os danos sofridos, porém, a Requerida negou o seu pedido de pagamento da indenização.

09. Em virtude de negativa ao seu pedido de pagamento do seguro pela Requerida através da esfera administrativa, vem o Requerente perante Vossa Excelência, requerer a condenação da mesma no pagamento de indenização estabelecida no art. 3º, alínea II da Lei 6.194/74, no valor de R\$9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais), referente a perda funcional do membro inferior direito, seguindo os parâmetros determinados na tabela anexada pela Lei nº 11.945, de 2009, que estabelece valores para cada membro lesionado, sendo que as lesões do Requerente foram classificadas Perda funcional do membro inferior direito.

"Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

(...)

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas."

Grifamos

ANEXO
(Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009).
(Produção de efeitos).

(art. 3º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974)

Danos Corporais Totais Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico	Percentual da Perda
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés	

Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior	
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral	
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	100
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	
Danos Corporais Segmentares (Parciais) Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores	Percentuais das Perdas
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	70
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo Polegar	25
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da Mão	10
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	
Danos Corporais Segmentares (Parciais) Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	Percentuais das Perdas
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	25
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10

III - DA MULTA PELO NÃO PAGAMENTO DO SEGURO
SEGUNDO A RESOLUÇÃO CNSP N° 14/95

10. A resolução CNPS nº 14/95 elaborada pela SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP e o CONSELHO NACIONAL DE SEGUROS PRIVADOS - CNSP, criaram algumas penalidade para as seguradoras que não cumprissem as normas que regulam o contrato de seguro.

11. Tal resolução trás a seguinte redação em seu artigo 10, II:

Art. 10 – Sem prejuízo de outras penalidades previstas na legislação específica, serão aplicadas às sociedades seguradoras que infringirem disposições da Lei nº 6.194, de 19.12.74, e Lei nº 8.441, de 13.07.92, e das respectivas normas regulamentares, as seguintes penalidades:

(...)

II – multa no valor de R\$ 6.000,00 (seis mil reais), nos casos do não pagamento de indenização do seguro DPVAT, no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da apresentação da documentação legalmente exigível.

Grifamos

12. Como vemos a resolução prevê o pagamento de multa quando a seguradora não fizer o pagamento da indenização em 15 dias após a apresentação da documentação legal, esse prazo foi alargado para 30 dias pela Lei nº 11.482, de 2007, que alterou a redação do artigo 5º, § 1º da Lei 6.194/74.

"Art . 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

§ 1º A indenização referida neste artigo será paga com base no valor vigente na época da ocorrência do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30 (trinta) dias da entrega dos seguintes documentos: (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)"



13. O Requerente, quando fez o pedido de forma administrativa, juntou toda a documentação exigida em lei, mesmo assim, teve o seu pedido de indenização negado, diante disso, precisou procurar o poder judiciário.

14. Os documentos juntados aos autos são os mesmos juntados pelo Autor quando procurou a esfera administrativa sendo estes suficiente para comprovar o acidente de trânsito sofrido e as sequelas deixadas por ele, no entanto, o seu pedido de indenização foi negado, mesmo bastando apenas comprovar o acidente e as sequelas deixadas por ele para ter direito a receber a indenização, como determina o artigo 5º da Lei 6.194/74

IV O DANO MORAL

15. O Requerente, através de ato praticado pela Requerida, teve negado o seu pedido de indenização, em virtude do acidente de trânsito sofrido, embora o benefício esteja disciplinado em lei própria e o Requerente tenha preenchido os requisitos para ter acesso a indenização, a Requerida negou o seu pedido de pagamento.

16. Tal ato praticado pela Requerida prejudicou muito o Requerente e sua família, que ficaram sem acesso a uma renda que os ajudariam no custeio de seu tratamento médico, o novo Código Civil nos seus artigos 186, 187 e 927, abaixo transcritos, são bem claros acerca da responsabilidade de quem comete ato ilícito que viola direito e causa dano a outrem.

"Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

Art. 187. Também comete ato ilícito o titular de um direito que, ao exercê-lo, excede manifestamente os limites impostos pelo seu fim econômico ou social, pela boa-fé ou pelos bons costumes.

(...)

Art. 927. Aquele que, por ato ilícito ([arts. 186 e 187](#)), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo.

Parágrafo único. Haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem.”

17. O Requerente, em virtude da negativa de seu pedido ficou muito frustrado, além de ter sido vítima do acidente, sofreu e sofre com as seqüelas deixadas pelo acidente, que o limitou permanentemente, ainda assim, teve negado seu direito, mesmo juntando todas as provas necessárias para o seu provimento, essa negativa deixou o Requerente abalado, com a sensação que as leis no país não são cumpridas e se sentiu abandonado, sentimento que repercutiu no seu íntimo.

18. Além do que, a indenização daria melhores condições e ele e sua família, amenizando suas preocupações com as contas referentes ao seu tratamento de saúde, já que os mesmos são pessoas de baixa renda, inclusive, entendemos ser essa a função da indenização, já que os valores estabelecidos na lei não são altos, servindo tal indenização apenas para o custeio do tratamento de saúde e ajuda na recuperação do acidentado, tanto é que a SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP e o CONSELHO NACIONAL DE SEGUROS PRIVADOS – CNSP criaram a resolução CNPS nº 14/95, que em seu artigo 10, II, (já citado acima) determinou o pagamento de multa, caso a indenização não seja paga em 15 dias após a apresentação da documentação legal, esse prazo foi alargado para 30 dias pela Lei nº 11.482, de 2007, que alterou a redação do artigo 5º, § 1º da Lei 6.194/74, mas, não tirou o caráter de urgência do pagamento da indenização, isso para que o acidentado possa usar deste dinheiro em sua recuperação.

19. Vale ressaltar que, ao não possibilitar que o Requerente tivesse acesso ao valor devido da indenização, houve agressão a esse direito e prejuízo direto a pessoa que foi privada dele, além de impedir que este pudesse usar o

dinheiro da indenização no seu tratamento médico, inclusve, é esse o entendimento mais recente nos nossos tribunais para deferir o dano moral como vemos no julgado abaixo transcrito:

"EMENTA APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE COBRANÇA -
SEGURO DPVAT - DECISÃO QUE JULGOU
PARCIALMENTE PROCEDENTE A AÇÃO -
IRRESIGNAÇÃO - RETIFICAÇÃO DE ERRO MATERIAL
CONSTANTE NO DECISUM OBJURGADO - MÉRITO -
AUSENCIA DE PAGAMENTO DO SEGURO -
EXISTÊNCIA DE DANOS FÍSICOS AO AUTOR
DECORRENTES DO ACIDENTE SOFRIDO -
CANCELAMENTO DO SINISTRO PELA SEGURADORA
- CONSTRANGIMENTO - IMPOSSIBILIDADE DE
UTILIZAÇÃO DO VALOR DO SEGURO NO
TRATAMENTO MÉDICO A QUE FORA SUBMETIDO O
DEMANDANTE - OCORRÊNCIA DE DANO MORAL -
MANUTENÇÃO DO ÔNUS SUCUMBENCIAL -
MAJORAÇÃO DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS -
RECURSO CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO."
ACÓRDÃO: 2019541, RECURSO: Apelação Cível.
PROCESSO: 201800734169 Relator: OSÓRIO DE ARAÚJO
RAMOS FILHO, APELANTE:SEGURADORA LIDER DOS
CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT S/A, APELADO:
SANDRO SANTOS RIBEIRO.

Grifamos

20. Diante do exposto, requer que a Requerida seja condenada a pagar ao Requerente indenização por danos morais em valor a ser arbitrado por este juízo, porém, em valor não inferior a R\$10.000,00 (dez mil reais), considerando-se as conseqüências dos acontecimentos, assim como as condições econômicas da Requerida.

21. Frise-se que, valor menor não ira reparar a ofensa moral sofrida, muito menos vai dissuadir a Ré de tomar as cautelas necessárias, para evitar que cometa novamente atos ilícitos, além de que, o valor é compatível com porte econômico da Requerida e não lhe trará nenhuma dificuldade econômica.

III - DOS PEDIDOS

Diante do acima exposto, o Autor requer a Vossa Excelência:

a) a citação VIA POSTAL da Requerida, no endereço indicado na qualificação, para responder aos termos da presente ação, sob os efeitos da revelia e pena de confissão sobre a matéria fática, com as cominações legais;

b) Que seja a presente demanda julgada antecipadamente, nos moldes previsto pelo Art. 355, inciso I do Código de Processo Civil.

c) Que seja a requerida condenada a pagar ao requerente a indenização devida, em virtude do acidente de trânsito narrado acima, no valor de **R\$9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais), referente a perda funcional do membro inferior direito**, respeitando os valores fixados no art. 3º, alínea II, da Lei no 6.194/74, e na improvável hipótese de Vossa Excelência entender que a limitação do Requerente não é aquela apontada, que seja a Requerida condenada a pagar ao Requerente indenização no percentual correspondente ao dano causado em seu membro lesionado aferido por qualquer meio de prova produzida nos autos, observando a súmula 474 do STJ e os parâmetros estabelecidos em lei, acrescido de atualização monetária e juros à taxa legal, computada a partir do evento danoso (Súmula 54 STJ) e artigo 5º, § 7º da Lei 6.194/74;

d) Caso seja reconhecido o direito do Requerente em receber a indenização pelo acidente de transito sofrido, requer que a Requerida seja condenada a pagar ao Requerente a multa prevista na resolução CNPS nº 14/95, artigo 10, II, em virtude da indenização não ter sido paga em 15 dias, ou 30 dias seguindo o prazo estipulado na pela Lei nº 11.482, de 2007, que alterou a redação do artigo 5º, § 1º da Lei 6.194/74, no valor de R\$6.000,00 (seis mil reais);



e) Que seja julgada procedente a demanda para condenar a Requerida a pagar ao Requerente a título de indenização por danos morais o montante de R\$10.000,00 (dez mil reais), considerando-se as consequências dos acontecimentos, acrescido de atualização monetária e juros à taxa legal computada a partir do evento danoso (Súmula 54 STJ).

f) Requer a condenação em custas processuais, honorários advocatícios e sucumbenciais, sendo estes no montante de 20% sobre o valor da condenação, consoante o artigo 85 do CPC.

REQUER a inversão do ônus probatório, conforme prevê o Código de Defesa do Consumidor, no entanto, protesta provar o alegado por todos os meios de prova admitidos em direito, especialmente pela produção de prova documental, testemunhal (cujo rol declinará oportunamente), depoimentos pessoais, sob pena de confissão, valendo-se o Requerente também das demais provas que se fizerem necessárias no decorrer da instrução processual.

Requer, ainda, a gratuidade judiciária, por ser pessoa de baixa renda, não tendo condições de arcar com as custas e despesas processuais sem prejuízo do sustento próprio.

O Requerente vem informar que não tem interesse na realização de audiência de conciliação, dispensado sua realização desde já.

O valor da causa é R\$25.450,00 (vinte e cinco mil quatrocentos e cinquenta reais).

Nestes Termos,

Pede Deferimento.

Aracaju/SE, 26 de março de 2019.

ELTON SOARES DIAS
OAB/SE 10.289

PROCURAÇÃO

Outorgante: VALDICLEI NERY SANTOS, RG: 1524193, CPF: 004.620.945-02, brasileiro, solteiro, desempregada, residente e domiciliada à Rua Deputado Pedro Batalha de Gois, 13 Bairro Farolândia, Nossa Aracaju/SE, CEP:49030-230.

Outorgado(a): ELTON SOARES DIAS, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/SE sob o nº10.289 com endereço na Travessa Guaporé, nº889, bairro Siqueira Campos, Aracaju/SE.

Poderes: por este instrumento particular de procuração, constituo como procurador o outorgado, concedendo-lhes os poderes da cláusula *ad judicia et extra*, para o foro em geral, e especialmente para: **PROPOR AÇÃO CÍVEL** em face

Seguradora Lider

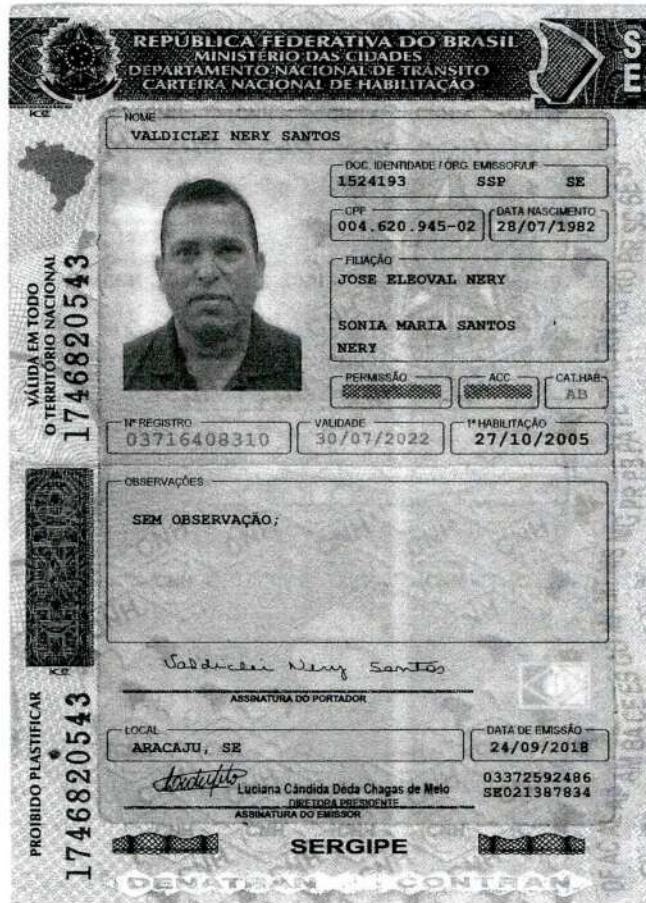
podendo portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

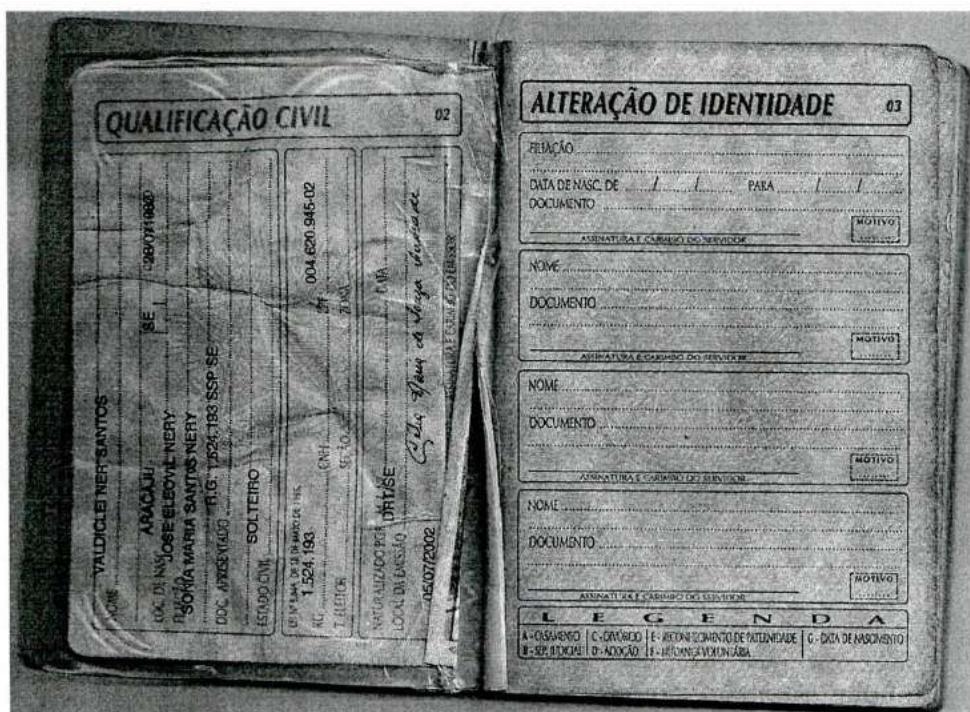
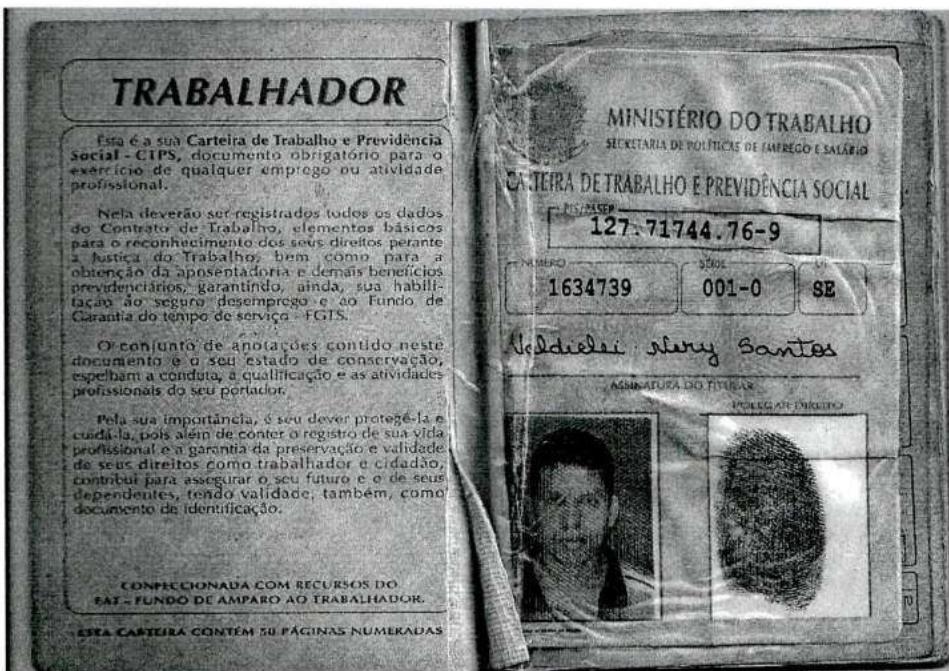
Poderes Específicos: A presente procuração outorga ao Advogado acima descrito, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar compromisso, pedir justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, receber dinheiro ou valores ou bens, passar recibos e dar quitação, requerer adjudicação de bens, oferecer plano de partilha de bens, receber partilha de bens, assinar e receber formais de partilha e alvarás, enfim, representar os interesses e direito do Outorgante,

Os poderes acima outorgados poderão ser substabelecidos com ou sem reserva de iguais poderes.

Aracaju, 08 / fevereiro 2019

Valdiclei Nery Santos
VALDICLEI NERY SANTOS





DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : Nº 010.507.600



DADOS DO CLIENTE

VALDICLEI NERY DOS SANTOS
RUA DEP PEDRO BATALHA DE GOIS 0013
ARACAJU

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

3/86700-2

REFERÊNCIA
JAN/2019

APRESENTAÇÃO
28/01/2019

CONSUMO
132

VENCIMENTO
04/02/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 100,60

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

VALDICLEI NERY DOS SANTOS

Roteiro: 17-001-909-1401

83640000001-1 00600148000-0 00867002019-0 01800001019-1

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
04/02/2019	R\$ 100,60	86700-2019- 01-8





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 010151/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 24/08/2018 11:47 Data/Hora Fim: 24/08/2018 12:07
Delegado de Polícia: Daniela Ramos Lima Barreto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especial de Delitos de Trânsito
Data/Hora do Fato: 14/07/2018 10:30

Local do Fato

Município: Aracaju (SE)

Bairro: Lamerão

Logradouro: Avenida Paulo Figueredo Barreto

CEP: 49.088-000

Ponto de Referência: LOGO APÓS A PONTE DO JOÃO ALVES

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Modo(s) Empregado(s)
1223; Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: VALDICLEI NERY SANTOS (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Natureza: SE - Aracaju Sexo: Masculino Nasc: 26/07/1982
Profissão: Operador de Caixa Escolaridade: Ensino Superior Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Sonia Maria Santos Nery

Nome do Pai: José Eleoval Nery

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 1.524.183

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 004.820.945-02

Endereço

Município: Nossa Senhora do Socorro - SE

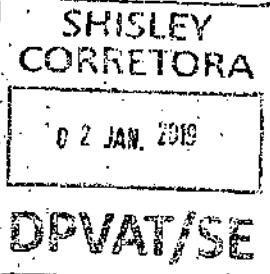
Nº: 01

Logradouro: RUA A13

Complemento: CONJUNTO MARCOS FREIRE II

Bairro: MARCOS FREIRE II

Telefone: (79) 99126-4556 (Celular)



Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Aracaju - SE

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa QMA3412

Número do Chassi *****29420

Ano/Modelo Fabricação: 2017/2017

Cor Vermelha

UF Veículo Sergipe

Município Veículo Nossa Senhora do Socorro

Marca/Modelo HONDA/CG 160 TITAN EX

Modelo HONDA/CG 160 TITAN EX



Delegado de Polícia Civil: Daniela Ramos Lima Barreto
Impresso por: Roberval Rodrigues Bernardino
Data de impressão: 24/08/2018 12:08
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia



CARTÓRIO DO OFÍCIO
Tribunal de Justiça do Estado de Sergipe

Plataforma Plurais

AUTENTICAÇÃO

Confere com o original apresentado dou fá.

Selo TJSE: 201829527264617

Acesso: <http://www.tje.s.jus.br/x/QEA3D7>

Aracaju, 26/12/2018 08:52:21 5148

Soraya Teles Campos - Escrivente Autorizada

E-mail: R\$2,77 Selo: R\$0,00 FERD: R\$0,55 Total: R\$3,32



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 010151/2018

Veículo Adulterado? Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Envolvido

Nome Envolvido

Envolvidos

Valdiclei Nery Santos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Relata o vítima/comunicante que conduzia a motocicleta acima mencionada, chassi BC2KC2210HR029420, licenciada em nome de JOSÉ ELEOVAL NERY, pelo local, dia e horário acima citados, sentido Norte/Sul, quando teve a motocicleta fechada por um veículo não identificado; Aduz a vítima que o condutor do veículo logo após passar a ponte deu sinal e foi para o acostamento, mas não parou e fez uma manobra brusca para voltar para a pista e atingiu o guidão da motocicleta vindas a vítima a perder o controle e colidir de frente com outro veículo que vinha em sentido contrário; Que não deu para anotar as placas dos veículos, pois ao cair a vítima ficou desacordada; Que na queda a vítima sofreu fratura no fêmur direito e em duas costelas do lado esquerdo e escoriações pelo corpo; Que a vítima foi atendida pelo SAMU e levada para o Hospital de Urgência de Sergipe - HUSE, depois foi transferida para o Hospital da Clínica, onde fez a cirurgia; Que a motocicleta ficou bastante danificada e que os reais danos serão conferidos em encargos;

Por fim, nesse ato manifesta o desinteresse de representar criminalmente contra o autor dos fatos.

ASSINATURAS

Roberval Rodrigues Bernardino
Responsável pelo Acidente

Valdiclei Nery Santos
(Comunicante / Vítima)

"Declaro sob a penitência de perda de direitos que o(s) declarado(s) acima mencionado(s) sou(m) autor(es) ou testemunha(s) da presente declaração que deixo, conforme previsto no Artigo 325 do Código Civil e seu Comentário Pela Dr. Celso de Carvalho do Código Penal Brasileiro."



CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO
TABELIÃO DANIELLE PIERETE

Pierete

AUTENTICAÇÃO

Confere com o original apresentado dou fé.

Selo TJSE: 201828527264617

Acesso: <http://www.tjse.jus.br/x/QEA3D7>

Aracaju, 26/12/2018 08:52:21 5148

Soraya Teles Campos - Escrevente Autorizada

Emol.: R\$2,77 Selo: R\$0,00 FERD: R\$0,55 Total: R\$3,32



RUA LAGARTO, 1331 - SÃO JOSÉ - ARACAJU - SE - CEP 49.010-390 - TEL: 79 3214.1397

Delegado de Polícia CMl: Daniela Ramos Lima Barreto
Impresso por: Roberval Rodrigues Bernardino
Data de Impressão: 24/08/2018 12:08
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia



RELATÓRIO 01214 / 2018 REFERENTE À OCORRÊNCIA

NÚMERO: 1807140306 ESUS – SAMU

O SAMU 192 SERGIPE foi acionado às 11h19min do dia 14 de Julho de 2018, para atendimento de vítima identificada como Valdiclei Nery Santos, com relato de colisão carro x moto, no município de Nossa Senhora do Socorro.

A equipe da Unidade de Suporte Básico – Socorro realizou atendimento no local, seguido de remoção para o Hospital de Urgência de Sergipe – HUSE do município de Aracaju, onde deixou o paciente aos cuidados da equipe.

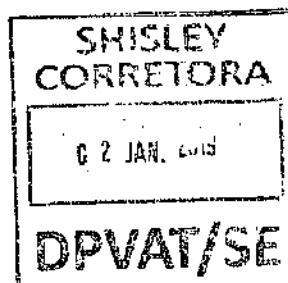
Aracaju, 28 de Agosto de 2018

Tieme S. M. Oki Fontes
Coordenadora Médica
SAMU 192 - Sergipe
CRM 4553


Tieme Sayuri Menezes Oki Fontes

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE





RELATÓRIO MÉDICO



NOME DO PACIENTE: Valdeclei Nery Santos
 DATA DA ENTRADA: 14/10/2018
 DATA DA SAÍDA: 15/10/2018

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 vítima de acidente motociclístico, daí entrada no HU/SF realizada pelo SAMU sob protocolo. Foi intubado, ventilado, respirocrônico, hemodinamicamente estável, sendo diagnosticada fratura das 7^a e 8^a costelas anteriores e do fêmur direito.

Foi internado para tratamento cirúrgico e posteriormente transferido para o Hospital Cirúrgico.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

SISLEY CORRETORA



DPVAT/SE

EXAMES COMPLEMENTARES:

Radiografias

Tomografia do Crânio e da coluna cervical
Exames laboratoriais

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dra. Fabianne Machado Vasconcelos - CRM 5074
 Dr. Adair Bezerra Barboza - CRM 751
 Dr. Washington Batista - CRM 4290
 Dra. Katiuhé Caetano - CRM 4736

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

ARACAJU, 4 de dezembro de 2018

Silene
Silene T. da C.S. Mazzalvão
Médica
CRM 1632

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO
TABELÍA OFICIAL PLEITO E TESTIMONIAL

Pierete

AUTENTICAÇÃO

Confere com o original apresentado dou fé.

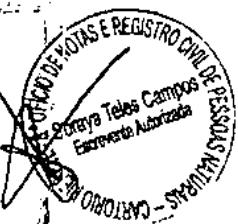
Selo TJSE: 201828527264618

Acesso: <http://www.tjse.jus.br/x8HYB2D>

Aracaju, 26/12/2018 09:53:22 10118

Soraya Teles Campos - Escrivente Autorizado

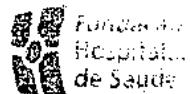
Emol: R\$2,77 Selo: R\$0,00 FERD: R\$0,55 Total: R\$3,32



SISLEY CORRETORA

24 JAN. 2019

DPVAT/SE

SERGIPE**SF SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
HOSPITAL DE URGENÇA DE SERGIPE – HUSE
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA****EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA

16/07/18

NOME: VALDICLEY NERY SANTOS**ALA: VERDE TRAUMA 1 LEITO: CORREDOR GÊNERO: MASCULINO IDADE: 35****DIAGNÓSTICOS: FRATURA DO FEMUR D (1/3 MÉDIO)****Evolução médica:** _____

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta VO LIVRE	
2	SF0,9% 500ML EV P/ 24HS	
3	Keflin 1g, IV, 6h/6h OU Kefazol 1g, IV, 8h/8h SUSP	
4	Ranitidina, 02 mL + 18 mL AD, IV, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, IV, às 6:00	
5	Dipirona, 02 mL + 08 mL AD, IV, 6h/6h	
6	Profenid, 01 ampola IV + 100mL SF0,9%, 12h/12h	
7	Tramal 100mg + 250 mL SF0,9, IV, 8h/8h SOS	
8	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia	
9	Bromocriptina, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos	
10	Glicemia capilar, 6h/6h, se diabético	
11	Insulina regular, conforme glicemia:	
12	<200 = Ø 251 – 300 = 4U 351 – 400 = 8U	
13	201 – 250 = 2U 301 – 350 = 6U > 400 = 10U	
14	Glicose 25%, 40ml, IV, se glicemia < 70	
15	Captopril 25mg, VO, se PAS > 180mmHg ou PAD > 110mmHg SOS	
16	CCGG + SSVV 6h/6h	
17	Gentamicina 240mg, EV, 2x/dia SUSP	
18	CURATIVO DIARIO 1X/DIA	
19		
20		
21		
22		
23		

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome: Valdeci Nery Senna		Procedência: Endo Bucal	Matrícula: 1042579
Idade: 55	Sexo: M (F)	Data de admissão: 19/07/18	Lito: D-02

TRÂNS-OPERATÓRIO (Admissão no Centro Cirúrgico)

- Confirmar a solicitação: Reserva de Sangue () SIM () NÃO Volume: _____ Vaga na UTI () SIM () NÃO
- Preparo: () Jejum a partir ~ HORÁRIO: _____ e DATA: _____ () Punção venosa periférica
- Retirar a prótese e adornos: () Prótese dentária () Lente de contato () Jóias () Grampos () Outros:
- Alergia conhecida: () SIM () NÃO () QUAL (IS): _____
- Hábito de vida: Tabagista: () SIM () NÃO () TEMPO: _____ / Etilista: () SIM () NÃO () TEMPO: _____
- Passado cirúrgico: () SIM () NÃO () QUAL (IS): _____
- Doenças atuais: () HAS () ICC () IAM () AVC () DM () NEO () DPOC () IHC () ITU () NÃO: _____
- Faz uso de medicamento: () SIM () NÃO () QUAL (IS): _____

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Estado clínico do paciente)

	HORARIO: _____ : _____ h.

ASSINATURA: _____	

INTRA-OPERATÓRIO (Admissão na Sala Operatória - SO)

EQUIPE CIRÚRGICA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO
<ul style="list-style-type: none"> • Cirurgião: Roberto Lira • Instrumentador: Andreia; Kleber • Anestesiologista: Monica • Circulante: Professsor S.S. 283128 	<ul style="list-style-type: none"> • Proposto: Red. cirurgica Realizado: Red. cirurgica • Horário - Início: 14:10 h e Termino 15:50 h. • Monitoração: ECG / Oximetria / PANI () Pressão Invasiva: • Técnicas Anestésicas: () Geral venosa () Geral intravenosa • () Geral combinada () Peridural com cateter Peridural sem cateter • Raquianestesia () Bloqueio () Sedação () Local • Posição Cirúrgica: Dorsal () Ventral () Ginecológica () Lateral D () Lateral E () Outras • Local da placa dispersiva: • Incisão Cirúrgica - local: MTD • Curativo - Tipo e local: Octopus
SERVIÇO DE APOIO	
<ul style="list-style-type: none"> • Hemotransfusão com SO () SIM () NÃO () 1º Infusão: Volume: _____ Horas: _____ () 2º Infusão: Volume: _____ Horas: _____ () 3º Infusão: Volume: _____ Horas: _____ • Anatomopatológico: () SIM () NÃO () Peça cirúrgica: _____ 	

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Ocorrências e Intercorrências)

HORÁRIO DE ENTRADA NA SO: 13:30 h. HORÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA SRPA: 15:00 h.

O paciente foi admitido na SO para submeter-se a ato cirúrgico recordado verbalizado, afibril, supravento, sem uso de anticoagulante, com glicose + RX. Realizado o exame SPO₂ + oximétrico. SPO₂: 97% P.A.: 139 x 84 mmHg; SPO₂-99%; FC-102 bpm, encaixado para SRPA, e após ato cirúrgico sob efeito anestésico, sem uso de sedativo, com glicose P.L.: SPO₂-99%; P.A: 121 x 76 mmHg; FC-73 bpm.

ASSINATURA: _____	
_____ Professsor S.S. 283128	

REGISTRO DE OPERATÓRIO IMEDIATO (Admissão na Sala de Recuperação Pos-Anestésica - SRPA)

DISPOSITIVOS EM USO

() CATETER O₂ - ____ l/min | () MÁSCARA O₂ - FIO₂: ____ % | () VMI/TOT - Modo: ____ e FIO₂: ____ % | () VMI/TQT - Modo: ____ e FIO₂: ____ % | () MARCAPASO
 () CATETER VENOSO PERIFÉRICO | () CATETER VENOSO CENTRAL | () CATETER PERITONEAL | () SONDA VESICAL | () SONDA GÁSTRICA/ENTERAL | () OSTOMIA
 () FRALDA | () DRENOS SUCÇÃO: ____ | () DRENO PENROSE: ____ | () DRENO TORACICO: ____ | () DRENO TORÁCICO

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Estado clínico do paciente na Admissão da SRPA)

0	FR:	rpm	SpO ₂ :	%	FC:	bpm	PANI:	/	mmhg	Temp.:	°c	DOR:	
30	FR:	rpm	SpO ₂ :	%	FC:	bpm	PANI:	/	mmhg	Temp.:	°c	DOR:	
60	FR:	rpm	SpO ₂ :	93	%	FC:	83 bpm	PANI:	131 / 80	mmhg	Temp.:	°c	DOR:
90	FR:	rpm	SpO ₂ :	%	FC:	bpm	PANI:	/	mmhg	Temp.:	°c	DOR:	
120	FR:	rpm	SpO ₂ :	%	FC:	bpm	PANI:	/	mmhg	Temp.:	°c	DOR:	
150	FR:	rpm	SpO ₂ :	%	FC:	bpm	PANI:	/	mmhg	Temp.:	°c	DOR:	

HORÁRIO: 15:02 h. Paciente recebido na SRPA proveniente do bloco nobre, consciente, comunicativo, sonolento, diurético, expreco, cefalo em uso venoclips em MSE monitorizado.

ASSINATURA:

gislma . 406071

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Estado clínico do paciente na Alta da SRPA)

HORÁRIO: 16:00 h. Paciente encaminhado para o IMA. Uso de Sedativos e anestésicos.

DESTINO/UNIDADE: _____ ASSINATURA: _____

MENSURAÇÃO DO ÍNDICE DE ALDRETE E KROLIK (IAK)

IAK - paciente adulto (valor mínimo para Alta - 08 pontos)

		Valor	0	30	60	90
Atividade Motoras	Capaz de mover os 04 membros	02	1			
	Capaz de mover os 02 membros	01		2		
	Incapaz de mover os membros	0			2	
Respiração	Respira profundamente ou tosse livremente	02		2		
	Dispneia ou limitação de respiração	01			2	
	Apneia	0			2	
Circulação	PA 20% do nível pré anestésico	02	2			
	PA 30 - 49% do nível pré anestésico	01		2		
	PA 50% do nível pré anestésico	0			2	
Consciência	Lúcido, orientado no tempo e no espaço	02	2			
	Desperta se solicitado	01		2		
	Não responde	0			2	
Saturação	Maior que 92% respirando em ar ambiente	02	2			
	Maior que 90% com oxigênio suplementar	01		2		
	Menor que 90% com oxigênio suplementar	0			2	
IAK	TOTAL		9	10	10	

HORÁRIO DE SAÍDA DA SRPA: _____
 ASSINATURA: _____

LEGENDA:

• DOR (0-2 leve) / (3-7 moderada) / (8-10 Intensa)

LAUDO MÉDICO SUPLEMENTAR

Nº DO LAUDO DE AIH	SEQUÊNCIA	Nº DO LAUDO DE ALTO CUSTO :	Nº DO CARTÃO SUS :	Nº DO PRONTUÁRIO
--------------------	-----------	-----------------------------	--------------------	------------------

UNIDADE SOLICITANTE FUNDAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL DE CIRURGIA	CÓDIGO DA UNIDADE 0002283	CGC 13.016.332.0001-06
--	------------------------------	---------------------------

NOME DO PACIENTE Tânia Oliveira	SEXO Feminino
------------------------------------	------------------

NOME DA MÃE Samia Maria Nery	SENHA 00000000000000000000000000000000
---------------------------------	---

ENDERECO COMPLETO Pavardis 2110	MUNICIPIO / ESTADO / PAÍS São Paulo / SP / Brasil
------------------------------------	--

DATA DE INTERNACAO 16/07/18	HORA DE INTERNACAO 18 Hs. 18 Min.	CARÁTER <input checked="" type="checkbox"/> URG <input type="checkbox"/> ELETIVA	TIPO	NÚMERO DO LEITO	ENFERM.	CPF MÉDICO SOLICITANTE
--------------------------------	--------------------------------------	---	------	-----------------	---------	------------------------

TIPO DE SOLICITAÇÃO

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 - PERMANÊNCIA A MAIOR | <input type="checkbox"/> 4 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA | <input type="checkbox"/> 7 - DIÁLISE |
| <input type="checkbox"/> 2 - MEDICAMENTOS ESPECIAIS | <input type="checkbox"/> 5 - HEMODINÂMICA | <input type="checkbox"/> 8 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA |
| <input type="checkbox"/> 3 - NUTRIÇÃO PARENTERAL | <input type="checkbox"/> 6 - DIÁRIA DE RECÉM NASCIDO | CÓDIGO DO PROCEDIMENTO |

<input type="checkbox"/> 9 - HEMODERIVADOS	<input type="checkbox"/> 12 - UTI II	PROCEDIMENTO 1	QTDE	PROCEDIMENTO 2	QTDE
<input checked="" type="checkbox"/> 10 - USO DE CÍRTESE/PRÓTESE	<input type="checkbox"/> 13 - UTI III	PROCEDIMENTO 3	QTDE	PROCEDIMENTO 4	QTDE
<input type="checkbox"/> 11 - CIRURGIA MÚLTIPLA	<input type="checkbox"/> 14 - OUTROS				

<input type="checkbox"/> 15 - DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> 16 - DIÁRIA DE UTI I	QTDE	<input type="checkbox"/> 18 - MUDANÇA DE AIH 1 PARA AIH 5
<input type="checkbox"/> 17 - MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		<input type="checkbox"/> 19 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5
<input type="checkbox"/> 21 - NOVA AIH	<input type="checkbox"/> 23 - CUIDADOS PROLONGADOS	<input type="checkbox"/> 25 - REABILITAÇÃO	<input type="checkbox"/> 20 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5 - PÓS TRANSPLANT.
<input type="checkbox"/> 22 - PSIQUIATRIA	<input type="checkbox"/> 24 - ACOMPANHANTE PÓS-TRANSPLENTE	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	

MÉDICO SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO) Cirurgia Traumatolog	DIRETOR CLÍNICO DA UNIDADE (ASSINATURA E CARIMBO)	DATA DA SOLICITAÇÃO
---	---	---------------------

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

DADOS DA HISTÓRIA CLÍNICA E DO EXAME FÍSICO	01 Placa AIC longa 4,5mm 08 Parafusos corticais 4,5mm
---	--

EXAMES COMPLEMENTARES	
-----------------------	--

TRATAMENTO	
------------	--

PROCEDIMENTO AUTORIZADO	
-------------------------	--

DESCRÍÇÃO DO NOVO PROCEDIMENTO	
--------------------------------	--

AUTORIZADO <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	MOTIVO DA REJEIÇÃO
--	--------------------

DIAGNÓSTICO	Dr. Camilo Soares Tavares CRM-4065
-------------	---------------------------------------

MÉDICO SUPERVISOR (ASSINATURA / CARIMBO)	MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA / CARIMBO)	CPF / MÉDICO AUTORIZADOR Andrea Andrade CRM-4065	MÉDICO COORDENADOR DA AUDITORIA (ASSINATURA / CARIMBO)
---	--	---	---



**FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
Hospital de Clínicas “Dr Augusto Leite”**

Comunicado de Utilização de Órtese, Protese e Material Especial (OPME)
CENTRO CIRÚRGICO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Name: Halidieci Verry Santos Matricula: 1042579

Enfermaria: _____ Convênio: SUS

Diagnóstico: Fratura diafisária do fêmur direito

Procedimento realizado mediante cirugía con ligaçao

Data da utilização: 17 / 03 / 2048

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome: Dr. Roberto Lima CRM: 2273 Dr. Mauricio Lima

[IDENTIFICAÇÃO DOS PRODUTOS]

Código INSS / SIMPRO	Quantidade Utilizada	Descrição dos produtos
04.08.05.053-9	01 08	Raca Al largo 4,5 parafusos contínuos 15mm

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Normal Ortelesius CNR I

Name _____ Grade _____ Class _____

SÓLIDOS DA FARMÁCIA

Data do recebimento: 01/01/2024

Estado de Ceará - **Brasil** - **CE**

1º via - Prontuário

2ª via – Fornecedor

3^ª via—Farmácia

V. B. F. C

PACIENTE: Valdeci Ferreira Santos

Nº DAAH:

DATA DA CIRURGIA:

CIRURGÃO: D. Roberto Lima

PRONTUÁRIO Nº

CONVÉNIO: Sus

PROCEDIMENTO:

DESCRÍÇÃO DOS PRODUTOS UTILIZADOS

Nº 017241

MATERIAL	REF.	QUANT.	MATERIAL	REF.	QUANT.
Peg. Fragmentos	Arruela p/ Parafuso 3,5		Haste Bloqueada	<input type="checkbox"/> Femur	<input type="checkbox"/> Tibia
	Placa em T 3,5		Parafuso para Haste Bloqueada		
	Placa A/C Estreita Peq. Fragtos 3,5		Parafuso Tampão		
	Placa 1/3 Tubular Peq. Fragtos 3,5		Haste	<input type="checkbox"/> Ender	<input type="checkbox"/> Mini Ten
	Placa em Trevo 3,5			<input type="checkbox"/> Ten	
	Placa de Reconstrução 3,5		Fixador ()		
Grandes Fragmentos	Arruela p/ Parafuso	<input type="checkbox"/> 4,5	Fixador Linear (Antebraço)		
	Placa A/C Estreita 4,5	<input type="checkbox"/> 6,5	Fixador Linear (Úmero)		
	Placa A/C Larga 4,5		Fixador Linear (Mão e Pé)		
	Placa Ponte Larga 4,5		Fixador Linear (Fêmur/Tibia)		
	Placa Semitubular 4,5		Fixador Linear (Tibia)		
	Placa Reta Maleável 4,5		Fixador Linear TP Preston (Tibia)		
Fra. Cole.	Placa Supra Condilar 4,5		Fixador Linear TP Preston (Úmero)		
	Placa em L/T 4,5	<input type="checkbox"/> Direita	Fixador Linear TP Preston (Fêmur)		
	Placa Tipo Puddu	<input type="checkbox"/> Fêmur	Fixador Articulado (TP Colles)		
	Placa Tubo Richards	<input type="checkbox"/> 95°	Fixador Ilizarov		
	Parafuso Deslizante	<input type="checkbox"/> 135°	Lâmina de Cartilagem		
	Parafuso de Compressão		Lâmina de Osso		
Quadril	Prótese Thompson		Equipo p/ Bomba Infusão		
	Parafuso p/ Acetábulo		Equip. Multivias		
	Acetábulo Bipolar		Ponteira de Rádiofrequência (Ablator)		
	Acetábulo N/ Cimentado		Parafuso Transverso		
	Acetábulo Cimentado		Parafuso de Interferência		
	Inserto do Acetábulo		Agrafe		
Joelho	Cabeça Intercambiável		Âncora Femural (Endobôtox)		
	Haste		Âncora		
	Centralizador		Cânula		
	Restritor de Cimento		Fio de Kirschner		
	Componente Femoral		Fio de Steinmann		
	Inserto Tibial		Fio de Cerclagem		
	Base Tibial		Grampo de Blount		
	Componente Patelar		Placa Bloqueada 3,5 ()		
	Steri Drape		Placa Bloqueada 4,5 ()		
	Cimento Ortopédico		Placa Titânio () ()		
	Kit Cimentação		Placa Pedus		

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

PARAFUSO CORTICAL	Nº	QTD	PARAFUSO TITÂNIO CORTICAL	Nº	QTD
MM			MM		
PARAFUSO CORTICAL 3,5MM	Nº	QTD	PARAFUSO TITÂNIO CORTICAL	Nº	QTD
PARAFUSO ESPONJOSO 4,0MM	Nº	QTD	PARAFUSO TITÂNIO BLOQUEADO	Nº	QTD
PARAFUSO CORTICAL 4,5MM	Nº	QTD	PARAFUSO TITÂNIO BLOQUEADO	Nº	QTD
	36 38 47	C2 05.01			
PARAFUSO MALEOLAR 4,5MM	Nº	QTD	PARAFUSO AÇO TITÂNIO CANULADO 3,5	Nº	QTD
PARAFUSO ESPONJ. R/16 CURTA	Nº	QTD	PARAFUSO AÇO TITÂNIO CANULADO 4,5	Nº	QTD
PARAFUSO ESPONJ. R/32 LONGA	Nº	QTD	PARAFUSO AÇO TITÂNIO CANULADO R/16	Nº	QTD
PARAFUSO TIPO HERBERT 30	Nº	QTD	PARAFUSO AÇO TITÂNIO CANULADO R/32	Nº	QTD

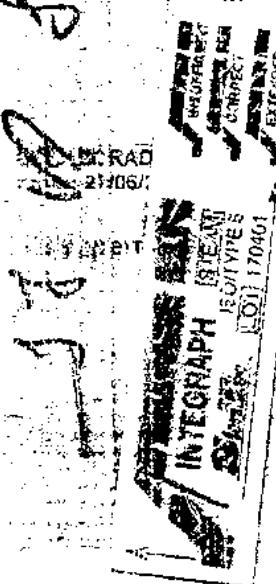


FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL CIRURGIA

RASTREABILIDADE DE INTEGRADORES QUÍMICOS

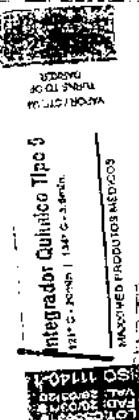
NOME: Valdecley Nery Sartor
NUMERO DE INTERNAMENTO: 1042579
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: Rct. adenigia et lixococo n. 15
CIRURGIÃO: Edmundo Lima
ENFERMEIRO: Silvana
CIRCULANTE DE SALA: Gleidson
ANESTESIOLOGISTA: Henrique
INSTRUMENTADOR: Andréa; Kleber
DATA: 15/10/18
SALA CIRÚRGICA: 09

GRAMPEAR INTEGRADORES QUÍMICOS NOS ESPAÇOS ABAIXO
LOTES _____ LOTES _____



elros João e Josivalda

to ao prontuário



FUNDAÇÃO DE BENEFICIÉNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
FICHA DE CONSUMO SALA CIRÚRGICA

PACIENTE: Valéria de Oliveira Santos
 CIRURGIA REALIZADA: Linfadenectomia es.
 1º AUXILIAR: Fixador M.E.D
 ANESTESIA: roque

MATRÍCULA: 1042579 CONVÉNIO: SUS
 DATA: 17/10/21 IX CIRURGÃO: Roberto Lino
 2º AUXILIAR: _____
 ANESTESIOLOGISTA: Rosâle
 CIRULANTE: Joséley S83128

MEDICAMENTOS	QNT	EQUIPAMENTOS
ÁCIDO TRANEXÂMICO (TRANSAMIN) 150MG/3ML		OXÍDO DE ZINCO + UVT. A e D (HIPOGLOS) 30G
ÁGUA DESTILADA 10ML		OMEPRAZOL 40MG/10ML
AMINOPRILINA 24MG/10ML		ONDASTERONA 8MG/4ML
ATRACURILO 25MG/5ML		PANICURONEO 4MG/2ML
ATROPINA 0,25MG/ML		PENTOXIFILINA 100MG/5ML
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% 10ML		PENINSULINA G POTASSICA 5000.000UI
BUPIVACAÍNA (NEOCAINA) C/VASO 0,5% 20ML		PROMETAZINA (FENERGAN) 50MG/2ML
BUPIVACAÍNA (NEOCAINA) PESADA 0,5% 20ML	01	RANITIDINA (ANTAK) 50MG/2ML
CAPTOPRIL 25MG COMP.		SUBLGALATO DE BISMUTO 30G
CEFALOTINA (KIEFLIN) 1G SOL INJETÁVEL		SUXAMETONEO 100MG/FRASCO
CLORPROMAZINA 25MG/5ML		SUXAMETONEO 500MG/FRASCO
CEFAZOLINA 1G SOL INJETÁVEL		TERBITALINA (BRICANIL) 0,5MG/1ML
CEFTRIAXONA 1G SOL INJETÁVEL		VANCOMICINA 50MG/ML
CETOPROFENO (PROFENIC) 100MG PÓ LIOFILO		EQUIPAMENTOS
CIPROFLOXACINO 200MG/100ML		APARELHO DE ANESTESIA
CISATRACURILO (MIMBILUM) 10MG/5ML		BISTURI ELÉTRICO / BIPOLAR
CLINDAMICINA (DALACIM) 600MH/4ML		CAPNÓGRAFO
CLONIDINA SOL INJETÁVEL		DESFIBRILADOR
CLORETO DE POTÁSSIO 19,1%		ENDOSCÓPIO
CLORETO DE SÓDIO 20% 10ML		ESTRIBO
CRAGENAL 3DG BISNAGA		FONTE DE ENERGIA/FIBRA ÓTICA
DESIANOSIDE 0,4MG/2ML		FOTÓFORO
DEXAMETAZONA 4MG/2,5ML		LARINGOSCÓPIO
DICLOFENACO 75MG/ML		MICROSCÓPIO CIRÚRGICO
DIPIRONA 500MG/2ML		MONITOR CARDIACO
DOBUTAMINA 250MG/20ML		ÓXIMETRO
ENOXAPARINA 40MG/0,4ML		RAIO X
EPINEFRINA (ADRENALINA) 1MG/ML		RESPIRADOR VOLUMÉTRICO
ETILEFRINA (EFORTIL) 30MG/ML		GASOTERAPIA
HIOSCINA (BUSCOPAM) ESCOPOLAMINA 20MG/ML		AR COMPRIMIDO
INSULINA - NPH 20ML() REGULAR ()		GÁS CARBÔNICO
(IMIPINEM + CILASTINA (TIERAM) 500MG/120ML		OXIGÊNIO
OXITALAMATO DE MEGLUMINA (TELEBRIO)		PROTÓXIDO DE AZOTO
IDOCAINA C/VASO 1% () 2% ()		VÁCUO
IDOCAINA 1% SPRAY 50ML		SOLUÇÕES PARENTERAIS DE GRANDE VOLUME
IDOCAINA GELEIA (BISMAGA) 30G		ÁGUA DESTILADA 1000ML
IDOCAINA + EPINEFRINA C/VASO 20ML - 1% () 2% ()		SOLUÇÃO SORBITOL + MANITCH. 1000ML
METOPROROL 25MG COMP.		SORO RINGER + LACTATO 500ML
METOPROROL 50MG COMP.		SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML
METROXIDAZOL 500MG/100ML		SORO GLICOSADO 5% 500ML
METOCLOPRAMIDA (PLASIL) 10MG/2ML		SORO GLUCOFISIOLÓGICO 5% 500ML
NEOSTIGMINA 0,5MG/ML		FIOS CIRURGICOS
ALGORÁD C/AG. Nº 0() 1() 2() 3() 4()		AÇO MONOFILAMENTO Nº 0() 1() 2() 4() 5()
ALGORÁD 5\AG. Nº 0() 1() 2() 3() 4()		EQUIPO MICROGOTAS - QNT () EQUIPO P/ TRANSFUSÃO - QNT ()
CATGUT CROM. C/AG. Nº 0() 1() 2() 3() 4() 5()		EQUIPO AMBAR - QNT ()
CATGT CROM. 5\AG. Nº 0() 1() 2() 3() 4()		ESPONJA HEMOSTÁTICA SURGICAL
		EXTENSOR (INFUSOR) 2 VIAS
		FRALDA DESCARTÁVEL ADULTO () INFALTIL ()
		IRRIGAFIX 4 VIAS

FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

FICHA DE CONSUMO DE SALA

PACIENTE:

MATRÍCULA:

CONVÉNIO:

CURURGIA REALIZADA:

DATA:

CIRURGIÃO

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESIOLOGISTA:

CIRURGIANO:

MONOCRYL 5.0 REF Y844 1.5CM	I - CATH AMARELO () AZUL () VERDE ()
MONOCRYL 5.0 REF Y495	LÂMINA DE BISTURI Nº 15 () 23 () 24 ()
MONOFYL 3.0 C/2 AG. 70CM	LATEX 204 AMARELO () SILICONE ()
MONONYLON Nº 0 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 ()	LUVA ESTERIL 7.0
POLIESTER (ETIBOND) Nº 0 () 5 ()	LUVA ESTERIL 7.5
POLIPROPILENO (PROLENE) Nº 0 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()	LUVA ESTERIL 8.0
POLYCRYL Nº 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()	PLACA DE BISTURI ELETTRICO
POLYCRYL Nº 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()	SCALP Nº 19 () 21 () 23 () 25 () 27 ()
VICRYL Nº 0 51AG.	SERINGA DESCARTAVEL 1ML () 60ML ()
CATGUT. SIMPLES C/VAG. Nº () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	SERINGA DESCARTAVEL 3ML () 5ML ()
CATGUT. SIMPLES SVAG. Nº () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	SERINGA DESCARTAVEL 10ML
CERA P/ CESSO	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML
ELETRODO DESCARTAVEL P/ MARCAPASSO	SERRA DE GIGU
FITA CARDIACA FC 500	SONDA ASPIRAÇÃO Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 () 16 () 18 () 20 ()
KIT CATAFATA 3/8 6.5MM REF KB5510	SONDA CATETER P/ OXIGENIO Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 () 16 ()
LIGA CLIP 100	SONDA DE FOLLEY 2 VIAS Nº 10 () 12 () 14 () 16 () 18 () 20 () 22 ()
LIGA CLIP 300	SONDA DE FOLLEY 3 VIAS Nº 16 () 18 () 20 () 22 () 24 ()
MONOCRYL 0 REF Y967H 3.5CM	SONDA ENDOTRAQUEAL ARAMADA C/ BALÃO Nº 3.0 () 3.5 ()
MONOCRYL 3 REF Y305 1.5CM	4.0 () 4.5 () 5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 () 7.0 () 7.5 () 8.0 () 8.5 ()
MONOCRYL 3.0 REF 8450-30	SONDA ENDOTRAQUEAL C/ BALÃO Nº 3.0 () 3.5 () 4.0 () 4.5 () 5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 () 7.0 () 7.5 () 8.0 () 8.5 () 9.0 () 9.5 ()
MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR	SONDA ENDOTRAQUEAL C/ BALÃO Nº 3.0 () 3.5 () 4.0 () 4.5 () 5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 () 7.0 () 7.5 () 8.0 () 8.5 () 9.0 () 9.5 ()
ALGODÃO HIDROFILO	SONDA ENDOTRAQUEAL C/ BALÃO Nº 2.0 () 2.5 () 3.0 () 3.5 ()
A CATH Nº () 14 () 16 () 18 () 20 () 22 () 24 ()	4.0 () 4.5 () 5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 ()
ABAIXADOR DE LINGUA (ESPATULA)	SONDA ENDOTRAQUEAL C/ BALÃO Nº 2.0 () 2.5 () 3.0 () 3.5 ()
AGULHA DESCARTAVEL Nº () 33 X 0.45 () 30 X 0.70 () 30 X 0.60 () 30 X 0.12 ()	4.0 () 4.5 () 5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 ()
AGUILHA PERIDURAL Nº () 16 () 18 () 19 () 20 ()	SONDA ENDOTRAQUEAL C/ BALÃO Nº 2.0 () 2.5 () 3.0 () 3.5 ()
AGUILHA DE RAQUI Nº () 25 () 27 ()	4.0 () 4.5 () 5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 ()
ATADURA ALGODÃO ORTOPEDICO 10CM() 15CM () 20CM ()	SONDA GASTRICA Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 () 16 () 18 ()
ATADURA CREPOM 30CM ()	20 () 22 ()
ATADURA CREPOM 15CM ()	SONDA RETAL Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 () 16 () 18 ()
ATADURA CREPOM 20CM ()	20 ()
ATADURA GESSADA 10CM () 15CM () 20CM ()	SONDA URETRAL Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 () 16 () 18 ()
BOLSA DE COLOSTOMIA	20 ()
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA Nº 7.0 () 7.5 () 8.0 () 8.5 () 9.0 ()	SONDA CATETER TIPO OCULOS
CAPA P/ MICROSCOPIO () CAPA P/ VÍDEO ()	TORNEIRA PLASTICA 3 VIAS
COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	FRACIONADOS
DRENO DE KERH EM T Nº 12 () 14 () 15 () 16 ()	CAL SOLDADA
DREN DÉ SUCCÃO Nº 3.2 () 4.8 () 6.4 ()	ESPARADRAPO COMUM
DREN DÉ TORAX Nº 28 () 36 ()	ESPARADRAPO ANTIALERGICO
DREN PENROSE Nº 1 () 2 () 3 () 4 ()	ETER SULFURICO
ELETRODO DESCARTAVEL	FORMOL 10%
EQUIPO MACROGOTAS C/ INJETOR LATERAL	GORRO TURBANTE
ESCOVA FPVI	MÁSCARA DESCARTAVEL
ESPOONIA GELFOAM MEDICINAL	POLVIDINE TÓPICO
	POLVIDINE DEGERMANTE



HOSPITAL DE CLÍNICA DR. AUGUSTO LEITE

UNIDADE:

RELATÓRIO DO ATO CIRÚRGICO

PACIENTE:

Márdiele Nery Santos

MATRÍCULA:

1042579

IDADE:

35 anos

CONVÉNIO:

SUS

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fratura diafisária do fêmur direito

CIRURGIA REALIZADA:

Redução cirúrgica com fixação

CIRURGIANO:

Dr. Roberto Lima

AUXILIAR:

ANESTESIOLOGISTA:

Mrs. Marcella

AUXILIAR:

AUXILIAR:

ANESTESIA UTILIZADA:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

EQUIPAMENTOS

 B. E. / BIPOLAR TRÉPANO ELÉTRICO SERRA ELÉTRICA MICROSCÓPIO CIRÚRGICO FONTE DE LUZ / FIBRA ÓTICA

Descrição do Ato Cirúrgico:

Desbridamento

Antissepsia

Campos

Sutura - Linhas

Redução cirúrgica com fixação

Síntese do ferimento

Curativo

Dr. Roberto Lima

Cirurgião Traumatologista

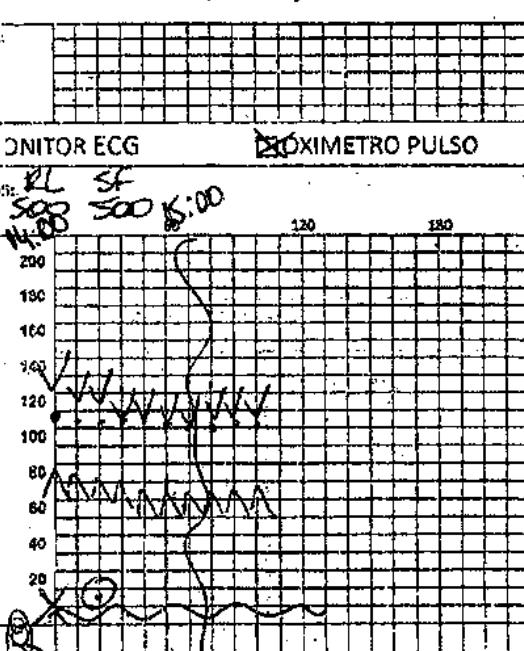
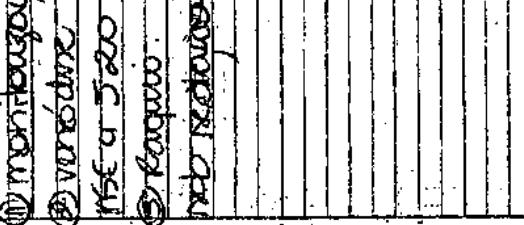
Assinatura do Cirurgião

17/07/18

DATA

MOD. 042-HCAL

DATA: 17/07/18

PACIENTE: Valdeci Nery Sontos				MATRÍCULA: 10420579	CONVÉNIO: SUS	
IDADE: 35	SEXO: M	COR:	ENF:	QUARTO:	LEITO:	APTO:
CIRURGIÃO: Dr. Roberto Lima			ANESTESISTA: Dra. Marcelle			
1º AUXILIAR:			2º AUXILIAR:			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de fêmur distal D						
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:						
CIRURGIA PROPOSTA: A proposta (prot. cirúrgico de fratura fêmur)						
CIRURGIA REALIZADA: A proposta						
PRÉ-MEDICAÇÃO:				HCRA:	RESULTADO: 1-2-3-4-5-6	
INÍCIO DA ANESTESIA 14:00		INÍCIO DA OPERAÇÃO 14:15/15:00		ALT DA ANESTESIA	RISCO OPERATÓRIO 1-2-3-4	ESTADO FÍSICO 1-2-3-4-5-6-7
<input checked="" type="checkbox"/> MONITOR ECG <input checked="" type="checkbox"/> OXÍMETRO PULSO <input type="checkbox"/> CAPNÓGRATO <input checked="" type="checkbox"/> PAM NÃO INVASIVA <input type="checkbox"/> VENTILADOR						
FLUIDOS: RL SF 500 500 500 500 14:00 						
						
DROGAS CONC QUAD Midazolam 5mg + 25 Fentanil 50ug + 50 Leptina 20g Dexmedetomidina 10mg Naloxona 4mg Dipirona 8g Propofol 100mg Paracetamol 100 mg						
ANOTações ① Monitor ECG ② Venoso 520 ③ Fentanil ④ Dexmedetomidina ⑤ Paracetamol ⑥ Propofol ⑦ Leptina						
AGENTES ANESTÉSICOS: isoflurano 0,5% respirada 14mg + morfina 60ug						
TÉCNICA: Puríco L3-L4 q Ag. 27, quirúrgico, LUR +, doros, s/ intercorrências						
INDUÇÃO:	POSIÇÃO: Dentado	LOCAL PUNÇÃO:		LÍQUIDO RETIRADO:		
TÉCNICA:	POSIÇÃO APÓS: DDH	POSIÇÃO OPERATÓRIA: DDH		RESULTADO B.R.M.		
DURAÇÃO DA OPERAÇÃO:		DURAÇÃO DA ANESTESIA:		CONSCIÊNCIA:		
PÓS-OPERATÓRIO: <input type="checkbox"/> UTI <input checked="" type="checkbox"/> SRPA		DESTINO DA SRPA: <input checked="" type="checkbox"/> LEITO <input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR		CONDICÕES:		
OBSERVAÇÕES:				Dra. Marcelle Ribeiro Amorim Anestesiologista CRM-RJ 4319 ASSINATURA DO ANESTESISTA		

MS-DATASUS
VERSÃO: 15.10

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

ESPELHO DA AIH

PAG.: 1

O.E : M280030801

ESFERA : PRIVADO

APRESENTAÇÃO: 08 / 2018

DATA : 01/08/2018

Num AIH : 281810015110-8

Situação : APURADA

Tipo : 01-INICIAL

Apresentação : 08/2018

Data Autorização: 16 / 07 / 2018

Especialidade : 01 - CIRURGICO

Orgão Emissor : M280030801

CRC:

Doc autorizador : 190136126980000

Doc med resp : 206790614650009

Doc diretor clínico : 206790614650009

Doc médico solic : 124301372500007

CNES : 0002283 - FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

CNS : 70600662707865-6

Paciente : VALDICLEI NERY SANTOS

Prontuário : 1042579

Data Nasc. : 28 / 07 / 1982

Sexo : MASCULINO

Nacionalidade : 010 - BRASIL

Tipo Doc. : Identidade

Doc : 1524193

Responsável pac. : JOSE ELEOVAL NERY

Nome da Mãe : SONIA MARIA SANTOS NERY

Endereço : CAMPO POESTIVA 19 Bairro: TAICOGA DE FORA

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

Município : 280480 - NOSSA SENHORA DO SOCORRO - SE CEP: 49160-000

Telefone : (79)8881-18864 Mudn Proc.? : NÃO

Procedimento solicitado : 04.08.05.051-9 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Procedimento principal : 04.08.05.051-9 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Diag. principal : S723-FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Diag. secundário :

Complementar :

Causa Obito :

Carater atendimento : 02 - URGENCIA

Modalidade : HOSPITALAR

Data internação : 16 / 07 / 2018

Data saída : 19 / 07 / 2018

Mot saída : 12 - ALTA MELHORADO

AIH Anterior :

AIH Posterior :

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNPJ do Empregador:

CNAER:

Vínculo Previdênciá :

CBOR:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtde	Cmpt	Descrição
2	0408050519	980016276586264	225151(6)	3359948	3359948	1	07/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA

DADOS DE OPM

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Reg. ANVISA	CNPJ Fabricante
3	000036539	02.661.701/0001-69				

VALORES DA PRÉVIA

Cid SECUNDÁRIO	Cid Característica	Descrição	Serviço Hospitalar						TOTAL	
			Direto		Direto		Rateado			
			Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro		
04.08.05-MEMBROS IN SERIO									972,97	
07.02.03-OPM EM ORTOPEDIA				296,13					296,13	
Total Geral:			725,17	296,13		74,34	173,46		1.269,10	

CID SECUNDÁRIO

Cid	Característica	Descrição
V230	PREEXISTENTE	MOTOCICLISTA TRAUM. EM COL. C/CARRO, PICK-UP OU CAMINHON. - CONDUTOR TRAUM. EM ACID. 6-TRANSITO

Número de Nascidos

Número de Saídas

Nº Pré-Natal:

Vivos :

Mortos :

Altas :

Transf.:

Óbitos :

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

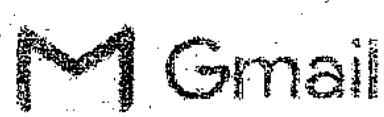
ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

Dr. J. S. COELHO TEIXEIRA
Auditora Médica CRM - 4066

UNICO
p. 36

ANEXO I

 Sistema Ministério Único de da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			 HOSPITAL CIRURGIA
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE FUNDACÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA		2 - CNEC 0002283		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE FUNDACÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA		4 - CNES 0002283		
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE VALDICLEI NERY SANTOS		6 - N.º DO PRONTUÁRIO 1042579		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 705005627078656		8 - DATA DE NASCIMENTO 28/07/1982		9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> X1 Fem. <input type="checkbox"/> 3
11 - NOME DA MÃE SONIA MARIA SANTOS NERY				10 - RAC/COR 79
13 - NOME DO RESPONSÁVEL PAJ JOSE ELEOVAL NERY				12 - TÉLÉFONE DE CONTATO N.º DO FONE 98811824
15 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO) POVOADO ESTIVA Nº19				14 - TÉLÉFONE DE CONTATO N.º DO FONE 991371159
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA NOSSA SENHORA DO SOCORRO		17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO		18 - UF SE
		19 - CEP 49160000		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS FRATURA DE FÉMUR (2), VIAGEM DE ACCIDENTE motoqueiro.				
MAIS 3 DIAS.				
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO CIRÚRGICA				
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) EXAMES ELÉTRICO E RADIODIAGRAMA				
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA DE FÉMUR (2)		24 - CID 10 PRINCIPAL S723		25 - CID 10 SECUNDÁRIO V230
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS				
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Redução com fixação				
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0408050519				
29 - CLÍNICA ORT.		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO URG.		31 - DOCUMENTO () CNS () CPF
				32 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 313553996569
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Carvalho Simões Barreto		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 16/07/2018		35 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)
36 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VILHENIAS)				
37 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		39 - CNPJ DA SEGURADORA		40 - N.º DO BILHETE
38 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		42 - CNPJ EMPRESA		41 - SÉRIE
39 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO				43 - CNAE DA EMPRESA
40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR		() AUTÔNOMO () DESEMPREGADO		() APOSENTADO () NÃO SEGURO
41 - AUTORIZAÇÃO				
42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		43 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR		44 - CRON
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF		46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 281810015110-8
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 06/07/18		49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) Dra. Ana Lígia Ferreira Leite		



nirhuse crpe <nirhuse.crpe@gmail.com>

DUSV E - ORTOPEDIA - FBHC - VALDICLEY NERY SANTOS

Sigau crpe <sigau.crpe@gmail.com>

15 de julho de 2018 13:51

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

Segue o código

CC1507HCO1D5CF7

[Texto das mensagens anteriores oculta]

F.B.H.C - FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
 AV. DESEMBARGADOR MAYNARD, 174 UF:SE CEP:49075-170
 FICHA DE ADMISSÃO HOSPITALAR ATT: deborah.barros

ATENDIMENTO

ACOMODACAO: Enfermaria
 DIREITO A ACOMPANHANTE? Não
 DATA: 16/07/2018 10:18:23 LEITO: ORT BUZO D02 - Ortopedia I
 TIPO: Urgência
 CONVENIO: SUS INTERNO
 PROFISSIONAL: 1631-LEOPOLDO SIMOES BARRETO

PACIENTE CARTÃO SUS: 705005627078656

ATENDIMENTO: 1042579

NOME:	VALDICLEI NERY SANTOS	Nº:	19
ENDERECO:	POVOADO ESTIVA	UF:	SE
BAIRRO:	Taiçoca de Fora	CEP:	49160000
CIDADE:	Nossa Senhora do Socorro	CPF:	00462094502
FONE:	988118864/991371159	R.G.:	1524193
DATA NASC.:	28/07/1982	IDADE:	35 SEXO: Feminino
EST. CIVIL:	Solteiro		PROFISSÃO
NOME DO PAI:	JOSE ELEOVAL NERY		
NOME DA MAE:	SOMNIA MARIA SANTOS NERY		

RESPONSÁVEL:

NOME DO RESPONSÁVEL: PAI / JOSE ELEOVAL NERY

ENDERECO:

BAIRRO: CIDADE: UF:

DADOS COMPLEMENTARES:

CID: S72.3-Fratura da diáfise do fêmur
 ORIGEM: Nossa Senhora do Socorro
 DIAS INTERNAMENTO: 8
 PROC.SUS: 040805051-9 Tratamento Cirurgico De Fratura Da Diafise Do
 AIH.:

*Carolina dos Santos Souza
 Matrícula 197240
 Secretaria Clínica / FBHC
 sig. DUSV. Boe
 Rx Pne e Pas*

Remetente: ORTOPLAN SERGipe LTDA

Endereço: AV. RIO BRANCO-BDP, QD.016 - TRICIEIRA - S. 613 186, CENTRO, ARACAJU - SE, 49010-030
fone: 3222-0250/ 3222-0383 CNPJ/CPF: 01.681.701/0001-69

Imp.Ret.: 27.097.365-3

Destinatário: 371 FUNDACAO DE BENEFICENCIA R. DE CIRURGIA CNPJ/CPF: 13.016.332/0001-06
Endereço: AV. DESEMBARGADOR MAYNARD, 174 Bairro: CIRURGIA
Cidade: ARACAJU Fone: (0079) 212-7312/ 211-8817 UF: RR

Faturado: 005796800 / CONTRA-APRESENTACAO / 296,73

Código	Descrição	Cd	St	Und	Qtds	Valor Unitario	VL. Desc	Valor Total	ICMS	IPI	Valor IPI
07.02.03.091-0	KIT PLACA COMPRESS DINAM LARGA 4,5 X PARAFUSO	(800640000000)	A	040 KIT	1,000	296,1300		296,13			
	PARAFUSO CORTICAL 4,5X36 TRAUMEDICA				(1,000)						
Lote(s): 125418-	1,000				Vol. INDETERMIN	/					
	PLACA LARGA 4,5X36 TRAUMEDICA				(1,000)						
Lote(s): 224218-	1,000				Vol. INDETERMIN	/					
	PF CORT 4,5X36MM IOL				(1,000)						
Lote(s): 465515-	1,000				Vol. INDETERMIN	/					
	PF CORT 4,5X36MM IOL				(5,000)						
Lote(s): 162217-	5,000				Val. INDETERMIN	/					
	PARAFUSO CORTICAL 4,5X 42MM				(1,000)						
Lote(s): 0736Y-	1,000				Val. INDETERMIN	/					

Hospital: FUNDACAO DE BENEFICENCIA R. DE CIRURGIA

Medico: JOSE ROBERTO LIMA

Instrutor: KLEBER SANTOS DA HORA

Paciente/Id.: VALDICLIRI MERY CANTOS /

NIS/Convenio: / SUS - SISTEMA UNICO DE SAUDE

Procedimento: 0408050519

Dt.Cirurgia: 17.07.2018

Pronotario.: 1042579

040/ISENTO DE ICMS CF ART. 8 INCISO IV DEC 17.037/97

Base ICMS:	0,00	Valor ICMS:	0,00	Base ICMS Subst:	0,00	Valor ICMS Subst:	0,00	Valor Produtos:	296,73
VL. Frete:	0,00	VL. Seguro:	0,00	Outras Despesas:	0,00	Valor Total IPI:	0,00	Valor Pro-Nota:	296,73

Vendedor: IVO LEAL Pedido: 057968 n/9021.19.20

Pedido Cliente: Ordem e Pagina: 00 1/1

Declaro que recebi os produtos constantes deste documento.

Data do Recebimento ____/____/____ Responsável pelo recebimento _____

ORTOPLAN SERGIPE LTDA

AV.RIO BRANCO-EDF.OVIEDO TEIXEIRA -S.813, 186 - -
CENTRO, ARACAJU, SE - CEP: 49010030

DANFE

Documento Auxiliar da Nota
Fiscal Eletrônica

0 - Entrada

1

1 - Saída

Nº 000.036.539

SÉRIE: 3

Página 1 de 1

CONTROLE DO FISCO



CHAVE DE ACESSO

2818 0702 6817 0100 0169 5500 3000 0365 3915 8200 6001

Consulta de autenticidade no portal nacional da
NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site
da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO

5102-VENDA MERCANTIL

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

328130011223120 - 31/07/2018 11:56

INSCRIÇÃO ESTADUAL
270975853

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ

02.681.701/0001-69

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL		ENDERECO		CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO	
FUNDACAO DE BENEFICENCIA H. DE CIRURGIA		AV: DESEMBARGADOR MAYNARD, 174, 0 -		13.016.332/0001-06	31/07/2018	
MUNICÍPIO	ARACAJU	Bairro/Distrito	CIRURGIA	CEP	DATA DE ENTRADA/SAIDA	
UF	SE	FONE/FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE ENTRADA/SAIDA	HORA DE ENTRADA/SAIDA	
				00:00		

FATURA

PAGAMENTO A PRAZO

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	296,13
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESÓRIAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ENDERECO	MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/NF	CST	CFOP	UNID	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
21236	PARAFUSO CORTICAL 4,5X36 TRAUMEDICA TRAUMEDICA INSTRUMENTAIS E IMPL. LTDA Cod.: 9196 Simpro: 008454 Anvis: 80057410016 Lote(s): 12541R-1.000-V. INDETERMIN	90211020	040	5102	UND	1,0000	16,2100	16,21					
60810	PLACA LARGA 10F TRAUMEDICA TRAUMEDICA INSTRUMENTAIS E IMPL. LTDA Cod.: 9218 Simpro: 0126202 Anvis: 90057410007 Lote(s): 22421R-1.000-V. INDETERMIN	90211020	040	5102	UND	1,0000	166,4500	166,45					
40104500360	PF CORT 4,5X36MM IOL IOL IMPLANTES LTDA Cod.: 7861 Simpro: 0084543 Anvis: 10223680060 Lote(s): 405515-1.000-V. INDETERMIN	90211020	040	5102	UND	1,0000	16,2100	16,21					
40104500387	PF CORT 4,5X36MM IOL IOL IMPLANTES LTDA Cod.: 7861 Simpro: 0084543 Anvis: 10223680060 Lote(s): 162217-5.000-V. INDETERMIN	90211020	040	5102	UND	5,0000	16,2100	81,05					
1117-57-4500042	PARAFUSO CORTICAL 4,5X 42MM ONIX Cod.: 8177 Anvis: CSJ64580000 Lote(s): 8736Y-1.000-V. INDETERMIN	90211020	040	5102	UND	1,0000	16,2100	16,21					

CONTINUAÇÃO - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

7. Msg IPI: ITENS (1-5) ISENTOS TPI CONF CAP. 90 DA TPI E DEC 2995 DE 19/03/1999. Fatura: 003653903 21.01.2019 296,13

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RÉSERVADO AO FISCO
Duplicata - Num.: 003653903, Venc.: 21/01/2018, Valor: 296,13 Vendedor: IVO LEAL, Pedido: 177968, Pedido Cliente: , Ordem: 03, Hospital: FUNDACAO DE BENEFICENCIA H. DE CIRURGIA, Medico: JOSE ROBERTO LIMA, Paciente: VALDICLEI NERY SANTOS, Idade: , Frontuario: 1042579, Dt Cirurgia: 17.07.2018, AIH: 281.810.015.110-8, Convenio: SUS, Procedimento: 0408C50519, Msq 44MS: 040/ISENTO DE ICMS CF ART. 8 INCISO IV DEC 17.037/3	



nirhuse crpe <nirhuse.crpe@gmail.com>

DUSV E - ORTOPEDIA - FBHC - VALDICLEY NERY SANTOS

Sigau crpe <sigau.crpe@gmail.com>

15 de julho de 2018 13:51

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

Segue o código

CC1507HCO1D5CF7

[Texto das mensagens anteriores oculto]

GOVERNO DE SERGIPE
SISTEMA INTERFEDERATIVO DE GARANTIA DE ACESSO UNIVERSAL - SIGAU
COMPLEXO REGULATÓRIO DE SAÚDE DO ESTADO
CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS

DOCUMENTO ÚNICO PARA SOLICITAÇÃO DE VAGAS EM ENFERMARIA-DUSV E

NOME DO PACIENTE	VALDICLEY NERY SANTOS	DATA DE ADMISÃO	14/07/18
NOME DA MÃE	SONIA MARIA SANTOS NERY	DATA DE NASCIMENTO	28/07/82
ENDEREÇO:	AV. FERREA COND. ALAMEDA JARDINS B 16 Nº 305	IDADE:	35
CNS:	705005627078656	PLANO DE SAÚDE:	NÃO
NATURALIDADE:	ARACAJU - SE	MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:	ARACAJU
TELEFONE PARA CONTATO:	79 – 991371159	REGIÃO DE SAÚDE:	
UNIDADE PRODUTIVA:	PRONTO SOCORRO ÁREA AZUL () ÁREA VERDE (X)		
	OUTROS:		

QUÍIXA PRINCIPAL E DURAÇÃO:

DOR EM QUADRIL D

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO

ANTECEDENTES PESSOAIS E COMORBIDADES:

NÃO

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

RX + LABORATORIO + ECG

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

FRATURA DE FEMUR D (1/3 MÉDIO)

RESUMO DA TERAPÊUTICA INSTITUÍDA E RESULTADOS.

ANALGESIA + PROFILAXIA DE TVP

PARAMÉTROS CLÍNICOS E LABORATORIAIS

PRESSÃO ARTERIAL	SATURAÇÃO DE O2	FREQUÊNCIA CARDÍACA	FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	GLICEMIA	UREIA	CREATININA
145 X 77	98%	110	18		NÃO	NÃO
2 HEMOGLOBINA	LEUCÓCITOS	POTÁSSIO	USO DE O2: [] NÃO []	SIM [] NÃO []	SECRETIVO: SIM () NÃO ()	INTUBADO: SIM () NÃO ()

15.2 17.1 NÃO NÃO NÃO NÃO

INFORMAÇÕES CLÍNICAS ADICIONAIS

TRÍNCA CRÔNICA SIM/NAO	INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: SIM/NAO	ALIMENTAÇÃO: ORAL () SNC () NPT () GTT ()	ISOLAMENTO: SIM () RESPI () CONTATOU () NAO ()	INSUF RENAL: SIM/NAO	ANTIBÓTICOS: DIAS DE USO (DX)	ESCALA DE COMA DE GLASSOW: AO/MRV/MRM
NÃO	NÃO	ORAL	NÃO	NÃO		15
AMBULÁNCIA:		MOTOCICLETA:				
AMBULÁNCIA: CADIRANTE		MOTOCICLETA: ACAMADO		OUTROS		
NÃO	NÃO	SIM				

POTER(S) DIAGNÓSTICA(S)

FRATURA DE FEMUR D (1/3 MÉDIO)

DATA DA SOLICITAÇÃO

FALTA DE VAGA

É VEDADO AO MÉDICO

Art. 35. Exagerar agravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a
inscrição ou exceder-se no número de visitas, consultas ou qualquer outros
procedimentos médicos.

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

Médico Solicitante

15/09/18 Assinatura:

U:00 Carioba:

Priscila Lima de Vasconcelos
MR ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-SE 3911

NIR

Data: Hora:

Responsável:

Médico do NIR

Assinatura:

Carioba:

CRL (RECEBIMENTO)

Data: 15/09 Hora: U:30

Responsável: Tânia

CRL (Autorização)

Data: Hora:

MR:

Código:

Assinatura

ATENÇÃO

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

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

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

LUT. 10/17 COPYRIGHT SIGAU. COMPLEXO REGULATÓRIO DE SAÚDE. REDE ESTADUAL DE SAÚDE.

CHECKLIST ORTOPÉDICO/ADMISSIONAL

NOME: Voldnei Wenz Sante IDADE: 35 SEXO: M
 LEITO: MATRÍCULA: CONVENIO: SUS IPES PLANOS
 HAS: DM: NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA:
 DATA FRATURA: 17/07/18 DATA INTERNAMENTO: 16/07/2018

EXAMES LABORATORIAIS: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	COLHIDOS: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	IMPRESSOS: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
RX: <input type="checkbox"/> PELÍCULAS DE BOA QUALIDADE <input type="checkbox"/>	SEM QUALIDADE <input type="checkbox"/>	
ECG: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	ECO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	PEDIDO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
REALIZADO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	REALIZADO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	
TOMOGRAFIA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	PEDIDA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	REALIZADO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>

CIRURGIA FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

CHECKLIST ORTOPÉDICO DA ENFERMÁRIA

NOME: _____ IDADE: _____ SEXO: M/F
 LEITO: _____ MATRÍCULA: _____ HAS: DM: NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA:
 DATA FRATURA: _____ DATA INTERNAMENTO: _____ CONVENIO: SUS IPES PLANOS

EXAMES LABORATORIAIS: OK ALTERADO

RX: PELÍCULAS DE BOA QUALIDADE SEM QUALIDADE

ECG: SIM NÃO FEITO; NÃO SE APlica

RISCO CIRÚRGICO: SIM NÃO SOLICITADO; SIM NÃO FEITO

TOMOGRAFIA: SIM NÃO FEITO; NÃO SE APlica

VAGA DE UTI: SIM NÃO SOLICITADA; SIM NÃO TEM VAGA

DATA DA CIRURGIA: _____ / _____ / _____ ORTOPEDISTA: _____

CIRURGIA FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

CHECKLIST ORTOPÉDICO DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME: IDADE: SEXO: M/F
 LEITO: _____ MATRÍCULA: _____ HAS: DM: NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA:

DATA FRATURA: / / DATA INTERNAMENTO: / / CONVENIO: SUS IPES PLANOS

EXAMES LABORATORIAIS: SOLICITADO NOVOS EXAMES LABORATORIAIS:

RX: PELÍCULAS SOLICITADO NOVO RX ; ECG: OK ; ECO: OK

TOMOGRAFIA: OK ; NÃO SE APlica ; RISCO CIRÚRGICO: OK ; NÃO SE APlica

PRESCRICAO: OK ; EVOLUÇÃO: OK ; ATO CIRÚRGICO: OK

OPME: OK ; NÃO SE APlica

CIRURGIA: SIM REALIZADA POR DR. NÃO REALIZADA POR QR.

MOTIVO DA SUSPENSÃO: _____

REMARCAÇÃO PARA: / /

F.B.H.C - FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

AV. DESEMBARGADOR MAYNARD, 174 UF:SE CEP:49075-170

CLINICA: ORTOPEDIA

ATT:bruna.gracielly

FICHA DE ATENDIMENTO

CONVENIO: SUS

CODIGO DO CONVENIADO: 705005627078656

DATA DE ATENDIMENTO: 16/07/2018 09:08:29

NRO DE ATENDIMENTO: 1042564

MATRICULA: 20122635

NOME: VALDICLEI NERY SANTOS

DATA NASC.: 28/07/1982

IDADE: 35 SEXO: Feminino

R.G.: 1524193 SSP/SE

CPF: 00462094502

ENDERECO: Povoado ESTIVA 19

BAIRRO: Taiçoca de Fora

LOGRADOURO: 19

TEL:

CEP: 49160000

UF: Sergipe

CIDADE: Nossa Senhora do Socorro

NOME DO PAI: JOSE ELEOVAL NERY

NOME DA MAE: SOMNIA MARIA SANTOS NERY

NOME DO RESPONSAVEL: NELSON NERY/ PAI

ENDERECO:

BAIRRO: CIDADE: UF:

ASS. DO CONVENIADO:

ASS. DO RESPONSAVEL OU ACOMPANHANTE

DIAGNOSTICO:

CID: 5723

CODIGO DO PROCEDIMENTO

DESCRICAO

CODIGO DO EXAME

DESCRICAO

OUTRAS ANOTACOES:

DESTINO DO PACIENTE

DATA: ____ / ____ / ____ HORA: ____ : INTERNADO? SIM () NAO ()

*****SOLICITACAO DE EXAMES*****

- () Hemograma Completo () TGO () TGP () CPK () Ureia () CKMB
 () Hb/Ht () Urina tipo I () Amilase () TP () TTPa
 () Coagulograma () Na e K () Lipase () Hb
 () Creatinina () ECG () Gama GT
 () Glicemia () Magnesio, Calcio, Cloro () RX de

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO: 

C:

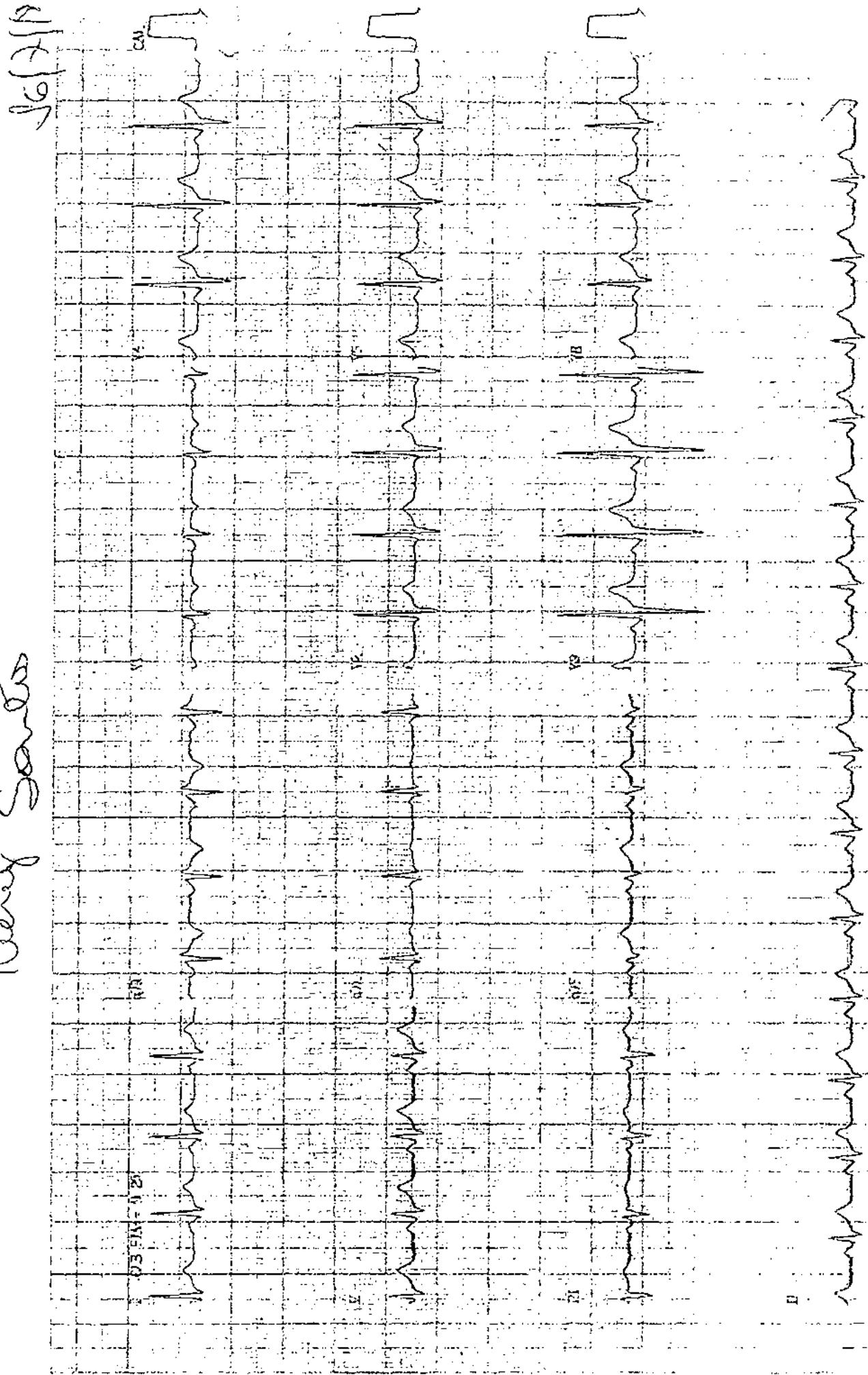
Dr. Leopoldo Simões Barreto
Ortopedia - Traumatologia
CRM/SE 1631

印

outlook

New York

Individuals





HOSPITAL DE CLÍNICAS
"DR. AUGUSTO LEITE"

PRESCRIÇÃO MÉDICA		Data:	Convênio:	Motivada:
Item		Paciente: <i>José L. da Cunha</i>	<i>00000000000000000000000000000000</i>	(idade: 000)
Dia:		Internação: <i>16/07/18</i>	Unidade:	Leito: <i>D2</i>
Distribuição de Horário				
	1º Turno	2º Turno	3º Turno	
Dist.	<i>S.D.</i>	<i>S.D.</i>	<i>S.D.</i>	
Geleia hidrolizada				
Omeprazol 20mg D1 CP VO às 6h;				
Cefalotina 1g EV de 6/6h;	<i>SOS</i>	<i>SOS</i>	<i>SOS</i>	
Dipirona 2,5ml AD EV 6/6h SOS	<i>SOS</i>	<i>SOS</i>	<i>SOS</i>	
Mast. 25ml AD EV 8/8h SOS	<i>SOS</i>	<i>SOS</i>	<i>SOS</i>	
Captopril 25mg VO se PA \geq 150x100mmHg SOS	<i>SOS</i>	<i>SOS</i>	<i>SOS</i>	
Profenid 100mg + 100ml SF EV 12/12h SOS				
Tramal 100mg + 1.000ml AD EV 6/6h SOS	<i>SOS</i>	<i>SOS</i>	<i>SOS</i>	
Clexan 40mg 1xdia SC;				
Glicose capilar de 6/6h; <i>Chap.</i>				
Glicose 25% 04 ámp. IV se glicemias > 100mg/dl				
Insulina Regular, SC, Conforme esquema: 180=0U - 181-250=02U - 251-300=04U 350=05U - 351-400=08U - >401=00U	Até <i>301-</i>			
Sinais vitais e cuidados gerais de 6/6h				
<i>Dr. Leônidas Simões Barreto</i> Ortopedia - Traumatologia CRM/SE 1631				



HOSPITAL DE CLÍNICAS
"DR. AUGUSTO LEITE"

Data: 17/07/18 Convênio: SUS Matrícula: 1042579
Paciente: Raldurlei Nery Santos Idade: 25 anos
Internado em: / / Unidade: / Leito: 12

ITEM	PRESCRIÇÃO MÉDICA	Distribuição de horário			Requisição de Enfermagem	
		1º Turno	2º Turno	3º Turno	Quant.	Discriminação
1	Dieta Branda Livre	07 às 13h	Ass.	13 às 19h	Ass.	19 às 07h
1	SF 0,9% ----- 1000 ml	11			11	
1	Uso: IV, 28 gts/min					
2	SG 5% ----- 1000 ml		11	11	11	
2	Uso: IV, 28 gts/min					
3	Cefalotina 2g ----- amp	12				
3	Uso: IV, 6/6h, diluída					
4	Dipirona 2g ----- amp	12				
4	Uso: IV, em cada soro					
5	Diazepam 10 mg ----- amp					
5	Uso: VO, às 20:00h					
6	Tramal 100 mg ----- amp	4				
6	Uso: IV, 8/8h, diluído p/ 250 ml					
6	SF 30gts/min					
7	Clexane 40mg ----- amp					
7	Uso: SC/dia					
8	Banhidrata ----- amp		18			
8	Uso: IV, 1,2/12 h					
9	Plasil ----- amp + 18 AD					
9	Uso: EV, 8/8 h, SDS					
10	Cetoprofeno 100 mg -- amp	10				
10	Uso: IV, 12/12h, diluído p/ 250 ml, SF 30 gts/min					
11	Rx de controle					
12	Cuidados Gerais					
13	Sonda de alívio, SOS					
		Ana Paula Oliveira Santos Enfermeira COREN-SE 188400			Recebimento da Enfermeira Hora: _____ Funcionário: Entrega na Unidade: Hora: _____ Funcionário:	

Tony Alho Augusto Meneses
Enfermeiro
Coren-SE 188400

FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PREScrição MÉDICA

NOIME: V A C D I C F A I M E R U 1 2 ~ 1 - 3 MATRÍCULA _____ IDADE: _____ SEXO: F () M () LEITO: _____ UNIDADE: 0 2 / 2
DATA: 13 / 02 / 13 DATA INTERNAMENTO: _____ / _____ / _____ DATA DA FRATURA: _____ / _____ / _____ DATA DA CIRURGIA: _____ / _____ / _____ (Dr. _____)

	1º TURNO	2º TURNO	3º TURNO
	07:00 AS 13:00	13:00 AS 19:00	19:00 AS 07:00
1. DIETA	U 2 C 14 N		
2. GELCO HIDROLISADO.			
3. CEFALOTIMA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H.			
4. DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.			
5. PRO-ENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.			
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H			
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINA 5.000UI SC 12/12H.			
8. RANITIDINA 02ML+08ML AD (V 12/12H. OU OMEPRAZOL 20MG VO 6:00HS			
9. BROMOPRIDA 02ML+18ML AD EV 8/8H	SOS		
10. SONDA VESICAL DE ALIVIO	SOS		
11. GLICEMIA CAPILAR DE 6/6H.			
INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA:			
200-250 UUI 251-300 4UUI 301-350 GUI 351-400 8UUI 400 > 10UUI.			
12. GLICOSE 2,5%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70 MG/DL			
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>180mmHg OU PAD>110mmHg	SOS		
14. MUDANÇA DE DECÚRITO 4/4H.			
15. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA.	FISIOT		
16. CGCG ISSVV 6/6H.			
17. CURATIVO DIÁRIO	1/1		
18.			
19.			
20.			
Dr. Gilson Peixoto Ortopedia e Traumatologia CNPJ 0003			
21.			
22.			
23.			

HORARIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	TTECI	PULSO
06				
06:50 12	140x80			
18				
24				

Ana Paula Oliveira Santos
Estagiária
COREN-SE 40400

Cláudia
Assistente de Enfermagem

FUNDAÇÃO DE BENEFICÍCIO HOSPITAL DE CIRURGIA (FEDC)
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PREScrição MÉDICA

ATA- Peña Chipeira-Sancho
Enfermeras - 2000

Dr. Gilson Teixeira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-SE 4033



HOSPITAL DE CLÍNICAS "DR. AUGUSTO LEITE"
EVOLUÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

UNIDADE:

Lermepega

PACIENTE:

Valeclei Mery Santos

MATRÍCULA:

JO42579

IDADE:

35

SÉRVICO:

APTO:

QUARTO:

ENFERM.

LEITO:

D2

CONVÉNIO:

Sus

DATA /
HORA

EVOLUÇÃO

16/07/18 - Robert Gau p/ bala no braço CP em
IHC Moto Orléans - Aflatoxin. Cope

Dr. Joaquim Simões Buratto
Ortopedia - Traumatologia
CRM/SE 1631

17-07-18a

Coxa D Klesia
018

PACIENTE:

Maldicelei Nery Santos

MATRÍCULA:

1041579

IDADE:

SERVIÇO:

35 anos

APTO:

QUARTO:

ENFERM.

LEITO:

CONVENIO:

SUS

DATA E
HORA

EVOLUÇÃO

15/07/18 Paciente portador de fratura diafisária de fêmur direito.
Submetida a redução cirúrgica com fixação - placa e parafuso.

Dr. Gilson Teixeira
Ortopedia Traumatologia
CRM-SE-1172

18/07/18 Ds. Gilson 1a. acc.
c/ u/a

Dr. Gilson Teixeira
Ortopedia Traumatologia
CRM-SE-1172

15/08/18

X/08
Dr. Gilson Teixeira
Ortopedia Traumatologia
CRM-SE-1172

HOSPITAL CIRURGIA ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Cauquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Ótromo		2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional		3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com辅具 <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado	
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alterada <input type="checkbox"/> Vertical <input type="checkbox"/> Coloroso		5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível		6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero		vezes	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorexica		
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input checked="" type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> zero		vezes	Alterações nas fezes:		
			<input type="checkbox"/> Fase	<input type="checkbox"/> Andar	<input type="checkbox"/> Incontinência
			<input type="checkbox"/> Alterações no colorido	<input type="checkbox"/> Alterações no volume	

10-04-15 Ausente: horas Presente: Vôzes Cor Dor Ardores Dificuldade Alterações urinárias

09:15 Pelo mês de sete culposo eufórico inflamado recorrente remitente em nível gênito
do pênis bruto, em cui permanece em seu nível intermitente.

08:00 Tomar medicamento Tamoxifeno 100 mg EV elevará pressão medicina
+ febre alta desaparecerá.

10:00 Tomar medicamento Tamoxifeno 100 mg EV elevará pressão medicina

12:00 Tomar medicamento Tamoxifeno 100 mg EV elevará pressão medicina
não sente. Operação culposa

12:30 Seta drenar ferido 11 cm de extensão

1-NÍGUE: <input type="checkbox"/> Cognitivo <input checked="" type="checkbox"/> Elétrico <input type="checkbox"/> Óptico	2-COMUNICAÇÃO: <input type="checkbox"/> Desconhecido <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Desambula <input type="checkbox"/> Desambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acarreado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> Alterada <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientada <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inexistente	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> zero	vezes	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorexica
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> zero	vezes	Alterações nas fezes:
10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ meses	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

19.00 paciente que teve ressaca, velho sentindo-se de alto hospital
 20.00 vai retornar para casa, seu filho de medicamento no resto
 em permanencia

21.00 paciente saiu do alto hospital para casa da moça.

Folha de Internação
CORFO - Diária

HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06	HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
Temperatura													Glicemia												
Pressão Arterial	190												Escala de Dor												
F. Cardíaca	90																								
F. Respiratória																									

1-Aspiração (1) TOT (2) TOT (3) Orofaringe (4) Nasal	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06	
2-Troca de Fralda																									
3-Higiene (1) Oral (2) Ocular (3) Intima																									
4-Banho (1) Leito (2) Cadeira de banho (3) Banheiro																									
5-Curativo Operatório:																									
6-Curativo de Lesão por Pressão:																									
7-Mudança de Decúbito:																									
8-Elevação de cabecela																									

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME:			
Valdecirle Nery Soárez			
IDADE:	SETO:	REGISTRO:	UNIDADE:
35	D02	1042579	setor buco

DATA: 8.07.14 07:00 h	1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Endovenoso <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
	4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Altera <input checked="" type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
	7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	vezes	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorexica
	9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	vezes	Alterações nas fezes:
	10-DIURESE: Ausente: horas <input type="checkbox"/> Presente: vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardo <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:
07:15 Pef me deite velas e encosta orientado verbalizado responde verbalmente numeros semelhantes em sua mente responde em permissiva, se queira responde			
08:00 Administrado Tramadol 100 mg EV consciente presença médica			
Pef recupera bem as suas feitas, mas responde orientado verbalizado			
10:30 Administrado Profenidol 400 mg EV consciente presença médica			
12:00 Administrado Nurofen 160 mg EV + Ondansetron EV consciente			
12:30 Pef fala bem e responde, apesar de			
14:00 Pef fala bem e responde, apesar de			

DATA: 8.07.14 14:00 h	1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Endovenoso <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
	4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Altera <input type="checkbox"/> Verbal <input checked="" type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
	7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	vezes	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorexica
	9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	vezes	Alterações nas fezes:
	10-DIURESE: Ausente: horas <input type="checkbox"/> Presente: vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardo <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:
14:00 paciente com dor órfana remanescente devo quitar a dolor			
14:00 São 14h estou eu com paciente			
14:30 Administrado Tramadol 100 mg + 100 ml 0,9% soluções expansivas médica			
14:30 Administrado Tramadol 100 mg + 100 ml 0,9% soluções expansivas médica			
18:00 Nada de comer prescrição de canule traseira compreensão			
00:00 Pef com claudicantes dia em gerencia de m			

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Extrófico <input type="checkbox"/> Crônico		2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional		3-LOCODONIO: <input type="checkbox"/> Desembuba <input type="checkbox"/> Desembuba com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado	
4-CONSCIENTIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doente		5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientada <input type="checkbox"/> Desorientada <input type="checkbox"/> Confusa <input type="checkbox"/> Incoerente		6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input checked="" type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Náusea		vezes		8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Aumentada	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input checked="" type="checkbox"/> Zero		vezes		Alterações nas fezes:	
10-SUORESE: Ausente: horas <input type="checkbox"/> Presente: vezes		<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardo <input type="checkbox"/> Dificuldade		Alterações na urina:	

19:30 paciente no leito colo com aderidas com faquinhas, mas de gelo que queicem ate o momento

20:00 administrado clorure contendo picarilo

21:00 fez sua dieta oferecida pelo nutricional

22:00 administrado preferente contendo picarilo

24:00 administrado elafaleno 1g, dipirona 300mg para elefeite no leito colo dorme tranquilo

05:00 Administrado medicina contendo picarilo

06:30 Sigepe de Observação da equipe



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME: Valéria Alves Souza			
IDADE: 35	LEITO: D02	REGISTRO: 1042579	UNIDADE: Maternidade

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Cachorro <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso		2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional		3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado	
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso		5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível		6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
DATA: 17-07-11 ORAS: 06:00 h	7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input checked="" type="checkbox"/> Zero	vezes	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorexica		
	9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input checked="" type="checkbox"/> Zero	vezes	Alergias nas fezes:		
	10-DIURESE: Ausente: horas <input type="checkbox"/> Presente: vezes		<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardo <input type="checkbox"/> Dificuldade Alterações na urina:		
07:15 Pkt no leito cul no consciente respirando regularmente espontâneo espontâneo experiências amnésicas em suas memórias reperceção permitiu o que é o seu nome					
10:00 Pkt em nível de consciência					

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Cachorro <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso		2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional		3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado	
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso		5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível		6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
DATA: 18-07-11 ORAS: 06:00 h	7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input checked="" type="checkbox"/> Zero	vezes	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorexica		
	9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input checked="" type="checkbox"/> Zero	vezes	Alergias nas fezes:		
	10-DIURESE: Ausente: horas <input type="checkbox"/> Presente: vezes		<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardo <input type="checkbox"/> Dificuldade Alterações na urina:		
3600 Sobremaneira do P.E. Um leito de compre + gerenciação medicamentos prescritos. Otimismo, tempo, Comodidade. 09:00 10:00 Hora tópico de teta, ordem de cada hora. Atletismo 18:00 Jantar prescrita. Otimismo, tempo, Comodidade. G Se sente melhor de vez em quando se con					

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Cerebral <input type="checkbox"/> Psicótico <input type="checkbox"/> Obseso		2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional		3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Desambula <input checked="" type="checkbox"/> Desambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado	
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso		5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível		6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input checked="" type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Nada		vezes		7-INVESTIGAÇÃO: <input type="checkbox"/> Aumentado <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Alterado(a)	
8-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero		vezes		Alterações nas fezes:	
9-DIURESE: Ausente: horas <input type="checkbox"/> Presente: VERSOS		<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Dificuldade		Alterações na urina:	
<p>20h - Feto Diagnóstico: hipertensão + fluxo vaginal se de humor prostrada -</p> <p>22h - Aplicado p. s. enema no orinato</p> <p>23h - Enemas fecais 100ml EV + enema profundo A + normal normEV +</p> <p>24h - Enemas fecais 100ml EV + enema profundo B + normal normEV +</p> <p>10h - Enema fecal 100ml EV + enema profundo C + normal normEV +</p> <p>12h - Enema fecal 100ml EV + enema profundo D + normal normEV +</p> <p>05h - Pôr algo no recto e no feto. Só que não saiu. Só que o recto</p> <p>06h - Pôr algo no recto e no feto. Só que não saiu. Só que o recto</p> <p>07h - Pôr algo no recto e no feto. Só que não saiu. Só que o recto</p>					

- 1-Aspiração [1] TOT [2] TQT [3] Orofaringe [4] Nasal**
 - 2-Troca de Fralda**
 - 3-Higiene [1] Oral [2] Ocular [3] Intima**
 - 4-Banho [1] Leito [2] Cadeira de banho [3] Banheiro**
 - 5-Curativo Operatório:**
 - 6-Curativo de Lesão por Pressão:**
 - 7-Nuidade de Decubito:**
 - 8-Elevação de cabecinha**

HOSPITAL CIRURGIA ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Valdiche river banks

IDADE: LOTO: REGISTRO: UNIDADE:
15-2 1042579 OTOPedias

12.30 Paciente admitido neste ato procedente da admissoes em comparência de funcionarios da unidade em ventilar expectorante em ar ambiente. Paciente com ventilar expectorante em ar ambiente. Roga alergias raga hipertensao, nao tem diabetis. Paciente segue aos cuidados da equipe: 53.2245.

12.03 paciente alegou a dito o direito

12.10 Administrador indicador de horario compare prenseis medico: folha A. Ativ. - 11 - 11 -

12.55 paciente segue mantendo quade clinica estavel, segue aos cuidados da equipe 53.2245/1

ASTRONOMIA E IDENTITÀ CULTURALE

1-BIOTIPO: <input checked="" type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Adrofítico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Descompensado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional		3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Desambula <input type="checkbox"/> Desambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acameda <input checked="" type="checkbox"/> Impossibilitada		
	4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Vertical <input type="checkbox"/> Desorientada		5-ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível		6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
13:00 h 15:00 h	7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> External <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> zero		<input checked="" type="checkbox"/> 02 vezes	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorexia	
	9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Solido <input type="checkbox"/> Partoso <input type="checkbox"/> Líquido <input type="checkbox"/> zero		vezes	Alterações nas fezes:	
	10-DIURESE: Ausente: <input type="checkbox"/> horas <input checked="" type="checkbox"/> Presente: <input type="checkbox"/> vezes		<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Dilatada	Alterações na urina:	

13:00 Pet acompanhado de familiar, com uso de AVE hidrolizado
+ rando. D quadro com dores no momento.
15:00 P- acetato D banho e desinfecção nos membros +
18:00 Administrando medicamentos de horário diurno IR 100mg
+ Phenylnid 100mg + copri sir.
18:15 Pet acutu deita.
18:30 Pet segui ab cuidados da enfermagem.

DATA: 10/06 Horas: 07:00 h	1-CONSCIENCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Desambula <input type="checkbox"/> Desambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input checked="" type="checkbox"/> Impossibilitado
	4-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input checked="" type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	vezes	5-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Alimentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorexica
	6-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input checked="" type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	vezes	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	7-DEURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes		7-Dor <input type="checkbox"/> Ardo <input type="checkbox"/> Dificuldade <input type="checkbox"/> Alterações na urina:

19:00 pôrte no jinto estavam ocupados hálito de fumar
 20:00 Nós foi adquirido medicamentos cloroxine, estavam aguardando
 21:00 pôrte no jinto repentinamente seu queixas
 22:00 medicamentos medicamentos de banho e creme
 23:00 pôrte no jinto repentinamente seu queixas
 06:00 Adquiridos medicamentos de banho e creme
 26:30 pôrte no jinto seguir aos cuidados da enfermeira

Assinatura: *J. Maria Fernandes*
Data: 10/06/2013

MORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06	MORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06		
	Temperatura	36				Hemossedimento				Glicemia				Escala de Dor													
Pressão Arterial						150/90																					
Cardíaca						92																					
Respiratória						17																					

Aspiração (1) TOT (2) TQT (3) Orofaringe (4) Nasal	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06		
Frota de Fralda																										
Higiene (1) Oral (2) Ocular (3) Intima																										
Banho (1) Leito (2) Cadeira de banho (3) Banheiro																										
Curativo Operatório:																										
Curativo de Lesão por Pressão:																										
Mudança de Decúbito:																										
Elevação de cabeceira																										



RELATÓRIO ESPECIALIZADO

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

Número do sinistro:

Nome do paciente: VAN SICKLEY Nancy Starnes

Data de nascimento:

28071982

Data do inicio do tratamento / Acidente 14072018

1 - Diagnóstico / Causas básicas:

Morarie VITELLO do Edson Mario Correa, TEU DEUTZENBERG.
Cunhado MONTANER. Gariçaria polo Corpo. Rua São Lázaro número
NO 1007 ACOSSANDO, depois fui transferido para o HOSPITAL DA SANTÍSSIMA
MADONNA ATUALMENTE DR. JOSÉ CRUZ, por Dr. GENE. RODRIGUES
TEU O DIRETOR DO HOSPITAL DA FAMÍLIA SANTO ANGELO. ANTES FUI PARA
IMOBILIÁRIA POLO SENHOR DE OCTÓPOLIS E MARQUES.

2 - Data / Tratamento Realizado:

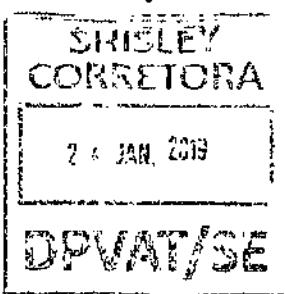
14072018/11/15072018

Protocolo nº 001/2018 - Fase 01 - Anexo de Convite
para formalizar convite a concurso à Fazenda do Sítio
16/09/2018/11/19/07/2018.

Porque todo mundo que pasa por la parte de Roma
Quiere darse un poco de lo que es de Roma. Resaltan
no hacer el error. Cmo en 723.

3 - Data / Exames Complementares / Resultados:

14.07.2018 RX do Gêmeo II frontal de Cão ex fêmea D



Renato Teixeira CRM 1450
Ortopedia - Traumatologia

21042019.

Beata

p. 62

Assinatura e Carimbo

4 - Hospitais / Serviços / Prestou atendimento:

14.07.2018. 1º atendimento no Hospital São
2º Atendimento no Huse.

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

- Perdeu 10% da capacidade de trabalho em 00 mês
- Perdeu 10% da capacidade de trabalho ao todo
- Perdeu 10% da capacidade de trabalho em 00 mês
- Perdeu 10% da capacidade de trabalho + 10%
maior se função + 10% menor para os mês

6 - Alta definitiva do tratamento: 12/2018.

7 - Data do Exame do Paciente 21/01/2019.

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

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

Renato Teixeira CRM 1450
Ortopedia / Traumatologia

21/01/2019

Data

Assinatura e Carimbo

2 Consultório de Ortopedia e Traumatologia Dr. Renato Teixeira.
Rua Itaporanga, 598 - CEP: 49055-330, Aracaju - SE, Telefones: (079) 3211-5368 / 9817-5139 / 8848-2270

SINISTRO 3190009154 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA VALDICLEI NERY SANTOS

COBERTURA Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE
INDENIZAÇÃO** SHISLEY NUNES CORRETORA DE SEGUROS DE
VIDA LTDA

BENEFICIÁRIO VALDICLEI NERY SANTOS

CPF/CNPJ: 00462094502

Posição em 22-02-2019 11:33:28

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.

SINISTRO 3190063511 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA VALDICLEI NERY SANTOS

COBERTURA Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE
INDENIZAÇÃO SHISLEY NUNES CORRETORA DE SEGUROS DE
VIDA LTDA**

BENEFICIÁRIO VALDICLEI NERY SANTOS

CPF/CNPJ: 00462094502

Posição em 22-02-2019 11:34:49

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

201940600411

DATA:

27/03/2019

MOVIMENTO:

Conclusão

DESCRIÇÃO:

{Via Movimentação em Lote nº 201900021}

LOCALIZAÇÃO:

Juiz

PUBLICAÇÃO:

Não



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

201940600411

DATA:

27/03/2019

MOVIMENTO:

Despacho

DESCRIÇÃO:

Cite-se e intime-se a ré para comparecer à aludida audiência, ficando cientes que, em caso de desinteresse na autocomposição, deverão informar a este Juízo em até 10 (dez) dias antes da realização do ato, sendo obrigatória a manifestação de todos os litisconsortes (art. 334, §§ 5º e 6º, CPC). Em havendo a anuênciia quanto à realização da audiência, mas não chegando as partes ao acordo, o prazo para resposta, que será de 15 (quinze) dias, iniciar-se-á no dia seguinte à audiência (art. 335, caput e inciso I, do CPC). Na hipótese de não haver audiência por desinteresse das partes ou por não ser admitida a autocomposição (art. 334, § 4º do CPC), o prazo para resposta terá como termo inicial o dia do protocolo do pedido de cancelamento da audiência de conciliação/mediação ou nos termos do art. 231 do CPC (art. 335 do CPC). Observem as partes que a ausência injustificada à audiência de conciliação/mediação, será considerada ato atentatório à dignidade da justiça cabendo aplicação de multa de até 2% (dois por cento) da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa a ser revertida em favor da União ou do Estado (art. 334, §8º, do CPC). Ficam as partes advertidas de que o comparecimento para a audiência de conciliação acompanhadas de advogados é obrigatório (art. 334, §9º, do CPC) e que poderão constituir representante com poderes para negociar e transigir, desde que por meio de procuraçâo específica (art. 334, §10, do CPC). Intimem-se as partes e patronos, observando a escrivania o disposto no art.334, caput e § 3º, do CPC, que determina a citação da parte requerida com pelo menos 20 dias de antecedênciia da audiência designada, bem como que a intimação da parte autora deverá ser realizada na pessoa de seu advogado.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Sim



**Poder Judiciário do Estado de Sergipe
Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito**

Nº Processo 201940600411 - Número Único: 0015707-71.2019.8.25.0001

Autor: VALDICLEI NERY SANTOS

Réu: SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Movimento: Despacho >> Mero Expediente

Cláusula

Por se presumirem verdadeiras as alegações de hipossuficiência deduzidas por pessoa natural, bem como por não verificar nos autos elementos que evidenciem a falta dos pressupostos legais para a sua concessão, **defiro o pedido de justiça gratuita**, nos termos do artigo 99, § 2º, do Código de Processo Civil.

A petição inicial encontra-se em conformidade com o artigo 319 do CPC, não é caso de improcedência liminar do(s) pedido(s) e o direito que baseia a pretensão não veda a autocomposição e, embora a parte autora indique na peça desinteresse, mesmo assim, nos termos do disposto no art. 334, §4º, I, do CPC, **DETERMINO que a Secretaria providencie data para realização da audiência preliminar de conciliação** diretamente no Sistema de Controle Processual. Ressalto que não se faz mais necessária a remessa dos autos, uma vez que ocorreu migração do Sistema do Centro Judiciário de Soluções de Conflitos e Cidadania (CEJUSC) para o Sistema de Controle Processual (SCP), devendo a Secretaria providenciar a data de realização da audiência diretamente na pauta do CEJUSC.

Cite-se e intime-se a répara comparecer à aludida audiência, ficando cientes que, em caso de desinteresse na autocomposição, deverão informar a este Juízo em até 10 (dez) dias antes da realização do ato, sendo obrigatória a manifestação de todos os litisconsortes (**art. 334, §§ 5º e 6º, CPC**).

Em havendo a anuência quanto à realização da audiência, mas não chegando as partes ao acordo, o prazo para resposta, que será de 15 (quinze) dias, iniciar-se-á no dia seguinte à audiência (**art. 335, caput e inciso I, do CPC**).

Na hipótese de não haver audiência – por desinteresse das partes ou por não ser admitida a autocomposição (**art. 334, § 4º do CPC**), o prazo para resposta terá como termo inicial o dia do protocolo do pedido de cancelamento da audiência de conciliação/mediação ou nos termos do art. 231 do CPC (**art. 335 do CPC**).

Observem as partes que a ausência injustificada à audiência de conciliação/mediação, será considerada ato atentatório à dignidade da justiça cabendo aplicação de multa de até 2% (dois por cento) da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa a ser revertida em favor da União ou do Estado (**art. 334, §8º, do CPC**).

Ficam as partes advertidas de que **o comparecimento para a audiência de conciliação acompanhadas de advogados é obrigatório (art. 334, §9º, do CPC)** e que poderão

constituir representante com poderes para negociar e transigir, desde que por meio de procuração específica (**art. 334, §10, do CPC**).

Intimem-se as partes e patronos, observando a escrivania o disposto no **art.334, caput e § 3º, do CPC**, que determina a citação da parte requerida com pelo menos 20 dias de antecedência da audiência designada, bem como que a intimação da parte autora deverá ser realizada na pessoa de seu advogado.

Aracaju/SE, 27 de março de 2019.

RÔMULO DANTAS BRANDÃO

Juiz de Direito



Documento assinado eletronicamente por **Rômulo Dantas Brandão, Juiz(a) de Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito**, em **27/03/2019, às 12:48:59**, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A conferência da **autenticidade do documento** está disponível no endereço eletrônico www.tjse.jus.br/portal/servicos/judiciais/autenticacao-de-documentos, mediante preenchimento do número de consulta pública **2019000729032-98**.



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

**VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

PROCESSO:

201940600411

DATA:

12/04/2019

MOVIMENTO:

Audiência

DESCRIÇÃO:

Audiência de Conciliação/Mediação - Art 334 do CPC designada para o dia 22/05/2019, às 10h:45min, a ser realizada no(a) Fórum Gumersindo Bessa, na sala de audiências do CEJUSC PROCESSUAL: [PR FGB] Pauta Conciliação PROCESSUAL 01.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Sim



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

**VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

PROCESSO:

201940600411

DATA:

12/04/2019

MOVIMENTO:

Certidão

DESCRIÇÃO:

Certifico que, confeccionei carta de citação de nº 201940601914.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

**VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

PROCESSO:

201940600411

DATA:

12/04/2019

MOVIMENTO:

Expedição de Documento

DESCRIÇÃO:

Mandado de número 201940601914 do tipo (NCPC) - Mandado Citação e Intimação - Procedimento Comum - audiência [TM4145,MD150]

{Destinatário(a): SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT}

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SERGIPE
Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito
Fórum Gumersindo Bessa, Av. Tancredo Neves, S/N
Bairro - Capucho Cidade - Aracaju
Cep - 49080-901 Telefone - 3226-3508

Normal(Justiça Gratuita)



201940601914

PROCESSO: 201940600411 (Eletrônico)

NÚMERO ÚNICO: 0015707-71.2019.8.25.0001

NATUREZA: Procedimento Comum

REQUERENTE: VALDICLEI NERY SANTOS

REQUERIDO: SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

CARTA DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

Através da presente, fica Vossa Senhoria **CITADO(A)** para a audiência de Conciliação ou de Mediação na forma do Art. 334, para a finalidade abaixo transcrita.

Finalidade: Comparecer a este Juízo para audiência de Conciliação ou de Mediação, de acordo com Arts. 334 e 344 do CPC. Não havendo autocomposição, o prazo para a contestação, 15 (quinze) dias, será contado na forma do Art. 335 do CPC. Fica advertido(a) que deverá comparecer a referida audiência acompanhado(a) de advogado(a) ou defensor(a) público(a).

Despacho: Cite-se e intime-se a ré para comparecer à aludida audiência, ficando cientes que, em caso de desinteresse na autocomposição, deverão informar a este Juízo em até 10 (dez) dias antes da realização do ato, sendo obrigatória a manifestação de todos os litisconsortes (art. 334, §§ 5º e 6º, CPC). Em havendo a anuência quanto à realização da audiência, mas não chegando as partes ao acordo, o prazo para resposta, que será de 15 (quinze) dias, iniciar-se-á no dia seguinte à audiência (art. 335, caput e inciso I, do CPC). Na hipótese de não haver audiência por desinteresse das partes ou por não ser admitida a autocomposição (art. 334, § 4º do CPC), o prazo para resposta terá como termo inicial o dia do protocolo do pedido de cancelamento da audiência de conciliação/mediação ou nos termos do art. 231 do CPC (art. 335 do CPC). Observem as partes que a ausência injustificada à audiência de conciliação/mediação, será considerada atentatório à dignidade da justiça cabendo aplicação de multa de até 2% (dois por cento) da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa a ser revertida em favor da União ou do Estado (art. 334, §8º, do CPC). Ficam as partes advertidas de que o comparecimento para a audiência de conciliação acompanhadas de advogados é obrigatório (art. 334, §9º, do CPC) e que poderão constituir representante com poderes para negociar e transigir, desde que por meio de procuração específica (art. 334, §10, do CPC). Intimem-se as partes e patronos, observando a escrivania o disposto no art.334, caput e § 3º, do CPC, que determina a citação da parte requerida com pelo menos 20 dias de antecedência da audiência designada, bem como que a intimação da parte autora deverá ser realizada na pessoa de seu advogado.

Data e horário da audiência: 22/05/2019 às 10:45:00, **Local:** Audiência de Conciliação/Mediação - Art 334 do CPC designada para o dia 22/05/2019, às 10h:45min, a ser realizada no(a) Fórum Gumersindo Bessa, na sala de audiências do CEJUSC PROCESSUAL: [PR FGB] Pauta Conciliação PROCESSUAL 01.

Advertência: O não comparecimento injustificado do autor ou do réu à audiência de conciliação é considerado ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revertida em favor da União ou do Estado.

Qualificação da parte ré:

Nome: SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Residência: Rua Senador Dantas, 5º 6º 9º 14º E 15º ANDARES, 74

Bairro: Centro

CEP: 20031205

Cidade: Rio de Janeiro - RJ - RJ

Ilmº (a) Sr(a)

Nome: SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Residência: Rua Senador Dantas, 5º 6º 9º 14º E 15º ANDARES, 74

Bairro: Centro

CEP: 20031205

Cidade: Rio de Janeiro - RJ - RJ

[TM4145, MD150]



Documento assinado eletronicamente por **Joana Darc Bruno Correia, Escrivão/Chefe de Secretaria/Secretário/Subsecretário de Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito**, em **12/04/2019, às 12:25:41**, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A conferência da **autenticidade do documento** está disponível no endereço eletrônico www.tjse.jus.br/portal/servicos/judiciais/autenticacao-de-documentos, mediante preenchimento do número de consulta pública **2019000898144-70**.