



**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	Distribuição: 26/03/2019
Número Único: 0015707-71.2019.8.25.0001	Competência: Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

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 Apensados:

--

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 7ª e 8ª 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 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 transcrito.

“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 esta 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	100
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 esfinteriano; (d)	
comprometimento de função vital ou autonômica	
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 Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	70
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo Polegar Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	25
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da Mão Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10
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 Nº 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 suficientes 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, inclusive, 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 - AUSÊNCIA 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 trânsito 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 Líder,
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 20 19

Valdiclei Nery Santos
VALDICLEI NERY SANTOS

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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1746820543

PROIBIDO PLASTIFICAR
1746820543

NOME
VALDICLEI NERY SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA / F
1524193 SSP SE

CPF
004.620.945-02

DATA NASCIMENTO
28/07/1982

FILIAÇÃO
JOSE ELEOVAL NERY
SONIA MARIA SANTOS
NERY

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
03716408310

VALIDADE
30/07/2022

1ª HABILITAÇÃO
27/10/2005

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

Assinatura do Portador
Valdiclei Nery Santos

LOCAL
ARACAJU, SE

DATA DE EMISSÃO
24/09/2018

Assinatura do Emissor
Luciana Cândida Dêda Chagas de Melo
DIRETORA PRESIDENTE

03372592486
SE021387834

SERGIPE

DENATRAM - CONTINUA



Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade; também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

ESTA CARTEIRA CONTÉM 50 PÁGINAS NUMERADAS

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CAIXA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

127-71744-76-9

1634739

001-0 SE

Heldiesi Mary Santos

ASSINATURA DO TITULAR

COLLEGE ENROLLMENT



02

[illegible]

03

RELACAO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME	
DOCUMENTO	
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	
MOTIVO	

NOME _____

DOCUMENTO _____

SIGNATURA E CARIMBO DO COMISSÁRIO _____

MOTIVO _____

NOME _____

DOCUMENTO _____

ASINATI 108 E SCARDINO 720 CALABRANO

MOTIVO _____

LEGENDA

A - CASAMENTO	C - DIVÓRCIO	E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE	G - DATA DE NASCIMENTO
B - SEP. JUDICIAL	D - ADOÇÃO	F - MUDANÇA VOLTANTE	

08	CONTRATO DE TRABALHO
EMPREGADOR	ATACADÃO S.A.
COCODPECE	15.11.2008
ENDEREÇO	AV. CHORRILHO, 555 - JARDIM LUIZ
MUNICÍPIO	Curitiba - PR
ESP. DO ESTABELECIMENTO	Operador de Loja
CARGO	Operador de Loja
DATA DE ADMISSÃO	14 de julho de 2008
REGISTRO Nº	330001-1
REMUNERAÇÃO ESPECÍFICA	R\$ 5.200,00 (cinco mil e duzentos reais)
ATACADÃO S.A.	
DATA DE SAÍDA	03 de outubro de 2008
ATACADÃO S.A.	
COM. DISPENSA CD Nº	
FCTS Nº DA CONTA	

09	CONTRATO DE TRABALHO
EMPREGADOR	ATACADÃO S.A.
COCODPECE	15.11.2008
ENDEREÇO	AV. CHORRILHO, 555 - JARDIM LUIZ
MUNICÍPIO	Curitiba - PR
ESP. DO ESTABELECIMENTO	Operador de Loja
CARGO	Operador de Loja
DATA DE ADMISSÃO	14 de julho de 2008
REGISTRO Nº	330001-1
REMUNERAÇÃO ESPECÍFICA	R\$ 5.200,00 (cinco mil e duzentos reais)
ATACADÃO S.A.	
DATA DE SAÍDA	03 de outubro de 2008
ATACADÃO S.A.	
COM. DISPENSA CD Nº	
FCTS Nº DA CONTA	

10	CONTRATO DE TRABALHO
EMPREGADOR	
COCODPECE	
ENDEREÇO	
MUNICÍPIO	
ESP. DO ESTABELECIMENTO	
CARGO	
DATA DE ADMISSÃO	
REGISTRO Nº	
REMUNERAÇÃO ESPECÍFICA	
ATACADÃO S.A.	
DATA DE SAÍDA	
ATACADÃO S.A.	
COM. DISPENSA CD Nº	
FCTS Nº DA CONTA	

11	CONTRATO DE TRABALHO
EMPREGADOR	
COCODPECE	
ENDEREÇO	
MUNICÍPIO	
ESP. DO ESTABELECIMENTO	
CARGO	
DATA DE ADMISSÃO	
REGISTRO Nº	
REMUNERAÇÃO ESPECÍFICA	
ATACADÃO S.A.	
DATA DE SAÍDA	
ATACADÃO S.A.	
COM. DISPENSA CD Nº	
FCTS Nº DA CONTA	

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



ENERGISA SERGIPE-DISTRIB. ENERGIA SA
Rua Min Apolonio Sales, 81 - Inacio Barbosa
Aracaju / SE - CEP 49040-150
CNPJ 13.017.462/0001-63 Insc.Est. 270.767.436

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

04/02/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 100,60

MATRÍCULA

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)
Logradouro: Avenida Paulo Figueiredo Barreto

Bairro: Lamarão

CEP: 49.088-000

Ponto de Referência: LOGO APÓS A PONTE DO JOÃO ALVES
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(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 Naturalidade: SE - Aracaju Sexo: Masculino Nas: 28/07/1982
Profissão: Operador de Caixa Escolaridade: Ensino Superior Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a) Nome do Pai: José Eleoval Nery
Nome da Mãe: Sonia Maria Santos Nery

Documentos(s)

RG - Carteira de Identidade: 1.524.193
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 004.820.945-02

Endereço

Município: Nossa Senhora do Socorro - SE
Logradouro: RUA A13
Complemento: CONJUNTO MARCOS FREIRE II
Bairro: MARCOS FREIRE II
Telefone: (79) 99126-4558 (Celular)

Nº: 01

CEP: 49.160-000

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Aracaju - SE

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motonele
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 8º OFÍCIO
TABELA DE DANIELA FERREIRA

AUTENTICAÇÃO

Confere com o original apresentado dou fé.
Selo TJSE: 201829527264817
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, 1332 - SÃO JOSÉ - ARACAJU - SE - CEP: 49.010-390 - TEL: 79 3214.3397

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 010151/2018

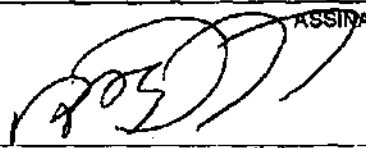
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Valdinei Nery Santos	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Relata a vítima/comunicante que conduzia a motocicleta acima mencionada, chassi 9C2KC2210HR029420, 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 guidom da motocicleta vindo 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 Serpilha - HUSE, depois foi transferido para o Hospital de Cirurgia, onde fez a cirurgia; Que a motocicleta ficou bastante danificada e que os reais danos serão conferidos em arcabontos;

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

ASSINATURAS


Roberval Rodrigues Bernardino
Responsável pelo Atendimento



Valdinei Nery Santos
(Comunicante / Vítima)

"Omitir para os devidos fins de direito qualquer (s) dado (s) responsável (s) pela informação, assim assinada e o dolo que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que foi feita, conforme previsto no Art. 229 do Código de Processo Penal e no Art. 312 do Código Penal e no Código de Processo Penal Brasileiro"

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO
TABELIÃO DANIEL PEREIRA

AUTENTICAÇÃO

Confere com o original apresentado dou fé.
Selo TJSE: 201828527264617
Acesse: <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 LACARTO, 1332 - SÃO JOSÉ - ARACAJU - SE - CEP 49.010-390 - TEL.: 79 3214.1397



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 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

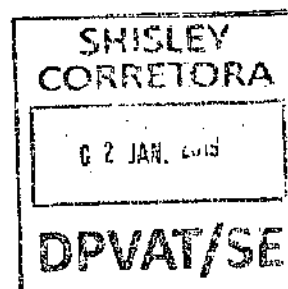


Tiemi S. M. Oki Fontes
Coordenadora Médica
SAMU 192 - Sergipe
CRM 4553

Tiemi Sayuri Menezes Oki Fontes

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE



NOME DO PACIENTE: Valdeci Nery Santos
DATA DA ENTRADA: 14/07/2018
DATA DA SAÍDA: 15/07/2018

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, deu entrada no HUSF trazido pelo SAMU sob protocolo. Seu estado clínico, supracitado, hemodinamicamente estável, sendo diagnosticada fratura da 7ª e 8ª costelas anteriores e da terça média do fêmur direito.

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

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

SHISLEY
CORRETORA



DPVAT/SE

EXAMES COMPLEMENTARES:

Radiografias
Tomografia do crânio e da coluna cervical
Exames laboratoriais

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Flaviano Machado Vasconcelos - CRM 5074
Dr. Adail Bezerra Barbosa - CRM 751
Dr. Washington Batista - CRM 4290
Dr. Katarine Caetano - CRM 4736

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO ☐ TRANSFERIDO ☒ ÓBITO ☐

ARACAJU, 4 de dezembro de 2018

Selma T. de C.S. Montalvão
Médica
CRM 1632

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
TABELA DE DANIEL PERETE



AUTENTICAÇÃO

Confere com o original apresentado dou fé.

Selo TJSE: 201829527264618

Acesso: <http://www.tjse.jus.br/x/8HYB2D>

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

Soraya Teles Campos - Escrevente Autorizada

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



SHISLEY
CORRETORA

24 JAN 2019

DPVAT/SE

IS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BF: 1754336

DATA: 14/07/2018

HORA: 12:29

USUARIO: TCSSANTOS

CNS:

SETOR: 06-SUTUR

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : VALDICLEY NERY SANTOS DOC...: 1524193
 IDADE...: 35 ANOS NASC: 28/07/1982 SEXO...: MASCULINO
 ENDEREÇO...: AV FERREIRA COND ALAMEDA JARDINS B 16 NUMERO: 305
 COMPLEMENTO...: SUS FORA BAIRRO: INACIO BARBOSA
 MUNICIPIO...: ARACAJU UF: SE CEP...: 49000-000
 NOME PAI/MAE...: JOSE ELEOVAL NERY /SONIA MARIA SANTOS NERY
 RESPONSÁVEL...: AMIGO LAECIO SANTOS TEL...: 79/9137115
 PROCEDENCIA...: ARACAJU - CAPITAL 9
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
 CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE...: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

Paciente vítima de colisão moto + carro, em que era possível
 ver, condutor do moto. Apresenta pulso de 120 bpm e 120 bpm de
 frequência cardíaca. Apresenta protocolo de imobilização. (A) Risco
 de lesões por pressão, em uso de colar cervical, referir com calças. (B) Torso
 com movimentos limitados, superiores, referir de um fraco lateral.

(C) FC = 120 bpm, em comparação com o valor normal (60-100 bpm).
 (D) Glicemia = 150 mg/dL. (E) Glicemia = 150 mg/dL. (F) Glicemia = 150 mg/dL.
 (G) Glicemia = 150 mg/dL. (H) Glicemia = 150 mg/dL. (I) Glicemia = 150 mg/dL.
 (J) Glicemia = 150 mg/dL. (K) Glicemia = 150 mg/dL. (L) Glicemia = 150 mg/dL.
 (M) Glicemia = 150 mg/dL. (N) Glicemia = 150 mg/dL. (O) Glicemia = 150 mg/dL.
 (P) Glicemia = 150 mg/dL. (Q) Glicemia = 150 mg/dL. (R) Glicemia = 150 mg/dL.
 (S) Glicemia = 150 mg/dL. (T) Glicemia = 150 mg/dL. (U) Glicemia = 150 mg/dL.
 (V) Glicemia = 150 mg/dL. (W) Glicemia = 150 mg/dL. (X) Glicemia = 150 mg/dL.
 (Y) Glicemia = 150 mg/dL. (Z) Glicemia = 150 mg/dL.

(1) SRI 500 e IV 14
 (2) Dexamet + 2 e AD 500 e IV 14
 (3) Solicito radiografia de tórax, pescoço, abdômen e pelve.
 (4) Solicito USG FAST.
 (5) Imobilização com NCR.

DATA DA SAÍDA:

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

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): VERDE

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATÉ 48HS [] APÓS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL.

Assinatura do paciente/responsável
 ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

Dr. Adail Bezerra
 Cirurgião Geral
 CRP 5074
 E CARIMBO DO MEDICO

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 MEDIO)**

EVOLUÇÃO MÉDICA: _____

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta VO LIVRE	
2	SFO, 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 SFO, 9%, 12h/12h	
7	Tramal 100mg + 250 ml SFO, 9, IV, 8h/8h SOS	
8	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia	
9	Bromoprida, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos	
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 DIÁRIO 1X/DIA	
19		
20		
21		
22		
23		

Dr. Washington Batista
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 4298

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Valdeci Nery Santos Procedência: END BUC Matrícula: 1042579
Idade: 55 Sexo: M () F Data de admissão: 19/04/18 Leito: D-02

TRANS-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: _____ / Etílica: () SIM () NÃO () TEMPO: _____
- Passado cirúrgico: () SIM () NÃO () QUAL (IS): _____
- Doenças atuais: () HAS () ICC () IAM () AVC () DM () NEO () DPOC () IRC () ITU () NÃO.
- Faz uso de medicamento: () SIM () NÃO () QUAL (IS): _____

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Estado clínico do paciente)

HORÁRIO: _____ h.

ASSINATURA: _____

INTRA-OPERATÓRIO (Admissão na Sala Operatória - SO)

EQUIPE CIRÚRGICA

- Cirurgião: Roberto Lima
- Instrumentador: André K. K. K.
- Anestesiologista: Monelle
- Circulante: Reflex 583128

SERVIÇO DE APOIO

- Hemotransfusão com SO () SIM () NÃO
- () 1ª Infusão: Volume: _____ Horas: _____
- () 2ª Infusão: Volume: _____ Horas: _____
- () 3ª Infusão: Volume: _____ Horas: _____
- Anatomopatológico: () SIM () NÃO
- () Peça cirúrgica: _____

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

- Proposto: Red. cirúrgica Realizado: el. de apoio
- Horário - Início: 14:10 h e Término: 15:50 h.
- Monitoração: EEG () Oximetria () PANI () Pressão Invasiva:
- Técnicas Anestésicas: _____
- () Geral venosa () Geral Intravenosa
- () Geral combinada () Peridural com cateter Peridural sem cateter
- () Raqui-anestesia () Bloqueio () Sedação () Local
- Posição Cirúrgica: _____
- () Dorsal () Ventral () Ginecológica () Lateral D () Lateral E
- () Outras _____
- Local da placa dispersiva: _____
- Incisão Cirúrgica - local: N.D.
- Curativo - Tipo e local: ocluso

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Ocorrências e Intercorrências)

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

Paciente admitido na SO para submeter-se a ato cirúrgico acordado, verbalizando, apêndice supletivo, em uso, sorotrope, com exames + RX. Realizado oxetise 50 + at. cirúrgico. SSVU: P.A - 139 x 89 mmHg; SPO - 99%; FC - 73 bpm. Encaminhado para SRPA, após ato cirúrgico sob efeito oxetise, em uso de sorotrope, com exames RX, SPO - 99%; P.A - 121 x 76 mmHg; FC - 73 bpm.

ASSINATURA: _____

Reflex 583128

POS-OPERATORIO IMEDIATO (Admissão na Sala de Recuperação Pós-Anestésica - SRPA)

DISPOSITIVOS EM USO

CATETER O2: ____ L/MIN () MASCARA O2 - FIO2: ____ % () VMI/TOT - Modo: ____ e FIO2: ____ % () MARCAPAS
 CATETER VENOSO PERIFÉRICO ____ () CATETER VENOSO CENTRAL () CATETER PERITONEAL () SONDA VESICAL () SONDA GÁSTRICA/ENTERAL () OSTOMIA
 FRALDA () DRENO SUÇÃO: ____ () DRENO PENROSE: ____ () DRENO TORÁCICO: ____ () DRENO TORÁCICO

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

0	FR: ____ rpm	SpO2: ____ %	FC: ____ bpm	PANI: ____ / ____ mmHg	Temp.: ____ °C	DOR: ____
30	FR: ____ rpm	SpO2: ____ %	FC: ____ bpm	PANI: ____ / ____ mmHg	Temp.: ____ °C	DOR: ____
60	FR: ____ rpm	SpO2: 93 %	FC: 83 bpm	PANI: 131 / 80 mmHg	Temp.: ____ °C	DOR: ____
90	FR: ____ rpm	SpO2: ____ %	FC: ____ bpm	PANI: ____ / ____ mmHg	Temp.: ____ °C	DOR: ____
120	FR: ____ rpm	SpO2: ____ %	FC: ____ bpm	PANI: ____ / ____ mmHg	Temp.: ____ °C	DOR: ____
150	FR: ____ rpm	SpO2: ____ %	FC: ____ bpm	PANI: ____ / ____ mmHg	Temp.: ____ °C	DOR: ____

HORARIO: 15:00 h. Paciente recebida na SRPA proveniente de SO sob
 ventilação consciente, comunicação, voluntária, orientada, repressa, afeto
 em uso ventrícular em MSE monitorizado.

ASSINATURA:

Assina 40671

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

HORARIO: 16:00 h. Paciente encaminhada para sala
 em uso de Sordelap em eq de fene
 para ser gerido

DESTINO/UNIDADE:

ASSINATURA:

MENSURAÇÃO DO ÍNDICE DE ALDRETE (KROLKE IAK)

IAK - paciente adulto (valor mínimo para Alta - 08 pontos)		Valor	0	30	60	90
Atividade Motora	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		
	Apnéia	0			2	
Circulação	PA 20% do nível pré anestésico	02	2			
	PA 20 - 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	

LEGENDA:

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 1042329	
UNIDADE SOLICITANTE FUNDAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL DE CIRURGIA						CÓDIGO DA UNIDADE 0002283		CGC 13.016.332.0001-06
NOME DO PACIENTE Valdicki Nery								DATA DO NASCIMENTO 18/07/82
NOME DA MÃE Sônia Maria Nery								SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino
ENDEREÇO COMPLETO Pavão 2º Trv								CIDADE/UF Curitiba/PR
DATA DE INTERNAÇÃO 16/07/18		HORA DE INTERNAÇÃO 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 <input checked="" type="checkbox"/> 10 - USO DE ÓRTESE/PRÓTESE <input type="checkbox"/> 13 - UTI III <input type="checkbox"/> 11 - CIRURGIA MÚLTIPLA <input type="checkbox"/> 14 - OUTROS		PROCEDIMENTO 1		QTDE	PROCEDIMENTO 2		QTDE	
		PROCEDIMENTO 3		QTDE	PROCEDIMENTO 4		QTDE	
<input type="checkbox"/> 15 - DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> 16 - DIÁRIA DE UTI I QTDE		CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		<input type="checkbox"/> 18 - MUDANÇA DE AIH 1 PARA AIH 5 <input type="checkbox"/> 19 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5 <input type="checkbox"/> 20 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5 - PÓS TRANSPLANTE				
<input type="checkbox"/> 17 - MUDANÇA DE PROCEDIMENTO				CÓDIGO DO PROCEDIMENTO				
<input type="checkbox"/> 21 - NOVA AIH <input type="checkbox"/> 23 - CUIDADOS PROLONGADOS <input type="checkbox"/> 25 - REABILITAÇÃO <input type="checkbox"/> 22 - PSIQUIATRIA <input type="checkbox"/> 24 - ACOMPANHANTE PÓS-TRANSPLANTE				CÓDIGO DO PROCEDIMENTO				
MÉDICO SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO) Citopista Traumatologia			DIRETOR CLÍNICO DA UNIDADE (ASSINATURA E CARIMBO)			DATA DA SOLICITAÇÃO		
JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO								
DADOS DA HISTÓRIA CLÍNICA E DO EXAME FÍSICO 01 Placa A/C longa 4,5mm 08 Parafusos corticais 4,5mm								
EXAMES COMPLEMENTARES								
TRATAMENTO								
PROCEDIMENTO AUTORIZADO								
DESCRIÇÃO DO NOVO PROCEDIMENTO								
AUTORIZADO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		MOTIVO DA REJEIÇÃO						
MÉDICO SUPERVISOR (ASSINATURA / CARIMBO)			MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA / CARIMBO) Dr. Camilla Soares Tavares Autógrafa Médica CRM - 4065			MÉDICO COORDENADOR DA AUDITORIA (ASSINATURA / CARIMBO)		



p. 29



PACIENTE:

Valete de Mer Santos

Nº DAH:

PRONTUÁRIO Nº

8042578

DATA DA CIRURGIA:

17.07.18

CONVÊNIO:

SUS

CIRURGIÃO:

Dr. Roberto Rêgo

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS UTILIZADOS

Nº 017241

	MATERIAL	REF.	QUANT.	MATERIAL	REF.	QUANT.
Peq. Fragmentos	Arruela p/ Parafuso 3,5			Haste Bloqueada <input type="checkbox"/> Femur <input type="checkbox"/> Tibia <input type="checkbox"/> Umero		
	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 <input type="checkbox"/> Ten		
	Placa em Trevo 3,5			Fixador ()		
Grandes Fragmentos	Placa de Reconstrução 3,5			Fixador Linear (Antebraço)		
	Arruela p/ Parafuso <input type="checkbox"/> 4,5 <input type="checkbox"/> 6,5			Fixador Linear (Umero)		
	Placa A/C Estreita 4,5			Fixador Linear (Mão e Pé)		
	Placa A/C Larga 4,5		107 01	Fixador Linear (Femur/Tibia)		
	Placa Ponte Larga 4,5			Fixador Linear (Fêmur)		
	Placa Semitubular 4,5			Fixador Linear (Tibia)		
	Placa Reta Maleável 4,5			Fixador Linear TP Preston (Tibia)		
	Placa Supra Condilar 4,5			Fixador Linear TP Preston (Umero)		
	Placa em L/T 4,5 <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda			Fixador Linear TP Preston (Fêmur)		
	Placa Tipo Puddu <input type="checkbox"/> Fêmur <input type="checkbox"/> Tibia			Fixador Articulado (TP Colles)		
Fra. Ceto	Placa Tubo Richards <input type="checkbox"/> 95° <input type="checkbox"/> 135°			Fixador Ilizarov		
	Parafuso Deslizante			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 Radiofrequência (Ablator)		
	Acetábulo Nr Cimentado			Parafuso Transverso		
	Acetábulo Cimentado			Parafuso de Interferência		
	Inserção do Acetábulo			Agrafe		
	Cabeça Intercambiável			Âncora Femoral (Endoboton)		
	Haste			Âncora		
	Centralizador			Cânula		
	Restritor de Cimento			Fio de Kirschner		
Joelho	Componente Femoral			Fio de Steinmann		
	Inserito 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 ____MM	Nº							PARAFUSO TITANIO CORTICAL ____MM	Nº							
	QTD								QTD							
PARAFUSO CORTICAL 3,5MM	Nº							PARAFUSO TITANIO CORTICAL ____MM	Nº							
	QTD								QTD							
PARAFUSO ESPONJOSO 4,0MM	Nº							PARAFUSO TITANIO BLOQUEADO ____MM	Nº							
	QTD								QTD							
PARAFUSO CORTICAL 4,5MM	Nº	36	38	42				PARAFUSO TITANIO BLOQUEADO ____MM	Nº							
	QTD	02	05	01					QTD							
PARAFUSO MALEOLAR 4,5MM	Nº							PARAFUSO <input type="checkbox"/> AÇO <input type="checkbox"/> TIT CANULADO 3,5	Nº							
	QTD								QTD							
PARAFUSO ESPONJ. R/16 CURTA	Nº							PARAFUSO <input type="checkbox"/> AÇO <input type="checkbox"/> TIT CANULADO 4,5	Nº							
	QTD								QTD							
PARAFUSO ESPONJ. R/32 LONGA	Nº							PARAFUSO <input type="checkbox"/> AÇO <input type="checkbox"/> TIT CANULADO R/16	Nº							
	QTD								QTD							
PARAFUSO TIPO HERBERT	Nº							PARAFUSO <input type="checkbox"/> AÇO <input type="checkbox"/> TIT CANULADO R/32	Nº							
	QTD								QTD							



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL CIRURGIA

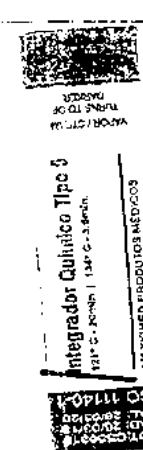
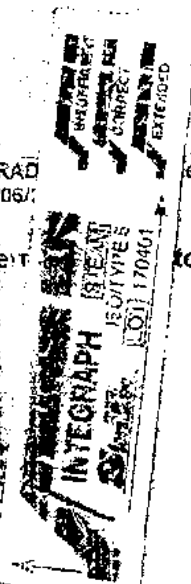
RASTREABILIDADE DE INTEGRADORES QUÍMICOS

NOME: Valdeci Nery Sertor
NÚMERO DE INTERNAMENTO: 1042579
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: Red. química e fixação MTD
CIRURGIÃO: Roberto Lima
ENFERMEIRO: Somália
CIRCULANTE DE SALA: Milene
ANESTESIOLOGISTA: Renata
INSTRUMENTADOR: André; Kleber
DATA: 17/07/18
SALA CIRÚRGICA: 09

GRAMPEAR INTEGRADORES QUÍMICOS NOS ESPAÇOS ABAIXO
LOTES _____ LOTES _____

elros João e Josivalda

to ao prontuário





FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
FICHA DE CONSUMO SALA CIRURGICA

PACIENTE: Volodelli Mary Santos MATRÍCULA: 1042579 CONVÊNIO: SUS
CIRURGIA REALIZADA: lit. cirurgica el DATA: 17/07/18 CIRURGIÃO: Roberto Lima
1º AUXILIAR: lissette MED 2º AUXILIAR: _____
ANESTESIA: 100g/ml ANESTESIOLOGISTA: Marcelle
CIRGULANTE: 12/07/18 583128

MEDICAMENTOS	QNT	
ÁCIDO TRANEXÂMICO (TRANSAMIN) 150MG\3ML		NORADRENALINA 8MG\4ML
ÁGUA DESTILADA 10ML		ÓXIDO DE ZINCO + VIT. A e D (HIPOGLOS) 30G
AMINOFILINA 24MG\10ML		OMEPRAZOL 40MG\10ML
ATHACURIO 25MG\5ML		ONDASTERONA 8MG\4ML
ATROPINA 0.25MG\ML		PANCURONEO 4MG\2ML
BICARBONATO DE SÓDIO 8.4% 10ML		PENTOXIFILINA 100MG\5ML
BUPIVACAÍNA (NEOCAÍNA) C/CASO 1200 .00 20ML		PENINSULINA G POTÁSSICA 5000.000UI
BUPIVACAÍNA (NEOCAÍNA) S/VASO 0.5% 20ML		PROMETAZINA (FENERGAN) 50MG\2ML
BUPIVACAÍNA (NEOCAÍNA) PESADA 0.5% 20ML	1	RANITIDINA (ANTAK) 50MG\2ML
CAPTOPRIL 25MG COMP.		SUBGALATO DE BISMUTO 30G
CEFALOTINA (KEFLIN) 1G SOL INJETÁVEL		SUXAMETONEO 100MG\FRASCO
CLORPROMAZINA 25MG\5ML		SUXAMETONEO 500MG\FRASCO
CEFAZOLINA 1G SOL INJETÁVEL		TERBUTALINA (BRICANIL) 0.5MG\1ML
CEFTRIAXONA 1G SOL INJETÁVEL		VANCOMICINA 50MG\ML
CETOPROFENO (PROFENID) 100MG PÓ LIOFILO		
CIPROFLOXACINO 200MG\100ML		EQUIPAMENTOS
CISATRACURIO (NIMBILIM) 10MG\5ML		APARELHO DE AMESTESIA
CLINDANICINA (DALACIM) 600MH\4ML		BISTURI ELÉTRICO / BIPOLAR
CLONIDINA SOL INJETÁVEL		CAPNÓGRAFO
CLORETO DE POTÁSSIO 19.1%		DESFIBILADOR
CLORETO DE SÓDIO 20% 10ML		ENDOSCÓPIO
CRIAGENASE 30G BISMAGA		ESTRIBO
DESIANOSIDED 0.4MG\2ML		FONTE DE ENERGIA/FIBRA ÓTICA
DEXAMETAZONA 4MG\2.5ML		FOTÓFORO
DICLOFENACO 75MG\ML		LARINGOSCÓPIO
DIPIRONA 500MG\2ML		MICROSCÓPIO CIRÚRGICO
DOBUTAMINA 250MG\20ML		MONITOR CARDIACO
ENOXAPARINA 40MG\0.4ML		ÓXÍMETRO
EPINEFRINA (ADRENALINA) 1MG\ML		RAIO X
ETILEFRINA (EFORTIL) 10MG\ML		RESPIRADOR VOLUMÉTRICO
HIOSCINA (RUSCOPAM) ESCOPOLAMINA 20MG\ML		
INSULINA - NPH 10ML () REGULAR ()		GASOTERAPIA
IMIPINEM + CILASTINA (TIENAM) 500MG\120ML		AR COMPRIMIDO
NOXITALAMATO DE MEGLUMINA (TELEBRUX)		GÁS CARBÔNICO
LIDOCAÍNA (S/VASO) 1% () 2% ()		OXIGÊNIO
LIDOCAÍNA 10% SPRAY 50ML		PROTÓXIDO DE AZOTO
LIDOCAÍNA GELEIA (BISMAGA) 30G		VÁCUO
LIDOCAÍNA + EPINEFRINA (C/VASO) 20ML - 1% () 2% ()		SOLUÇÕES PARENTERAIS DE GRANDE VOLUME
METOPROLOL 25MG COMP.		ÁGUA DESTILADA 1000ML
METOPROLOL 50MG COMP.		SOLUÇÃO SORBITOL + MANITOL 1000ML
METROKIDAZOL 500MG\100ML		SORO RINGER + LACTATO 500ML
METOCLOPRAMIDA (PLASIL) 10MG\2ML		SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML
NEOSTIGMINA 0.5MG\ML		SORO GLICOSADO 5% 500ML
ALGODÃO C/AG. Nº 0 () 1 () 2 () 3 () 4 ()		SORO GLUCOFISIOLÓGICO 5% 500ML
ALGODÃO S/AG. Nº 0 () 1 () 2 () 3 () 4 ()		FIOS CIRÚRGICOS
CATGUT CROM. C/AG. Nº 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()		AÇO MONOFILAMENTO Nº 0 () 1 () 2 () 4 () 5
CATGUT CROM. S/AG. Nº 0 () 1 () 2 () 3 () 4 ()	02	EQUIPO MICROGOTAS - QNT () EQUIPO P/ TRANSFUSÃO - QNT ()
		EQUIPO AMBAR - QNT ()
		ESPONJA HEMOSTÁTICA CIRÚRGICA
		EXTENSOR (INFUSOR) 2 VIAS
		FRALDA DESCARTÁVEL ADULTO () INFANTIL ()
		IRRIGAFIX 4 VIAS



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

FICHA DE CONSUMO DE SALA

PACIENTE:

MATRÍCULA:

CONVÊNIO:

CIRURGIA REALIZADA:

DATA:

CIRURGIÃO

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESIOLOGISTA:

CIRURGIANTE:

MONOCRYL 5.0 REF Y844 1.6CM		1 - 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 ()
MONOVILON Nº 0 () 2 () 4 () 5 () 6 () 8 () 10 ()	02	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 () 8 ()		PLACA DE BISTURI ELÉTRICO
VICRYL Nº 0 5/AG.		SCALP Nº 19 () 21 () 23 () 25 () 27 ()
CATGUT. SIMPLES C/AG. Nº () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()		SERINGA DESCARTAVEL 1ML () 60ML ()
CATGUT. SIMPLES S/AG. Nº () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()		SERINGA DESCARTAVEL 3 ML () 5ML ()
CERA P/ C/SSO		SERINGA DESCARTAVEL 10ML
ELETRODO DESCARTAVEL P/ MARCAPASSO		SERINGA DESCARTAVEL 20 ML
FITA CARDÍACA FC 500		SERRA DE GIGLI
KIT CATARATA 3/8 6.5MM REF KB5510		SONDA ASPIRAÇÃO Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 () 16 () 18 () 20 ()
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 () 4.0 () 4.5 () 5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 () 7.0 () 7.5 () 8.0 () 8.5 ()
MONOCRYL 3 REF Y305 1.5CM		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 ()
MONOCRYL 3.0 REF 8450-30		SONDA ENDOTRAQUEAL S/ BALÃO Nº 2.0 () 2.5 () 3.0 () 3.5 () 4.0 () 4.5 () 5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 ()
MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR	QNT	SONDA ENDOTRAQUEAL S/ BALÃO Nº 2.0 () 2.5 () 3.0 () 3.5 () 4.0 () 4.5 () 5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 ()
ALGODÃO HIDROFÍLO		SONDA ENDOTRAQUEAL S/ BALÃO Nº 2.0 () 2.5 () 3.0 () 3.5 () 4.0 () 4.5 () 5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 ()
A CATH Nº () 14 () 16 () 18 () 20 () 22 () 24 ()	01	SONDA GÁSTRICA Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 () 16 () 18 () 20 () 22 ()
ABAIXADOR DE LINGUA (ESPATULA)		SONDA RETAL Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 () 16 () 18 () 20 ()
AGULHA DESCARTAVEL Nº () 23/0.45 () 25/0.50 () 27/0.50 () 30/0.60 () 30/0.80 () 30/1.00 () 30/1.20 ()	05	SONDA URETRAL Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 () 16 () 18 () 20 ()
AGULHA PERIDURAL Nº () 16 () 18 () 19 () 20 ()		SONDA CATETER TIPO OCULOS
AGULHA DE RAQUI Nº () 25 () 27 ()	01	TORNEIRA PLÁSTICA 3 VIAS
ATADURA ALGODÃO ORTÓPEDICO 10CM () 15CM () 20CM ()		FRACIONADOS
ATADURA CREPOM 10CM	02	CAI SOLDADA
ATADURA CREPOM 15CM	02	ESPARADRAPO COMUM
ATADURA CREPOM 20CM		ESPARADRAPO ANTIALÉRGICO
ATADURA GESSADA 10CM () 15CM () 20CM ()		ETER SULFÚRICO
BOLSA DE COLOSTOMIA		FORMOL 10%
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA Nº 7.0 () 7.5 () 8.0 () 8.5 () 9.0 ()		GORRO TURBANTE
CAPA P/ MICROSCÓPIO () CAPA P/ VÍDEO ()		MÁSCARA DESCARTAVEL
COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO		POLVIDINE TÓPICO
DRENO DE KERH EM T Nº 12 () 14 () 15 () 16 ()		POLVIDINE DEGERMANTE
DRENO DE SUÇÃO Nº 3.2 () 4.8 () 6.4 ()		
DRENO DE TORAX Nº 28 () 36 ()		
DRENO PENROSE Nº 1 () 2 () 3 () 4 ()		
ELETRODO DESCARTAVEL	05	
EQUIPO MACROGOTAS C/ INJETOR LATERAL	05	
ESCOVA PVPI	04	
ESPONJA GELFOAM MEDICINAL		



HOSPITAL DE CLÍNICA R. AUGUSTO LEITE
RELATÓRIO DO ATO CIRÚRGICO

UNIDADE:

PACIENTE:

Roldinei Nery Santos

MATRÍCULA:

1042579

IDADE:

35 anos

CONVÊNIO:

SUS

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fratura diafisiária de fêmur direito

CIRURGIA REALIZADA:

Redução cirúrgica com fixação

CIRURGIÃO:

Orlando Lima

ANESTESIOLOGISTA:

Mra. Marcelle

AUXILIAR:

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:

Ossêto, dorsal

Antimesepia

Campo

Incisão - Direção

Redução cirúrgica com fixação

Síntese do ferimento

Curativo

Dr. Orlando Lima

Cirurgia Traumatológica

17.07.18

DATA

MOD. 042-MCAL

ASSINATURA DO CIRURGIÃO

DATA: 17 / 07 / 18

PACIENTE: <u>Valdelei Nery Soutos</u>				MATRÍCULA: <u>1042579</u>		CONVÊNIO: <u>SUS</u>	
IDADE: <u>35</u>	SEXO: <u>M</u>	COR:	ENF:	QUARTO:	LEITO:	APTO:	
CIRURGIÃO: <u>Dr. Roberto Lima</u>				ANESTESISTA: <u>Dra. Marcelle</u>			
1º AUXILIAR:				2º AUXILIAR:			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>fratura de fêmur distal D</u>							
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:							
CIRURGIA PROPOSTA: <u>A proposta (trat. cirúrgico de fratura fêmur)</u>							
CIRURGIA REALIZADA: <u>A proposta</u>						CÓDIGO CIRÚRGICO	
PRÉ-MEDICAÇÃO:					HORA:	RESULTADO: <u>1-2-3-4-5-6</u>	
INÍCIO DA ANESTESIA: <u>14.00</u>	INÍCIO DA OPERAÇÃO: <u>14.15 / 15.00</u>	ALT DA ANESTESIA:	RISCO OPERATÓRIO: <u>1-2-3-4</u>	ESTADO FÍSICO: <u>2-3-4-5-6-7</u>			

<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	
FLUÍDOS: <u>RL SF 500 500 14.00 15.00</u> 	DROGAS <u>midazolam 5mg + 25</u> <u>fentanyl 50µg + 50</u> <u>propofol 2g</u> <u>decadron 10mg</u> <u>naloxona 4mg</u> <u>dipirona 2g</u> <u>propofol 100mg</u> <u>piromal 100mg</u>
ANOTAÇÕES: <u>1) monitorar</u> <u>2) ventilar</u> <u>3) 150 a 520</u> <u>4) 150 a 520</u> <u>5) 150 a 520</u> <u>6) 150 a 520</u> <u>7) 150 a 520</u> <u>8) 150 a 520</u> <u>9) 150 a 520</u> <u>10) 150 a 520</u> <u>11) 150 a 520</u> <u>12) 150 a 520</u> <u>13) 150 a 520</u> <u>14) 150 a 520</u> <u>15) 150 a 520</u> <u>16) 150 a 520</u> <u>17) 150 a 520</u> <u>18) 150 a 520</u> <u>19) 150 a 520</u> <u>20) 150 a 520</u> <u>21) 150 a 520</u> <u>22) 150 a 520</u> <u>23) 150 a 520</u> <u>24) 150 a 520</u> <u>25) 150 a 520</u> <u>26) 150 a 520</u> <u>27) 150 a 520</u> <u>28) 150 a 520</u> <u>29) 150 a 520</u> <u>30) 150 a 520</u> <u>31) 150 a 520</u> <u>32) 150 a 520</u> <u>33) 150 a 520</u> <u>34) 150 a 520</u> <u>35) 150 a 520</u> <u>36) 150 a 520</u> <u>37) 150 a 520</u> <u>38) 150 a 520</u> <u>39) 150 a 520</u> <u>40) 150 a 520</u> <u>41) 150 a 520</u> <u>42) 150 a 520</u> <u>43) 150 a 520</u> <u>44) 150 a 520</u> <u>45) 150 a 520</u> <u>46) 150 a 520</u> <u>47) 150 a 520</u> <u>48) 150 a 520</u> <u>49) 150 a 520</u> <u>50) 150 a 520</u> <u>51) 150 a 520</u> <u>52) 150 a 520</u> <u>53) 150 a 520</u> <u>54) 150 a 520</u> <u>55) 150 a 520</u> <u>56) 150 a 520</u> <u>57) 150 a 520</u> <u>58) 150 a 520</u> <u>59) 150 a 520</u> <u>60) 150 a 520</u> <u>61) 150 a 520</u> <u>62) 150 a 520</u> <u>63) 150 a 520</u> <u>64) 150 a 520</u> <u>65) 150 a 520</u> <u>66) 150 a 520</u> <u>67) 150 a 520</u> <u>68) 150 a 520</u> <u>69) 150 a 520</u> <u>70) 150 a 520</u> <u>71) 150 a 520</u> <u>72) 150 a 520</u> <u>73) 150 a 520</u> <u>74) 150 a 520</u> <u>75) 150 a 520</u> <u>76) 150 a 520</u> <u>77) 150 a 520</u> <u>78) 150 a 520</u> <u>79) 150 a 520</u> <u>80) 150 a 520</u> <u>81) 150 a 520</u> <u>82) 150 a 520</u> <u>83) 150 a 520</u> <u>84) 150 a 520</u> <u>85) 150 a 520</u> <u>86) 150 a 520</u> <u>87) 150 a 520</u> <u>88) 150 a 520</u> <u>89) 150 a 520</u> <u>90) 150 a 520</u> <u>91) 150 a 520</u> <u>92) 150 a 520</u> <u>93) 150 a 520</u> <u>94) 150 a 520</u> <u>95) 150 a 520</u> <u>96) 150 a 520</u> <u>97) 150 a 520</u> <u>98) 150 a 520</u> <u>99) 150 a 520</u> <u>100) 150 a 520</u>	AGENTES ANESTÉSICOS: <u>naloxona 0,5% 14mg + morfina 60µg</u> TÉCNICA: <u>Punção L3-L4 4 Ag. 27, quique, LUR @, dano, e intencional</u> INDUÇÃO: <u>1</u> POSIÇÃO: <u>dentado</u> LOCAL PUNÇÃO: <u>DDH</u> LÍQUIDO RETIRADO: TÉCNICA: POSIÇÃO APÓS: <u>DDH</u> POSIÇÃO OPERATÓRIA: <u>DDH</u> 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 CONDIÇÕES: OBSERVAÇÕES:
ASSINATURA DO ANESTESISTA: <u>Dra. Marcelle Probst Amorim</u> ANESTESIOLOGISTA: <u>SA 4319</u>	

MS-DATASUS
VERSÃO: 15.10

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
ESPELHO DA AIH

O.E.: M280030801 ESFERA: PRIVADO APRESENTAÇÃO: 08/2018 DATA: 01/08/2018
Pag.: 1

Num AIH: 281810D15110-8 Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 08/2018 Data Autorização: 16/07/2018

Especialidade: 01 - CIRURGICO Orgão Emissor: M280030801 CRC:
Doc autorizador: 190136126980300 Doc med resp: 206790614650009 Doc diretor clínico: 206790614650009 Doc médico solic: 124301372500007
CNES: 0002289 - FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA CNS: 70500662707865-5
Paciente: VALDICLEI NERY SANTOS Prontuário: 1042579
Data Nasc.: 28/07/1982 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 010 - BRASIL Tipo Doc.: Identidade Doc: 1524183
Responsável pac.: JOSE ELEOVAL NERY Nome da Mãe: SONIA MARIA SANTOS NERY
Endereço: CAMPO POV ESTIVA 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)9881-18864 Mudr 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
Complementar:
Carater atendimento: 02 - URGENCIA
Data internação: 16/07/2018 Data saída: 19/07/2018 Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO
Liberação SISAIH01: AIH Anterior: AIH Posterior:
[Causas Externas (Acidente ou Violência)]
CNPJ do Empregador: CNAER: -
Vínculo Previdência: CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Ctde	Cmpt	Descrição
2	0408050519	980016276586264	225151(6)	3359948	3359948	1	07/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
3	0702030301	02.681.701/0001-69						OPM EM ORTOPEDIA

DADOS DE OPM

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Res. ANVISA	CNPJ Fabricante
3	000036539	02.681.701/0001-69				

VALORES DA PRÉVIA

VALORES DA PRÉVIA		Serviço Hospitalar		Serviço Profissional				TOTAL
		Direto		Direto		Rateado		
		Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	
04.08.05-MEMBROS INFERIORES								972,97
07.02.03-OPM EM ORTOPEDIA			296,13					296,13
Total Geral:		725,17	296,13		74,34	173,46		1.268,10

CID SECUNDÁRIO

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

Número de Nascidos Número de Saídas Nº Pré-Natal:

Vivos: Mortos: Altas: Transf.: Óbitos:



ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 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

29/08/18

Dr. Danilo Soares Tavares
Auditor Médica CRM - 4065

ANEXO I

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		 HOSPITAL CIRURGIA	
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA				2 - CNES 0002283	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA				4 - CNES 0002283	
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE VALDICLEI NERY SANTOS				6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1042579	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 705005627078656		8 - DATA DE NASCIMENTO 28/07/1982		9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fm. <input type="checkbox"/> 3	
11 - NOME DA MÃE SONIA MARIA SANTOS NERY		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 988118864		10 - RAÇA/COR 79	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL PAI JOSE ELEOVAL NERY		14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 991371159		15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) POVOADO ESTIVA Nº19	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA NOSSA SENHORA DO SOCORRO		17 - COD. IBGE/MUNICÍPIO SE		18 - UF SE	
		19 - CEP 49160000			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS FRATURA DE FÊMUR @, USUÁRIO DE ACCIDENTE MOTORVEICULO HA 3 DIAS.					
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO NECESSIDADES DE INTERVENÇÃO CIRÚRGICA					
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) EXAMES CLÍNICO E RADIOLOGICO					
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA DE FÊMUR @		24 - CID 10 PRINCIPAL S723		25 - CID 10 SECUNDÁRIO V230	
		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS 			
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO REDUÇÃO COM FIXAÇÃO				28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0408050519	
29 - CLÍNICA ORT.		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO URG.		31 - DOCUMENTO () CNS (X) CPF	
32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 3355399155555555		33 - DATA DA SOLICITAÇÃO 16/07/2018		34 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO 16/07/2018	
35 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Dr. Arlene Ferreira da Silva					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	
39 - CNPJ DA SEGURADORA		40 - CNPJ EMPRESA		41 - CNAE DA EMPRESA	
42 - CNPJ EMPRESA		43 - CNAE DA EMPRESA		44 - CROR	
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR Dr. Arlene Ferreira da Silva		47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR SE		48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 281810015110-8	
49 - DOCUMENTO () CNS (X) CPF		50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 3355399155555555		51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 16/07/18	
52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Dr. Arlene Ferreira da Silva		53 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO 3686		54 - Nº DO BILHETE 3686	
55 - Nº DO BILHETE 3686		56 - Nº DO BILHETE 3686		57 - Nº DO BILHETE 3686	



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]

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 BUCO D02 - Ortopedia I
TIPO: Urgência
CONVENIO: SUS INTERNO
PROFISSIONAL: 1631-LEOPOLDO SIMOES BARRETO

PACIENTE CARTÃO SUS: 705005627078656

ATENDIMENTO: 1042579

NOME: VALDICLEI NERY SANTOS
ENDERECO: POVOADO ESTIVA 19 Nº: 19
BAIRRO: Taiçoca de Fora UF: SE 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.:

Carina dos Santos Souza
Médica / 97240
Secretaria Clínica / FBHC
Sig. AUSV. Bole
RX para PAS

Destinatário: ORTOPLAN SERGIPE LTDA

Endereço: AV. RIO BRANCO-RDP, OMIRDO TRIBEIRA -S.213 186, CENTRO, ARACAJU - SE, 49010-030

Fone: 3222-0250/ 3222-0383

CNPJ/CPF: 01.681.701/0001-69

Ins.Ret.: 27.097.565-3

Destinatário: (37) FUNDACAO DE BENEFICENCIA R. DE CIRURGIA

CNPJ/CPF: 13.016.332/0001-06

Ins.Ret.: ISENTO

Data Emissão: 25.07.2018

Endereço: AV. DESSEMBRADOR MAYNARD, 174

Bairro: CIRURGIA

CPF: 49055-170

Cidade: ARACAJU

Fone: (0079) 212 -7312/ 211 -8817 UF: SE

Fatura: 005796800 / CONTRA-APRESENTACAO / 296,13

Codigo	Descricao	Cf	St	Ud	Qtde	Valor Unitario	Vi. Desc	Valor Total	ICMS IPI	Valor IPI2
07.02.03.091-0	KIT PLACA COMPRESS DINAM LARGA 4,5 + 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									
	Vol. INDETERMIN /									
	PARAFUSO CORTICAL 4,5X 42MM (1,000)									
Lote(s): 8736Y-	1,000									
	Vol. INDETERMIN /									

Hospital: FUNDACAO DE BENEFICENCIA R. DE CIRURGIA

Paciente/Id.: VALDICLEI MERY SANTOS /

Dt. Cirurgia: 17.07.2018

Medico: JOSE ROBERTO LIMA

AIE/Convênio: / SUS - SISTEMA UNICO DE SAUDE

Instrum: KLEBER SANTOS DA HORA

Procedimento: 0408050519

Prontuario: 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 Preditos:	296,13
Vi. Frete:	0,00	Vi. Seguro:	0,00	Outras Despesas:	0,00	Valor Total IPI:	0,00	Valor Pro-Nota:	296,13

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: _____

RECEBEMOS DE ORTOPLAN SERGIPE LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		VP-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº 000.036.539
		SÉRIE: 3

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 - Saída 1 Nº 000.036.539 SÉRIE: 3 Página 1 de 1	CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO 2818 0702 6817 0108 0169 5500 3000 0365 3915 8200 0001 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora
	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 328180011223120 - 31/07/2018 11:56	

NATUREZA DA OPERAÇÃO 5102-VENDA MERCANTIL	INSCRIÇÃO ESTADUAL 270975853	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ 02.681.701/0001-69
--	---------------------------------	------------------------------------	----------------------------

DESTINATÁRIO/REMETENTE		CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
NOME/RAZÃO SOCIAL FUNDAÇÃO DE BENEFICENCIA H. DE CIRURGIA		13.016.332/0001-06	31/07/2018
ENDEREÇO AV. DESEMBARGADOR MAYNARD, 174, 0 -	BARRIO/DISTRITO CIRURGIA	CEP 49055-170	DATA DE ENTRADA/SAÍDA 31/07/2018
MUNICÍPIO ARACAJU	UF SE	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE ENTRADA/SAÍDA 00:00

FATURA
PAGAMENTO A PRAZO

CÁLCULO DO IMPOSTO	
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00
BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS ST 0,00
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00
DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00
VALOR DO IPI 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 296,13

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS	
RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0 - Emissor
ENDEREÇO	CÓDIGO ANTT
MUNICÍPIO	PLACA DO VEÍCULO
QUANTIDADE	ESPECIE
MARCA	NUMERAÇÃO
PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CPOP	UNID.	QTD.	VL. UNIT.	VL. TOTAL	BC ICMS	VL. ICMS	VL. IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
21236	PARAFUSO CORTICAL 4,5X36 TRAUMEDICA TRAUMEDICA INSTRUMENTAIS E IMPL. LTDA Cod.: 9196 Simpro: 0084543 Anvisa: 80057410310 Lote (s): 125418-1,000-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: 0126209 Anvisa: 80057410310 Lote (s): 224218-1,000-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 Anvisa: 10223680060 Lote(s): 405515-1,000-V.INDETERMIN	90211020	040	5102	UND	1,0000	16,2100	16,21					
40104500387	PF CORT 4,5X38MM IOL IOL IMPLANTES LTDA Cod.: 7901 Simpro: 0084543 Anvisa: 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 Anvisa: 08064580000 Lote(s): 3736Y-1,000-V.INDETERMIN	90211020	040	5102	UND	1,0000	16,2100	16,21					

CONTINUAÇÃO - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
7, Msg IPI: ITENS (1-5) ISENTOS IPI CONF CAP.90 DA TIPI 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
Duplicata - Num.: 003653903, Venc.: 21/01/2019, Valor: 296,13
Vendedor: IVO LEAL, Pedido: 007968, Pedido Cliente: , Ordem: 03, Hospital: FUNDAÇÃO DE BENEFICENCIA H. DE CIRURGIA, Médico: JOSE ROBERTO LIMA, Paciente: VALDICLEI NERY SANTOS, Id: , Prontuario: 1042579, Dt Cirurgia: 17.07.2018, AIN: 281.810.015.110-8, Convenio: SUS, Procedimento: 0408050519, Ms
4MS: 040/ISENTO DE ICMS CF ART. 9 INCISO IV DEC 17.037/9
RESERVADO AO FISCO



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 ADMIS: **14/07/18**
NOME DA MÃE: **SONIA MARIA SANTOS NERY** DATA DE NASCIM: **28/07/82**
ENDEREÇO: **AV. FERREIRA COND. ALAMEDA JARDINS B 16 Nº 305** IDADE: **35**
CNS: **705005627078656 PLANO DE SAÚDE: NÃO** ESTADO: **SERGIPE**
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:

QUEIXA 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

PARAMÉTRIOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS

PRESSÃO ARTERIAL	SATURACÃO DE O ₂	FREQUÊNCIA CARDÍACA	FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	GLICEMIA	URÉIA	CREATININA
145 X 77	98%	110	18		NÃO	NÃO
HEMOGLOBINA	LEUCÓCITOS	POTÁSSIO	USO DE O ₂ : () NÃO ()	SIM () SECRETIVO: SIM () NÃO ()	INTUBADO: SIM () NÃO ()	COLAR CERVICAL: SIM () NÃO ()

15.2	17.1	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
INFORMAÇÕES CLÍNICAS ADICIONAIS						
DOENÇA CRÔNICA PREVISTA: SIM/NÃO	INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: SIM/NÃO	AUMENTAÇÃO ORAL: SNE() NPT() ETTE()	ISOLAMENTO: SIM() RESPI() CONTATO() NÃO()	INSUF. RENAL: SIM/NÃO	ANTIBIÓTICOS: DIAS DE USO (DX)	ESCALA DE COMA DE GLASGOW: AO/MRV/MRM
NÃO	NÃO	ORAL	NÃO	NÃO		15
MOTILIDADE						
AMBULA	CADEIRANTE	ACAMADO	OUTROS			
NÃO	NÃO	SIM				

POTEST(S) DIAGNÓSTICA(S)

FRATURA DE FEMUR D (1/3 MEDIO)

TIPO DA SOLICITAÇÃO

FALTA DE VAGA

É VEDADO AO MÉDICO

Art. 35. Exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a assistência ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer 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 inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

Médico Solicitante		NIR	
Assinatura: 15/09/18 11:00	Carimbo: Francis Lima de Vasconcelos MR ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-SE 3911	Data:	Hora:
		Responsável:	
Médico do NIR		CRL (RECEBIMENTO)	
Assinatura:		Data: 15/09	Hora: 11:20
Carimbo:		Responsável:	Falino
Mentorador Médico CRL		CRL (Autorização)	
		Data:	Hora:
		MR:	
		Código:	
		Assinatura:	

ATENÇÃO

A primeira solicitação deverá ser enviada à Central de Regulação de Leitos através do OUSV 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.

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

LT, 2017. COPYRIGHT SIGAU. COMPLEXO REGULADORIO DE SAÚDE. REDE ESTADUAL DE SAÚDE.

CHECKLIST ORTOPÉDICO ADMISSÃO

NOME: Valdelei Mary Souto
 LEITO: _____ MATRÍCULA: _____
 HAS () DM () NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA ()

IDADE: 35 SEXO: M () F ()
 CONVÊNIO: SUS (X) IPES () PLANO ()

DATA FRATURA: 15/07/18DATA INTERNAMENTO: 16/07/2018

EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO (X)

COLHIDOS: SIM () NÃO (X)

IMPRESSOS: SIM () NÃO (X)

RX: 1 PELÍCULAS DE BOA QUALIDADE ()

SEM QUALIDADE ()

ECG: SIM (X) NÃO ()

ECO: SIM () NÃO ()

PEDIDO: SIM () NÃO ()

REALIZADO: SIM () NÃO (X)

REALIZADO: SIM () NÃO ()

TUMOGRAFIA: SIM () NÃO ()

PEDIDA: SIM () NÃO ()

REALIZADO: SIM () NÃO ()

CIRURGIA

FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

CHECKLIST ORTOPÉDICO DA ENFERMARIA

NOME: _____ IDADE: _____ SEXO: M () F ()

LEITO: _____ MATRÍCULA: _____ HAS () DM () NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA ()

DATA FRATURA: ____/____/____ DATA INTERNAMENTO: ____/____/____

CONVÊNIO: SUS () IPES () PLANO ()

EXAMES LABORATORIAIS: OK () ALTERADO ()

RX: () PELÍCULAS DE BOA QUALIDADE () SEM QUALIDADE ()

ECO: 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: ____/____/____ CONVÊNIO: SUS () IPES () PLANO ()

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 ()

PRESCRIÇÃO: OK (); EVOLUÇÃO: OK (); ATO CIRÚRGICO: OK ()

OPME: OK () NÃO SE APLICA ()

CIRURGIA: SIM () REALIZADA POR DR. _____; NÃO () REALIZADA POR OR.

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

LOGRADOURO: 19

BAIRRO: Taiçôca de Fora

CEP: 49160000

TEL:

CIDADE: Nossa Senhora do Socorro

UF:

Sergipe

NOME DO PAI: JOSE ELEOVAL NERY

NOME DA MAE: SOMNIA MARIA SANTOS NERY

NOME DO RESPONSÁVEL: NELSON NERY/ PAI

ENDERECO:

BAIRRO:

CIDADE:

UF:

ASS. DO CONVENIADO:

ASS. DO RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE

DIAGNOSTICO:

CID: 5723

CODIGO DO PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO

CODIGO DO EXAME

DESCRIÇÃO

OUTRAS ANOTAÇÕES:

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 () Magnésio, Cálcio, Cloro () RX de

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO:

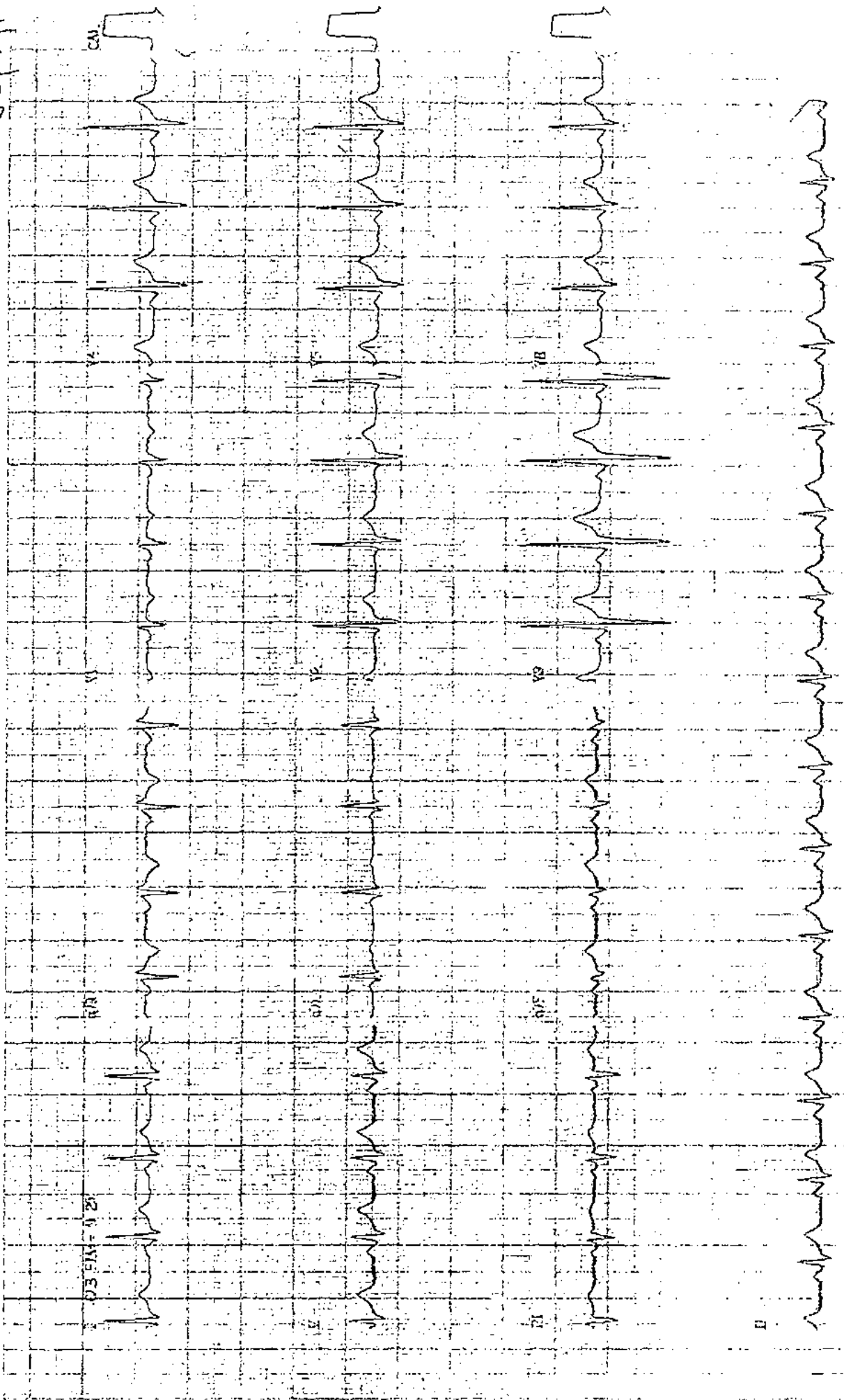
C:

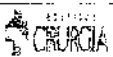
Jellicoe

Nerv Sarts

Outk

16/2/19



 HOSPITAL DE CLÍNICAS "DR. AUGUSTO LEITE"		Data: <u>16/07/18</u>		Convênio: <u>UNIV</u>		Motricidade:	
Paciente: <u>Vitor Hugo</u>		Idade: <u>anos</u>		Unidade:		Leito: <u>D2</u>	
Internação: <u>16/07/18</u>		Distribuição de Horário					
1º Turno		2º Turno		3º Turno			
7 as 13h		13 as 19h		19 as 7h			
Ass.		Ass.		Ass.			
Dieta: <u>liq. lina.</u>		<u>SV</u>					
Gelco hidrolizado							
Omeprazol 20mg OI CP VO as 6h;							
Cefalotina 1g EV de 6/6h;		<u>18</u>		<u>18</u>		<u>18</u>	
Dipirona 3.8ml AD EV 6/6h SOS							
Hasi 7.8ml AD EV 6/6h SOS							
Captopril 25mg VO se PA > 150x100mmHg SOS							
Profenid 100mg + 100ml SF EV 12/12h							
Tramal 100mg + 3.00ml AD EV 6/6h SOS							
Clexane 40mg 1x/dia SC							
Glicemia capilar de 6/6h							
Glicose 25% - 04 amp. IV se glicemia > 180mg/dl							
Insulina Regular, SC, conforme esquema:							
180-0U 181-250-02U 251-300-04U							
350-05U 351-400-08U 401-450-10U							
Sinais vitais e cuidados gerais de 6/6h							

Dr. Leopoldo Soares Barreto
 Otorrinolaringologista - Traumatologia
 CRM-SE 1631

Ana Paula Oliveira Santos
 Enfermeira
 COREN-SE 489400

Joyce Costa D. Santos
 Enfermeira
 COREN-SE 469.630



Data: 17/08/18 Convênio: SUS Matrícula: 1042579
 Paciente: Valdirlei Nery Santos Idade: 35 anos
 Internado em: 1/1 Unidade: Letto: 12

PRESCRIÇÃO MÉDICA		Distribuição de horário				Requisição de Enfermagem	
		1º Turno		2º Turno		3º Turno	
Item	Dieta Branda Livre	07 às 13h	Ass.	13 às 19h	Ass.	19 às 07h	Ass.
1	SF 0,9% ----- 1000 ml Uso: IV, 28 gts/min	1				1	
2	SG 5% ----- 1000 ml Uso: IV, 28 gts/min						
3	Cefalotina 2g ----- amp Uso: IV, 6/6h, diluída	12				12	
4	Dipirone 2g ----- amp Uso: IV, em cada soro	12				12	
5	Diazepam 10 mg ----- amp Uso: VO, às 20:00 h						
6	Tramal 100 mg ----- amp Uso: IV, 8/8h, diluído p/ 250 ml	8				8	
7	SF 30gts/min Clexane 40mg ----- amp Uso: SC/dia						
8	Rauiltidina ----- amp Uso: IV, 12/12 h						
9	Plasil ----- amp + 18 AD Uso: EV, 8/8 h, SOS						
10	Cetoprofeno 100 mg -- amp Uso: IV, 12/12h, diluído p/ 250 ml, SF 30 gts/min	10				12	
11	Rx de controle						
12	Cuidados Gerais						
13	Sonda de alívio, SOS						

Recebimento da Farmácia

Hora: _____ Funcionário: _____

Entrega na Unidade:

Hora: _____ Funcionário: _____

Anna Paula Oliveira Santos

Enfermeira

COREN-SE 109400

Tamara Santana Menezes

Enfermeira

COREN-SE 29402-64

CIRURGIA

FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICANOME: VALÉRIA PEREIRA MATRÍCULA: 1174-3 IDADE: 18 SEXO: F () M () LEITO: 02/1
DATA: 18/12/13 DATA INTERNAMENTO: 18/12/13 DATA DA FRATURA: 18/12/13 DATA DA CIRURGIA: 18/12/13 (Dr.)

	1º TURNO		2º TURNO		3º TURNO	
	07:00 AS 13:00	ASSINATURA	13:00 AS 19:00	ASSINATURA	19:00 AS 07:00	ASSINATURA
1. DIETA <u>LD</u> <u>CLIMA</u>						
2. GELCO HIDROLISADO.						
3. CEFALOTIMA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H.	<u>2x</u>	<u>[assinatura]</u>	<u>1x</u>	<u>[assinatura]</u>	<u>2x</u>	<u>[assinatura]</u>
4. DIFIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.	<u>1x</u>	<u>[assinatura]</u>	<u>1x</u>	<u>[assinatura]</u>	<u>2x</u>	<u>[assinatura]</u>
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.	<u>1x</u>	<u>[assinatura]</u>	<u>1x</u>	<u>[assinatura]</u>	<u>2x</u>	<u>[assinatura]</u>
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H.	<u>0x</u>	<u>[assinatura]</u>	<u>1x</u>	<u>[assinatura]</u>	<u>2x</u>	<u>[assinatura]</u>
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINA 5.000UI SC 12/12H.	<u>=</u>	<u>[assinatura]</u>	<u>1x</u>	<u>[assinatura]</u>	<u>2x</u>	<u>[assinatura]</u>
8. RANITIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H. OU OMEPRAZOL 20MG VO 6:00HS	<u>=</u>	<u>[assinatura]</u>	<u>1x</u>	<u>[assinatura]</u>	<u>2x</u>	<u>[assinatura]</u>
9. BROMOPRIDA 02ML+18ML AD EV 8/8H						
10. Sonda Vesical de Alívio	SOS					
11. GLICÊMIA CAPILAR DE 6/6H. INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI 400 > 10UI.	<u>50 10</u>					
12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70 MG/DL						
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180mmHg OU PAD > 110mmHg	SOS					
14. MUDANÇA DE DECUBITO 4/4H.						
15. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA.						
16. CCGG+SSVV 6/6H.						
16. CURATIVO DIÁRIO <u>10/1</u>						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						

Dr. Gilson F. Figueira
Ortopedia/Traumatologia
CRM-SE 4003

FISIO

[assinatura]

2x

2x

HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICÊMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO
06				
08				
10				
12				
14				
16				
18				
20				
22				
24				

Ana Paula Oliveira Santos
Enfermeira
COREN-SE 489400

[assinatura]

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

DATA: /

791212 DATA INTERNAMENTO:

DATA DA FRATURA:

DATA DA FRATURA:

DATA DA CIRURGIA

DATA DA CIRURGIA

UNIDADE

二、

p. 53



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

UNIDADE:

Ortopedia

PACIENTE:

Valechlei Mary Santos

MATRÍCULA:

1042579

IDADE:

35

SERVIÇO:

APTO:

QUARTO:

ENFERM:

LEITO:

CONVÊNIO:

D2

Sus

DATA E
HORA

EVOLUÇÃO

16/07/18 - Roberto Am. Fabr. Sr. Leão (P) em
KE. Mto. Ortopedia - Atendimento. Ace.

Dr. Leonardo Simões Burrell
Ortopedia - Traumatologia
CRMSE 1631

17-07-18

Coza D
atp

Klevis

PACIENTE:						MATRÍCULA:	
Roldinei Nery Santos						1042579	
IDADE:	SERVIÇO:	APTO:	QUARTO:	ENFERM:	LEITO:	CONVENIO:	
35 anos						SUS	

DATA E HORA	EVOLUÇÃO
11/07/18	Paciente portador de fratura diafisária de fêmur direito. Submetido a redução cirúrgica com fixação - placa e parafusos.
	Dr. Gilson Teixeira Ortopedia Traumatologia CRM-SE 1172
18/07/18	NP4, 510ml, 1m de oxigênio.
	Dr. Gilson Teixeira Ortopedia Traumatologia CRM-SE 1172
18/07/18	
	Dr. Gilson Teixeira Ortopedia Traumatologia CRM-SE 1172

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME:

Walsh's: Mary Smith

GRADE:

LEATO:

REGISTRO:

UPDATE:

35

702

1142579

1950-1951

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" 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"/> Dambula <input type="checkbox"/> Desambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilidade
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"/> Incoerente	6-LEÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7-ALIMENTAÇÃO: <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"/> Anoréxia
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	vezes	Alterações nas fezes:
10-DIURSE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presença: _____ vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

1800 Ingestão oral, não consegue comer, orientado, com normalidade
 1900 Se não dormiu, não consegue dormir
 2000 Se não consegue dormir, não consegue dormir
 2100 Se não consegue dormir, não consegue dormir
 2200 Se não consegue dormir, não consegue dormir
 2300 Se não consegue dormir, não consegue dormir
 2400 Se não consegue dormir, não consegue dormir

1- NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Cognitivo <input checked="" type="checkbox"/> Cerebral <input type="checkbox"/> Obeso		2- COMPAANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Ventililar <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 checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inaudível		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"/> Anorético	
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"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade		Alterações na urina:	

19:00 Paciente no leito aguardando retorno ementia - se de alta hospitalar
 20:00 não reacionou ao chamado da enfermeira no quarto
 21:40 Paciente saiu de alta hospitalar para casa de mãe

Flávia de Oliveira
 TCC - Enfermagem
 CORP - 21.000

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	140/90												Escala de Dor												
F. Cardíaca																									
F. Respiratória																									

	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06
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-Mudança de Decúbito:																								
8-Elevação de cabeça:																								

NOME:

Valdiclei Mary Pinto

IDADE:

35

LEITO:

002

REGISTRO:

1042579

UNIDADE:

Unidade Leito 5

DATA: 08.04.10

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <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 checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input checked="" type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	10-DIURSE: Ausente: _____ horas <input checked="" type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	

08:15 Ref. no leito eul no consciente, orientado verbalizando respostas adequadas aos questionamentos realizados em sua relação com a equipe, em família, no quarto e no corredor.

08:30 Administração de 100mg EV conforme prescrição médica.

09:00 Ref. no leito eul no consciente, orientado verbalizando respostas adequadas aos questionamentos realizados em sua relação com a equipe, em família, no quarto e no corredor.

10:30 Administração de 100mg EV conforme prescrição médica.

12:00 Ref. no leito eul no consciente, orientado verbalizando respostas adequadas aos questionamentos realizados em sua relação com a equipe, em família, no quarto e no corredor.

12:30 Ref. no leito eul no consciente, orientado verbalizando respostas adequadas aos questionamentos realizados em sua relação com a equipe, em família, no quarto e no corredor.

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <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 type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	10-DIURSE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	

13:00 Ref. no leito eul no consciente, orientado verbalizando respostas adequadas aos questionamentos realizados em sua relação com a equipe, em família, no quarto e no corredor.

14:00 Ref. no leito eul no consciente, orientado verbalizando respostas adequadas aos questionamentos realizados em sua relação com a equipe, em família, no quarto e no corredor.

16:00 Administração de 100mg EV conforme prescrição médica.

17:30 Ref. no leito eul no consciente, orientado verbalizando respostas adequadas aos questionamentos realizados em sua relação com a equipe, em família, no quarto e no corredor.

18:00 Ref. no leito eul no consciente, orientado verbalizando respostas adequadas aos questionamentos realizados em sua relação com a equipe, em família, no quarto e no corredor.

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPAHIA: <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"/> Impossibilidade
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Vegetal <input type="checkbox"/> Doieroso	5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientada <input type="checkbox"/> Desorientada <input type="checkbox"/> Confusa <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Paroenteral <input type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	Alterações nas fezes:	
10-URINARE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Atenção na urina:

19:30 Paciente no leito colado com familiares, mas de gelco sem queixas até o momento

20:00 Administrado elevação com firme prescrito

21:00 Receitou dieta oferecida pela mãe

22:00 Administrado prescrito com firme prescrito

24:00 Administrado elevação 19, dispunha de firme

02:00 Elevado no leito colado com firme prescrito

03:00 Administrado medicação com firme prescrito

06:30 Segue de observação da equipe

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	35,2											36,0	Glicemia												
Pressão Arterial	110/70											120/70	Escala de Dor												
F. Cardíaca	80											70													
F. Respiratória	18																								

	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06
1-Aspiração (1) TOT (2) TQT (3) Orofaríngea (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-Mudança de Decúbito:																								
8-Elevação de cabeceira																								



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME:

Valdirene Mary Santos

IDADE:

35

LEITO:

202

REGISTRO:

1042579

UNIDADE:

Unidade 5

1-BIOTIPO: <input checked="" type="checkbox"/> Caquético <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <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 checked="" type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input checked="" type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	
11-DOR: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade		

07:00 às 13:00 h

07.15 Pac. no leito eulmo consciente verbalizando sintomas abdominais tipo cólicas em uma metade superior, esse período a partir de 10.00 (pac. encaminhado p/ C.T. digestivo)

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <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
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input checked="" type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input checked="" type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	
11-DOR: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade		

13:00 às 19:00 h

16:00 Paciente referiu dor de p.p. em lado da cabeça + gargalhadas
17:00 Paciente referiu dor de p.p. em lado da cabeça + gargalhadas
18:00 Paciente referiu dor de p.p. em lado da cabeça + gargalhadas
Seu estado clínico em p.p. com febre

HOSPITAL
CIRURGIA ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Valdineide Assis Santos

IDADE: 2 LITO: 2 REGISTRO: 3042579 UNIDADE: Ortopedia

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" 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"/> Desmbrida <input checked="" type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilidade
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 type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxia	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	10-DIURESE: Ausente: <u> </u> horas <input checked="" type="checkbox"/> Presente: <u> </u> vezes	
Alterações nas fezes: <u> </u>		
Alterações na urina: <u> </u>		

16:00 Paciente admitido neste setor procedente da admissão em companhia da funcionária da unidade e acompanhada por enfermeira em ambiente. Paciente com vitalidades espontâneas em ambiente. Siga alívio na frequência, no tom dialeto. Paciente segue sob cuidados da equipe 532245.

17:00 Paciente aceita a dieta e dorme.

18:00 Administração medicamentosa de horário conforme prescrição médica. Paciente A. Assis - 11/11/11

18:35 Paciente segue mantendo quadro clínico estável, segue sob cuidados da equipe 532245/11

Assinatura e Identificação
Enfermeira A. Assis

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" 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"/> Desmbrida <input checked="" type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilidade
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 type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxia	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	10-DIURESE: Ausente: <u> </u> horas <input checked="" type="checkbox"/> Presente: <u> </u> vezes	
Alterações nas fezes: <u> </u>		
Alterações na urina: <u> </u>		

18:00 Paciente acompanhado de familiar, em uso de AVE hidrolizado e acompanhamento de enfermeira, com alívio no momento.

18:00 Paciente aceita a dieta e dorme.

18:00 Administração medicamentosa de horário conforme prescrição médica. Paciente A. Assis - 11/11/11

18:15 Paciente aceita a dieta.

18:30 Paciente segue sob cuidados da enfermagem.

Assinatura e Identificação
Enfermeira A. Assis

DATA: 20/06/2018

1- NOME: XXXXXXXXXXXX 2- COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional 3- LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☒ Impossibilitado

4- CONSCÍENCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Oubrioso 5- ORIENTAÇÃO: ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Incoerente 6- LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não

7- NUTRIÇÃO: ☒ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero 8- INGESTÃO: ☐ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anorético

9- EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero 10- DIURESE: Ausente: ☐ horas Presente: ☐ vezes

11- Alterações nas fezes: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade 12- Alterações na urina: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade

13:00 ponto no limbo coluna acump-hado de limbo
 20:00 não foi admitido medicação eleve, estava aguardando
 22:00 ponto no limbo repentinamente des- quise
 24:00 admitido medicação de limbo e. p. m
 26:00 ponto no limbo repentinamente des- quise
 28:00 admitido medicação de limbo e. p. m
 30:00 ponto no limbo des- quise das condições da imagem

Assinatura: Maria fern santos
 88665

NORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06	NORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
temperatura						36							Glicemia												
pressão Arterial						120							Escala de Dor												
Cardíaca						92																			
Respiratória						17																			

	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06
Aspiração (1) TOT (2) TOT (3) Orofaringe (4) Nasal																								
Troca 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 cabeça:																								
		</																						



RELATÓRIO ESPECIALIZADO

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

Número do sinistro

Nome do paciente: *VAKSIEKEY NERY STAVOS*

Data de nascimento: *28/07/1982*

Data do início do tratamento / Acidente *14/07/2018*

1 - Diagnóstico / Causas básicas:

Proximidade virtual do ônibus motorizado, teve reatamento. Continuação mantida. Caracterizada pelo corpo. Substituição de material no local do acidente; depois foi transferido para o HUS, onde recebeu atendimento especializado de equipe cirúrgica, por causa de lesões. Teve o diagnóstico de fratura do fêmur direito, onde foi feita imobilização pelo serviço de ortopedia e traumatologia.

2 - Data / Tratamento Realizado:

14/07/2018 / 15/07/2018

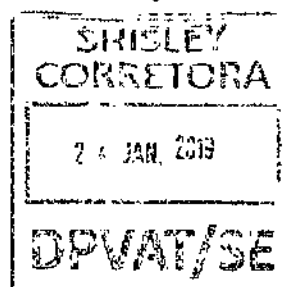
Primeira transferência do HUS para o Hospital de Carcinoma para fazer planejamento de cirurgia de fratura do fêmur direito. 16/07/2018 / 19/07/2018.

Primeira transferência para o Hospital de Carcinoma de Carcinoma. Segunda transferência para o Hospital de Carcinoma de Carcinoma. Resultado no Hospital de Carcinoma. Data 17/07/2018.

3 - Data / Exames Complementares / Resultados:

14.07.2018.

RX do fêmur II / Fratura de Cilo do fêmur D



Renato Teixeira CRM 1450
Ortopedia - Traumatologia

21/07/2019.

Data

Assinatura e Carimbo

4 - Hospitais / Serviços / Prestou atendimento:

14.07.2018. 1º atendimento no Centro de Fisioterapia

2º atendimento no HUSE.

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

- Perda total da força motora de 0% a 100% no membro superior direito
- Perda total da força motora de 0% a 100% no membro superior esquerdo
- Perda total da força motora de 0% a 100% no membro inferior direito
- Perda total da força motora de 0% a 100% no membro inferior esquerdo

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		Número		Cidade		Estado	
Rua Itaporanga, Bairro Getulio Vargas		598		Aracaju		Sergipe	

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

21/01/2019

Data

Renato Teixeira CRM 1450
Ortopedia e Traumatologia

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 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.

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

Cls.

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 ocorrerá 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 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, capute § 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 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.

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**.