Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

1ª VARA CIVEL DE SOCORRO DA COMARCA DE N. SRA. DO SOCORRO
Rua Dr. Manoel dos Passos, Bairro Centro, N. Sra. Do Socorro/SE, CEP 49160000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 201988001333
Número Único: 0006468-81.2019.8.25.0053
Classe: Procedimento Comum
Situação: Andamento
Processo Origem: ******

Distribuição: 19/08/2019
Competência: 1ª Vara Civel de Socorro
Fase: POSTULACAO
Processo Principal: ******

Assuntos

- DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO - Partes e Procuradores - Assistência Judiciária Gratuita
- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez
- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Indenização por Dano Moral - Ato Ilícito

Dados das Partes

Requerente: ITALO JOSÉ VIEIRA FREIRE
Endereço: Travessa 19,
Complemento:
Bairro: Centro
Cidade: NOSSA SENHORA DO SOCORRO - Estado: SE - CEP: 49160000
Advogado: ELTON SOARES DIAS 10289/SE
Requerido: SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT
Endereço: RUA SENADOR DANTAS
Complemento: 5º ANDAR
Bairro: CENTRO
Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20031205

Processos Apensados:

--

Processos Dependentes:

--

PROCESSO:
201988001333

DATA:
19/08/2019

MOVIMENTO:
Distribuição

DESCRIÇÃO:
Registro eletrônico de Processo Judicial sob nº 201988001333, referente ao protocolo nº 20190816142503150, do dia 16/08/2019, às 14h25min, denominado Procedimento Comum, de Assistência Judiciária Gratuita, Invalidez, Ato Ilícito.

LOCALIZAÇÃO:
Secretaria

PUBLICAÇÃO:
Sim

EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA ___ VARA CÍVEL DE NOSSA SENHORA DO SOCORRO/SE

ITALO JOSE VIEIRA FREIRE, brasileiro, solteiro, desempregado, portador do RG nº 30677866 SSP/SE, CPF nº 029.059.285-22, residente e domiciliado na Travessa 19, nº 05, Bairro Centro, Nossa Senhora do Socorro/SE, CEP n° 49.160-000, vem, através de seu advogado e procurador *in fine* (procuração anexa), com escritório profissional na Travessa Guaporé, nº 889, Bairro América, Aracaju/SE, local onde recebe notificações e intimações, vem, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, para propor:

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

Em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A,** pessoa jurídica de direito privado, inscrita com CNPJ n° 09248608/0001-04, com endereço na Rua Senador Dantas, n° 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).

Travessa Guaporé, nº 889, bairro América,
Aracaju/SE, CEP 49080-270

I – DOS FATOS

02. O Requerente transitava com sua motocicleta, pela Rua Acre, em Aracaju/SE, sentido norte sul, quando um outro veículos que transitava a sua frente, fez uma conversão a direita sem sinalizar, manobrar que fez com que o Requerente colidisse na carroçinha do veículo levando ao autor solo, em virtude da acidente o Requerente quebrou a tíbia do lado esquerdo, relato obtido através do B.O. aqui colacionado.

03. Em virtude do acidente, o Requerente deu entrada no Hospital de Urgência de Sergipe - HUSE, com fratura membro inferior, onde foram realizados exames, em virtude dos sérios problemas de saúde precisou passar por um procedimento cirúrgico no Hospital de Cirurgia, onde foi preciso a colocação de pinos e parafusos, como vemos na documentação em anexo.

04. O autor, buscando se recuperar ao máximo dos danos sofridos no acidente de trânsito narrado, fez tratamento com o Dr. Renato Teixeira, CRM 1450, ortopedia e traumatologia que emitiu relatório médico em anexo, que além de descrever a trajetória do paciente desde o acidente, informa que apesar do Requerente ter passado por tratamentos, o acidente lhe deixou com sequelas definitivas, classificada como perda funcional e mobilidade do membro inferior esquerdo**.**

05. Entretanto, apesar do Requerente ter juntado toda a documentação comprovando o acidente de trânsito e os problemas de saúde decorrentes, a Requerida procedeu com pagamento da indenização a menor do que aquele que faz *jus*, conforme verifica-se no parágrafo abaixo.

06. Conforme se vê no resultado da consultado do sinistro acima mencionado, **a Requerida pagou pelo dano permanente parcial na função do membro inferior esquerdo, o valor de R$2.362,50 (dois mil trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), quando deveria ter pagado o valor de R$9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais).**

Travessa Guaporé, nº 889, bairro América,
Aracaju/SE, CEP 49080-270

07. Assim, em virtude da indenização devida ao Requerente ter sido paga em valor inferior ao que de fato faz *jus*, não lhe restou outro meio que não fosse valer-se do Poder Judiciário para resguardar os seus direitos.

II – DO DIREITO

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

09. O seguro DPVAT, também estabelece, no art. 3º, alínea II, quais são os danos cobertos por ele, que vão de morte a invalidez permanente e/ou parcial, ao reembolso com despesas médicas.

> *"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."*
>
> *(Grifos nossos)*

Travessa Guaporé, nº 889, bairro América,
Aracaju/SE, CEP 49080-270

10. Já os artigos 3º e 7º da Lei 6.194/74 (abaixo transcritos), estabelecem 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 nossos)

11. Como pode ver, o Requerente esta coberto pela lei e o seu direito a receber o seguro é cristalino, ciente disso, seguiu todos os procedimentos para obter o seguro, juntando toda a documentação necessária, documentos aqui também colacionados, comprovando o acidente de trânsito e os danos sofridos, inclusive solicitando reanálise médica do seu pedido de indenização, porém apesar da Requerida ter reconhecido o acidente, não efetuou o pagamento da indenização no valor que o Autor faria *jus*, pagando a indenização a menor.

12. Conforme pode ser comprovado junto às provas aqui colacionadas, nos laudos, nos relatórios, nas fichas médicas e nos exames, o acidente de transito, deixou o Requerente com sequela funcional permanente e parcial na função do membro inferior esquerdo, devendo assim a Requerida, ser condenada a pagar a diferença da indenização no valor de R$7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), conforme podemos confirmar na tabela anexada pela Lei nº 11.945, de 2009, que estabelece valores para cada membro lesionado.

Travessa Guaporé, nº 889, bairro América,
Aracaju/SE, CEP 49080-270

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	100
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior	
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral	
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental	
alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre	
deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfincteriano; (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	10
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	
Danos Corporais Segmentares (Parciais) Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	Percentuais das Perdas
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	50

Travessa Guaporé, nº 889, bairro América,
Aracaju/SE, CEP 49080-270

Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	25
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10

II-III - O DANO MORAL

13. O Requerente, através de ato praticado pela Requerida, recebeu a indenização a menor do que deveria, mesmo tendo sido juntado no processo administrativo, relatório médico especializado e solicitação de reanálise médica do seu pedido de indenização, ou seja, estando o Requerente em conformidade com a lei especifica do benefício e preenchido os requisitos para ter acesso a indenização em valor superior àquele pago.

14. Ademais, a conduta praticada pela Requerida de não pagar o supracitado valor devido ao Requerente, além de prejudicá-lo, prejudicou também a sua família, que ficaram sem acesso a uma renda que os ajudariam no custeio de seu tratamento médico necessário para diminuir todas as sequelas decorrentes do acidente. Diante disso, o Código Civil de 2002, em especial 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."*

Travessa Guaporé, nº 889, bairro América,
Aracaju/SE, CEP 49080-270

15. O Requerente, em virtude de não ter recebido o valor exato da indenização que é previsto e garantida por lei, ficou muito frustrado, pois, além de ter sido vítima, sofreu e sofre com as sequelas deixadas pelo acidente, que o limitou permanentemente, mesmo depois de ter juntando todas as provas necessárias não conseguiu receber a quantia que lhe era devida.

16. Além do que, o pagamento da indenização daria ao Requerente e a sua família, melhores condições, amenizando suas preocupações com as contas referentes ao seu tratamento de saúde, já que o mesmo é pessoa 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, determinou o pagamento de multa, caso a indenização não seja paga em 15 dias, isso para que o acidentado possa usar deste dinheiro em sua recuperação, esse prazo foi prorrogado para 30 dias, pelo 5º, § 1º da Lei 6.194/74, mais não foi retirado o seu caráter de urgência:

> *Art. 10 – Sem prejuízo de outras penalidades previstas na legislação específica, serão aplicadas às sociedades seguradoras que infringirem disposições da Lei n° 6.194, de 19.12.74, e Lei n° 8.441, de 13.07.92, e das respectivas normas regulamentares, as seguintes penalidades:*
>
> *(...)*
>
> *<u>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.</u>*
>
> *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.*

Travessa Guaporé, nº 889, bairro América,
Aracaju/SE, CEP 49080-270

> *§ 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 liqüidação, no prazo de 30 (trinta) dias da entrega dos seguintes documentos:*
> (Grifamos)

17. Vale ressaltar, que ao não possibilitar que o Requerente tivesse acesso ao valor devido da indenização, houve agressão ao seu direito e prejuízo direto a pessoa que foi privada dele, além de impedir que o dinheiro da indenização fosse usado no seu tratamento médico, incluisve, esse é o entendimento mais recente do Tribunal de Justiça de Sergipe – TJSE para deferir o dano moral, conforme pode ser visto 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)

18. 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 consequências dos acontecimentos, assim como as condições econômicas da Requerida.

Travessa Guaporé, nº 889, bairro América,
Aracaju/SE, CEP 49080-270

19. Frise-se que, valor menor não irá 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.

20. Por fim, é importante ressaltar que o pedido de indenização por danos morais não tem como base o mero inadimplemento da obrigação de pagar a indenização ou seu pagamento a menor, más, em virtude dos transtornos causados, pelo não pagamento ou do pagamento a menor, já que retira o acidentado uma verba que pode ajudá-lo no seu tratamento e ajudar no seu sustento e de sua família.

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$7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), em virtude do dano permanente e parcial da função do membro inferior esquerdo, 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 não é aquela apontada, que seja a Requerida condenada a pagar ao Requerente indenização no percentual correspondente ao dano causado em

Travessa Guaporé, nº 889, bairro América,
Aracaju/SE, CEP 49080-270

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) Que seja julgada procedente a demanda para condenar a Requerida em danos morais no montante estimado em 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).

e) 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 às custa e despesas processuais sem prejuízo do sustento próprio.

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

O valor da causa é R$17.087,50 (dezessete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Travessa Guaporé, nº 889, bairro América,
Aracaju/SE, CEP 49080-270

Nestes Termos,

Pede Deferimento.

Aracaju/SE, 16 de agosto de 2019.

ELTON SOARES DIAS

OAB/SE 10.289

Travessa Guaporé, nº 889, bairro América,
Aracaju/SE, CEP 49080-270

PROCURAÇÃO

Outorgante: ITALO JOSE VIEIRA FREIRE, brasileiro, solteiro, RG: 30677866 SSP/SE, CPF 029.059.285-22, residente e domiciliado à Travessa 19, nº 05, Bairro Centro, Nossa Senhora do Socorro/SE, CEP:49160-000.

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.

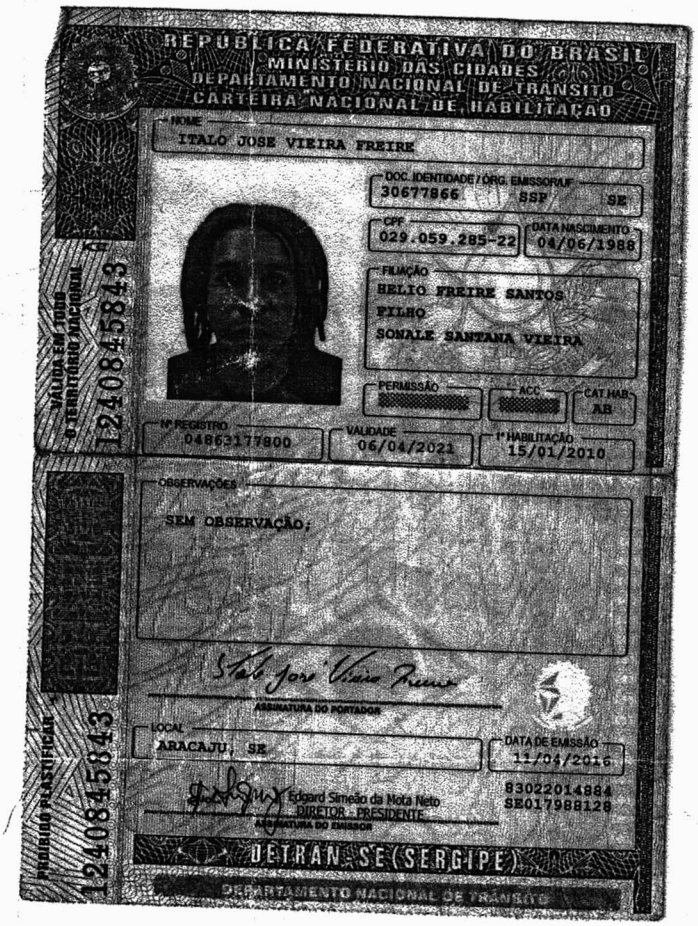
Poderes Específicos: A presente procuração outorga ao Advogado acima descrito, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar compromisso, pedir justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência 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, 18/ Dezembro 2018

Italo Jose Vieira Freire

ITALO JOSE VIEIRA FREIRE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ITALO JOSE VIEIRA FREIRE

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR/UF
30677966 SSP SE

CPF
029.059.285-22

DATA NASCIMENTO
04/06/1988

FILIAÇÃO
HELIO FREIRE SANTOS FILHO
SONALE SANTANA VIEIRA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
04863177800

VALIDADE
06/04/2021

1ª HABILITAÇÃO
15/01/2010

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
ARACAJU, SE

DATA DE EMISSÃO
11/04/2016

Edgard Simeão da Mota Neto
DIRETOR - PRESIDENTE
ASSINATURA DO EMISSOR

83022014884
SE017988128

DETRAN SE (SERGIPE)
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
12408458 43
PROIBIDO PLASTIFICAR
12408458 43

SHISLEY
CORRETORA
08 OUT. 2019
DPVAT/SE

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 010.334.864

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

SONALE SANTANA VIEIRA
TRAV DEZENOVE 0005
NOSSA SENHORA DO SOCORRO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

3/296151-4

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JAN/2019	22/01/2019	167	29/01/2019	R$ 357,26

Acesse: www.energisa.com.br

DESTAQUE AQUI

SONALE SANTANA VIEIRA
Roteiro: 13-020-480-6520
83600000003-1 57260049000-5 02961512019-2 01000020019-5

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
29/01/2019	R$ 357,26	296151-2019- 01-0

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - SE
Nº 013558530089
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA: 1 | COD. RENAVAM: 01044728710 | RNTRC: 00000000000 | EXERCICIO: 2017

NOME: ITALO JOSÉ VIEIRA FREIRE

CPF/CNPJ: 029.059.283-22 | PLACA: PJD7838

PLACA ANT/UF: PJU7838/SE | CHASSI: 9C2KG0830F0028518

ESPÉCIE TIPO: PAS/MOTOCICLETA | COMBUSTIVEL: ALCO/GASOL

MARCA/MODELO: YAMAHA/YS150 FAZER SED | ANO FAB.: 2014 | ANO MOD.: 2015

CAP/POT/CIL: 2FDCV/149CC | CATEGORIA: PARTIC | COR PREDOMINANTE: BRANCA

IPVA — COTA ÚNICA: ****** | VENC. COTA ÚNICA: ********** | VENC/COTAS: 1ª ********* 2ª ********* 3ª *********
FAIXA I.P.V.A: ******** | PARCELAMENTO/COTAS: **********

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$): ******** | IOF (R$): ******* | PRÊMIO TOTAL (R$): ******* | DATA DE PAGAMENTO: ********

OBSERVAÇÕES
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO
SEM RESTRIÇÕES PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL: NOSSA SENHORA DO SOCORRO | DATA: 08/11/2017

DENATRAN — CONTRAN

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

SE Nº 013558530089 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2017 | DATA EMISSÃO: 08/11/2017

VIA: 1 | CPF/CNPJ: 029.059.283-22 | PLACA: PJD7838

RENAVAM: 01044728710 | MARCA/MODELO: YAMAHA/YS150 FAZER SED

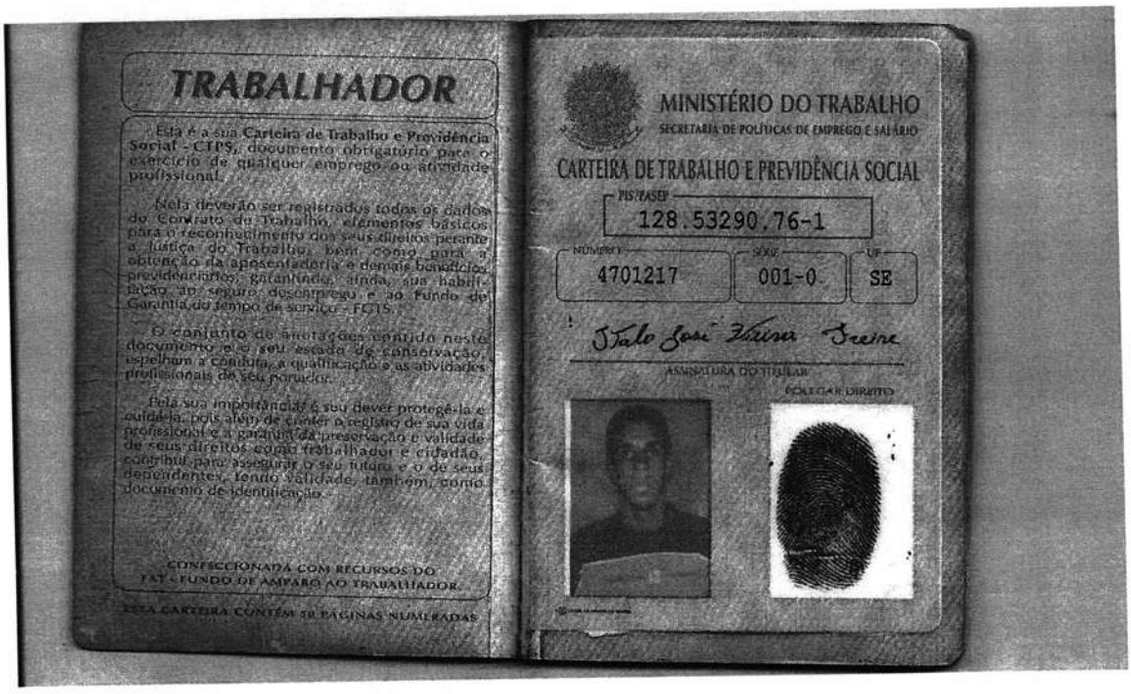
ANO FAB.: 2014 | CAT.TARIF.: 09 | Nº CHASSI: 9C2KG0830F0028518

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R$): 81,29 | DENATRAN (R$): 5,03 | CUSTO DO SEGURO (R$): 90,32
CUSTO DO BILHETE (R$): 4,19 | IOF (R$): 0,70 | TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R$): 195,30

PAGAMENTO: X COTA ÚNICA — * P A G O * | PARCELADO | DATA DE QUITAÇÃO: 07/07/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

JUL-2017



TRABALHADOR

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 de 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

MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP 128.53290.76-1

NÚMERO 4701217 | SÉRIE 001-0 | UF SE

Italo José Vieira Freire

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO

02 QUALIFICAÇÃO CIVIL

BRASILEIRO

NOME: ITALO JOSÉ VIEIRA FREIRE

LOC DE NASC: ARACAJU - SE

FILIAÇÃO: HELIO FREIRE SANTOS FILHO
SONALE SANTANA VIEIRA

DOC. APRESENTADO: R.G. 3.067.786-6 SSP SE

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

DATA DE NASC.: 04/06/1988
NOCIONAL

NO: 3.067.786-6

LOCAL DA EMISSÃO: DRT/SE
EMISSÃO: 10/09/2004

ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE 03

RELAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO EMISSOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO EMISSOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO EMISSOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO EMISSOR

L E G E N D A

A - DESEMPENHO | C - DIA DA CELEBRAÇÃO | E - RECONHECIMENTO DE ATIVIDADE | G - DIA DA ATIVIDADE
B - SEM REMUNERAÇÃO | D - ATOS DO SINDICATO | F - ACONTECIMENTO VOLUNTÁRIO

10 CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR 10.675.555/0001-97

TECNOMONT MONTAGENS INDUSTRIAIS LTDA

RUA 2, S/N - QUADRA 10 POLO COMERCIAL DISTRITO AGRO INDUSTRIAL - CEP 75250-000 - SERRANÓPOLIS - GOIÁS

CARGO Soldador de chapeira

CBO Nº

DATA DE ADMISSÃO 03 de Agosto de 2013

REGISTRO Nº 3210

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA R$ 7,91 (sete reais e noventa e um centavos)

TECNOMONT MONTAGENS INDUSTRIAIS LTDA

DATA DE SAÍDA 06 de Setembro de 2014

TECNOMONT MONTAGENS INDUSTRIAIS LTDA

COM. DISPENSA CD Nº

FGTS Nº DA CONTA

Empregador : CONSORCIO CONSTRUTOR BELO MONTE
CNPJ nº 13.380.006/0001-83
Endereço : RUA BELEM, 3158

Municipio : ALTAMIRA - UF : PA

Esp. do Estabelecimento : Construção Pesada

Cargo : SOLDADOR I
CBO : 724315

Registro : 1550062592 Fls/Ficha :

Data admissão: 12 de junho de 2014
Remuneração especificada R$ 6,04 (seis reais e quatro centavos por Hora)

Consórcio Construtor Belo Monte
Renato Barbosa de Souza
Assistente de Seleção

Assinatura do empregador ou a rogo com testemunha

1º _____ 2º _____

Data Saída 31 de DEZEMBRO de 14

Assinatura do empregador ou a rogo com testemunha

Consórcio Construtor Belo Monte
Ana Nicia Sousa Freitas
RH Especialista

COM. DISPENSA CD Nº

FGTS Nº DA CONTA

12 CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR

CGC/CPF/CEI

ENDEREÇO

MUNICÍPIO UF

ESP. DO ESTABELECIMENTO

CARGO

CBO Nº

DATA DE ADMISSÃO DE DE 19

REGISTRO Nº R$ / HORA

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA

1º 2º

DATA DE SAÍDA DE DE 19

1º 2º

COM. DISPENSA CD Nº

FGTS Nº DA CONTA

13 CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR

CGC/CPF/CEI

ENDEREÇO

MUNICÍPIO UF

ESP. DO ESTABELECIMENTO

CARGO

CBO Nº

DATA DE ADMISSÃO DE DE 19

REGISTRO Nº R$ / HORA

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA

1º 2º

DATA DE SAÍDA DE DE 19

1º 2º

COM. DISPENSA CD Nº

FGTS Nº DA CONTA

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002952/2018-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 02/04/2018 10:04 Data/Hora Fim: 02/04/2018 10:04

Delegado de Polícia: Daniela Ramos Lima Barreto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especial de Delitos de Trânsito

Data/Hora do Fato: 22/03/2018 15:00

Local do Fato

Município: Aracaju Bairro: Siqueira Campos

Logradouro: Rua Acre

CEP:49.072-010

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(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: ITALO JOSÉ VIEIRA FREIRE (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade:Aracaju Sexo: Masculino Nasc: 04/06/1988

Profissão: Soldador

Estado Civil:Solteiro(a)

Raça/Cor:Parda

Nome da Mãe: Sonale Santana Vieira Nome do Pai: Hélio Freire Santos Filho

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 30677866

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 029.059.285-22

Endereço

Município: Nossa Senhora do Socorro - SE

Logradouro: Travessa 19 Nº:05

Complemento:Conjunto Fernando Collor

Bairro: Taiçoca CEP: 49.160-000

Telefone: (79) 99842-4627 (Celular)

SHISLEY CORRETORA
09 OUT. 2019
DPVAT/SE

Nome: SONALE SANTANA VIEIRA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade:Aracaju Sexo: Feminino Nasc: 24/01/1968

Profissão: Auxiliar Administrativo

Estado Civil:Solteiro(a)

Raça/Cor:Parda

Nome da Mãe: Lindinalva Santana Vieira Nome do Pai: João Bosco Vieira

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 944867

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 473.947.655-04

Endereço

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002952/2018-A01

Município: Nossa Senhora do Socorro - SE
Logradouro: Travessa 19 Nº: 05
Complemento: Conjunto Fernando Collor
Bairro: Taiçoca CEP: 49.160-000
Telefone: (79) 99882-0783 (Celular)

Nome: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço
Município: Aracaju - SE

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo
Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Placa KJO1522
Número do Chassi 24936
Ano/Modelo Fabricação 2008/2008
Cor PRATA
UF Veículo Sergipe
Município Veículo Nossa Senhora de Lourdes
Marca/Modelo FIAT/SIENA ELX FLEX
Modelo FIAT/SIENA ELX FLEX
Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Proprietário

Grupo Veículo
Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa PJD7658
Número do Chassi 9C6KG0650F0028518
Ano/Modelo Fabricação 2015/2014
Cor BRANCA
UF Veículo Sergipe
Município Veículo Nossa Senhora do Socorro
Marca/Modelo YAMAHA/YS150 FAZER SED
Modelo YAMAHA/YS150 FAZER SED
Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Italo José Vieira Freire	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Relata a Noticiante que no dia e hora acima mencionados, seu filho Italo José Vieira Freire conduzia a motocicleta Yamaha pela Rua do Acre, sentido norte/sul, pela faixa da direita, momento em que o veículo de Placa JKO 1522, que se encontrava trafegando pela mesma via e sentido que Italo, porém a sua frente, convergiu à direita sem sinalizar fazendo com que Italo colidisse na carrocinha do referido veículo. Aduz que em virtude do impacto ele caiu na pista de rolamento quebrando a tíbia, lado esquerdo. Acrescenta que o responsável pelo sinistro evadiu-se o local sem prestar qualquer tipo de assistência. Quanto aos danos na motocicleta os mesmos serão averiguados mediante orçamentos.

ASSINATURAS

Cristiane de Oliveira
Responsável pelo Atendimento

Sonale Santana Vieira
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito [illegible] pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos [illegible] 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Cristiane de Oliveira
Mediadora de Conflitos

Fundação Hospitalar de Saúde

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Italo José Vieira Freire
DATA DA ENTRADA: 22/03/2018
DATA DA SAÍDA: 24/03/2018

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 colisão moto x carro trazido pelo SAMU em protocolo. Apresentava possível fratura de membro inferior, confirmada pelo Rx. Colocado tala gesso, sedolica e sol. exames pré operatórios. Recebeu alta hospitalar com cirurgia agendada.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

SHISLEY CORRETORA
08 OUT. 2018
DPVAT/SE

EXAMES COMPLEMENTARES:
Rx perna E
Laboratoriais

MÉDICOS ASSISTENTES:
Dr. Thiago Moreira Leal
Dr. Thiago Silva Lima
Dr. José Araújo

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

ARACAJU, 27 de setembro de 2018

Ana Luiza Pinheiro Barreto
Fisioterapeuta em UTI
CRM 789

Ana Luiza P. Barreto
MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

/DATASUS HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

a. DO BE: 1697584 DATA: 22/03/2018 HORA: 15:21 USUARIO: VDMSANTOS
NS: SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

DOC.: 30677866
SEXO: MASCULINO
NUMERO: 05

NOME : ITALO JOSE VIEIRA FREIRE
IDADE.....: 29 ANOS NASC: 04/06/1988
ENDERECO.....: TRAVESSA 19
COMPLEMENTO...: 700908983236694 BAIRRO: TAICOCA
MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA DO SOCORRO UF: SE CEP...: 49160-000
NOME PAI/MAE..: HELIO FREIRE SANTOS FILHO /SONALE SANTANA VIEIRA
RESPONSAVEL...: ROSE ESPOSA TEL...: 998820783
PROCEDENCIA...: CONJ. FERNANDO COLLOR
ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS) TRAUMA: SIM
CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

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

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

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 22/03/18

DADOS CLINICOS: Vítima de colisão moto, trazido por Samu, protocolado. Nega perda de consciência ou amnesia, usava EPI. ECG 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes, ABCDE demonstra possível fratura de MIE. Boa perfusão periférica. Sem dor ou sinais de lesão cervical.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM: AC: BRNF 2T S/S FC: 76bpm AR: MV+ AHT S/RA AB: flácido, indolor, RVNG, RHAS

CID:

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO	HORARIO DA MEDICACAO
Dipirona 1g EV AD IV 15:52	
Profenid 100mg no soro	
SF0,9% 1000ml IV	
Radiografia. - Solicito avaliação de ortopedista	

Alko de Carvalho

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :
ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA
[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

Dra. Luciana Flora Góis
Coloproctologia Cirurgia Geral
CRM 2993

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PATO.

Dra. Luciana Flora Góis
Coloproctologia Cirurgia Geral
CRM 2993

Rosedacy Costa Santos
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Rx de perna E 2P.

22/03/18
16:39

S/ alta

3

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo...: 3483
Nome.....: ITALO JOSE VIEIRA FREIRE
Documento.....: Tipo :
Data de Nascimento: 4/06/1988 Idade: 29 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: HELIO FREIRE SANTOS FILHO
Nome da Mae.....: SONALE SANTANA VIEIRA
Endereco.....: TRAV. 19 QD. 41 00005 700908983236694
Bairro.....: TAICOCA Cep.: 49160-000
Telefone.....: 000000998820783
Municipio.....: 2804805 - - SE
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada..: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 1697584
Clinica.....: 940 - PS VERDE TRAUMA I
Leito.....: 999.0070
Data da Internacao: 23/03/2018
Hora da Internacao: 09:21
Medico Solicitante: 871.969.564-00 - LUCIANA KALLIOPI DE OLIVEIRA SILVESTRE
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: LVBATISTA

INFORMACOES DE SAIDA

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

GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Fundação Hospitalar de Saúde

PRONTO SOCORRO ADULTO	PRESCRIÇÃO MÉDICA
HUSE	

Nome: Italo José Vieira Freire Idade: Data:

DATA	HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
22/03	18	1- Dieta livre	SND
		2- SF 0,9% 1000 ml ev em 24h	~~18~~ - 24 - 18 - 12
		3- Dipirona 01 2 g + AD ev 6/6h	~~00~~ - 04
		4- Profenid 01 2 g + 100 ml SF 0,9% ev 8/8h	~~08~~ - 06 - 12
		5- Ranil 100 g + 100 ml SF 0,9% ev 8/8h	~~00~~
		6- Omeprazol 40 g + AD ev 1x/dia	18 - 24 - 6 - 12
		7- SSW + CCGB	

23/03

24/03

GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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

Fundação Hospitalar de Saúde

5

DATA: 23 / 03/ 2018. 2 ° DIH

NOME: Ítalo José Vieira Freire 29 A VT2 L 15

DIAGNÓSTICO(S): FRATURA Tíbia Esquerda

ONTEM: EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS, ϕ DVL

HOJE : Evolui, PAO, ϕ dor, ϕ febre, ϕ dist. ~ tórax ou abdome, Edema +(4) MIE

LAB : 22/03 ok ECG ?

	Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
	1º. Dieta RICA EM FIBRA,	
	2º. ~~ACESSO PERVIO~~ SF0,9% 500ml EV 8/8h	8h-16h-24h
D	3º.KEFLIN 1G EV 6-6HS OU KEFAZOL 1G EV8-8HS	
D	4º.GENTAMICINA 240MG + 100ML SF0,9% EV 1X AO DIA	
	5º. Paracetamol 40gts VO 6/6hs	12-18-24-06 SOS
	6º. Nausedron 8mg EV 08/08hs **SOS**	
	7º. Omeprazol 40mg VO às 6hs OU ANTAK 150 VO 12-12HS	
	8º. Tramal 50mg + 100 ml SF 0,9% EV ou VO 6/6hs	12-18-24-06
	9º. Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% EV 12/12hs OU DICLOFENACO 50 VO 8-8HS	12-20-04
	10º. Captopril 25mg Sub lingual se PAS > 180 mmHg ou PAD > 100 mmHg	SOS SOS
	11º. Clexane 60mg SC 1 x dia ou Heparina 5000UI SC 2 x dia	~~NÃO~~ 12-24
	12º. GLICEMIA CAPILAR 2X AO DIA NAO	6HS: 14HS:

13º Insulina Regular SC, após o GLICEMIA CAPILAR

201 – 250: 02UI	**301 – 350: 06UI**
251 – 300: 04UI	**351 – 400: 08UI**
> ou = 401: 10UI	

14º. Curativos Diários 1 x dia COM SF 0,9% SOS

	15º GLICOSE 50% 4 AMPOLAS EM 250ML SF0,9% EV SE GLICEMIA CAPILAR MENOR OU IGUAL A 70MG-DL	
	16º FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA	
	17. MEDIDAS ANTI ULCERA DE PRESSAO	
	18.	

19.

DR. JOAO FRANCISCO BC ARAUJO CRM 2801 TEOT 5508 – ORTOPEDIA CLINICA

GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE
PRONTO SOCORRO VERDE TRAUMA II
LEITO 15

Fundação Hospitalar de Saúde

NOME	ITALO JOSE VIEIRA FREIRE	IDADE	29 ANOS	DATA	24/03/18

DIAGNÓSTICO	FRATURA DE TIBIA ESQ.	DIH

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	Dieta LIVRE VO	SPD
2	SF0,9% 500ML EV 8/8HS	500 500
3	Keflin 1g, IV, 6h/6h OU Kefazol 1g, IV, 8h/8h SUSP	Susp
4	Ranitidina, 02 mL + 18 mL AD, IV, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, IV, às 6:00	14 22 06
5	Dipirona, 02 mL + 08 mL AD, IV, 6h/6h OU PARACETAMOL 40GTS 6/6H	24 06 12
6	Profenid, 01 ampola IV + 100mL SF0,9%, 12h/12h SUSP	Susp
7	Tramal 100mg + 250 ml SF0,9, IV OU VO, 6h/6h	22 06 14
8	Clexane 60mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia	20 08
9	Bromoprida, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos **SOS**	SOS
10	Glicemia capilar, 6h/6h, **se diabético**	Atrasado
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, 1x/dia SUSP	
18	CURATIVO DIARIO 1X/DIA	
19		
20		
21		
22		
23		

EVOLUÇÃO MEDICA

Pde evolui assintomático estável sem queixas no momento
Alta ao PTO
Conforme + Guia trat hospitalar

CONDUTA VIDE PRESCRIÇÃO

Horário	PA(mmHg)	FC(bpm)	FR (ipm)	SpO_2	Diurese	Temp(°C)	Glicemia
6:00h	X						
12:00h	X						
18:00h	X						
00:00h	X						

Dr. Thiago M. Leal
Ortopedia e Traumatologia
CRM/SE 4728 - TEOT: 1569

Fundação Hospitalar de Saúde

EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE – HUSE

PRONTO SOCORRO ADULTO

X

Nome do Paciente: Ítalo José Vieira Freire	Idade:	Sexo:
Unidade de Produção:	Leito:	Nº do Prontuário:

DATA	HORA	
22/03/18		*Ortopedia* Paciente vítima de acidente de moto. Apresenta fratura de tíbia (E). Cat.: Tala gessada coxo-podálica VPM Sol. ex. pré-op.

MS-DATASUS
VERSÃO: 14.80

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

PAG.: 1
DATA: 20/04/2018
APRESENTAÇÃO: 05 / 2018

O.E: M280030801 ESFERA: PRIVADO

Num AIH: 281810013963-5 **Situação:** APURADA **Tipo:** 01-INICIAL **Apresentação:** 05/2018 **Data Autorização:** 24 / 03 / 2018

Especialidade: 01 - CIRURGICO **Orgão Emissor:** M280030801 **CRC:** **Doc médico solic:** 980016000138321
Doc autorizador: 190136126980000 **Doc med resp:** 206790614650009 **Doc diretor clínico:** 206790614650009 **CNS:** 700908983236694
CNES: 0002283 - FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA **Prontuário:** 1032066
Paciente: ITALO JOSE VIEIRA FREIRE **Tipo Doc.:** Identidade **Doc.:** 30677866
Data Nasc.: 04 / 06 / 1988 **Sexo:** MASCULINO **Nacionalidade:** 010 - BRASIL **Nome da Mãe:** SONALE SANTANA VIEIRA
Responsável pac.: ITALO JOSE VIEIRA FREIRE
Endereço: AVENIDA JOSE ZUKERMAN 63 Bairro: AMERICA Raça/Cor: 99-SEM INFORMACAO Etnia: 0000-NAO SE APLICA **Telefone:** (79)9988-20783 **Muda Proc.?:** NÃO
Município: 280030 - ARACAJU **UF:** SE **CEP:** 49080-350
Procedimento solicitado: 04.08.05.050-0 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
Procedimento principal: 04.08.05.050-0 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA **Diag. secundário:**
Diag. principal: S822-FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA **Causa Obito:**
Complementar: **Modalidade:** HOSPITALAR
Carater atendimento: 02 - URGENCIA
Data internação: 24 / 03 / 2018 **Data saída:** 29 / 03 / 2018 **Mot saida:** 12 - ALTA MELHORADO **AIH Anterior:** - **AIH Posterior:** -
Liberação SISAIH01:
[Causas Externas (Acidente ou Violência)] **CNAER:** -
CNPJ do Empregador: . . / - **CBOR:** -
Vínculo Previdência:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtde	Cmpt	Descrição
1	0408050500	980016000138321	225270(1)	0002283	0002283	1	03/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
2	0408050500	707008804459931	225151(6)	3359948	3359948	1	03/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
3	0702030902			55121602000199	55121602000199	1	03/2018	PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM

DADOS DE OPM

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Reg. ANVISA	CNPJ Fabricante
3	0000030102	55.121.602/0001-99				

VALORES DA PRÉVIA

	Serviço Hospitalar		Serviço Profissional				TOTAL
	Direto		Direto		Rateado		
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	
04.08.05-MEMBROS INFERIORES	631,25			64,53	150,58		846,36
07.02.03-OPM EM ORTOPEDIA		235,88					235,88
Total Geral:	631,25	235,88		64,53	150,58		1.082,24

CID SECUNDÁRIO

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

23/04/18

SHISLEY
CORRETORA
09 OUT. 2019
DPVAT/SE

D. Dibran

ANEXO I

SUS — 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: ITALO JOSE VIEIRA FREIRE
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1032066
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 700908983236694
8 - DATA DE NASCIMENTO: 04/06/88
9 - SEXO: Masc. X 1 Fem. 3
10 - RAÇA/COR:
11 - NOME DA MÃE: Sonale Santana Vieira
12 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 79 Nº DO TELEFONE 9882-0783
13 - NOME DO RESPONSÁVEL: Sonale Santana Vieira/MAE
14 - TELEFONE DE CONTATO: DDD Nº DO TELEFONE
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): AVENIDA JOSE ZUKEMMAN N 63 América
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: ARACAJU
17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:
18 - UF: SE
19 - CEP: 49080350

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Paciente sofreu queda de moto há 02 dias com fratura de tíbia esquerda

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Tratamento cirúrgico

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Rx de perna (E)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: fratura de tíbia
24 - CID 10 PRINCIPAL: S822
25 - CID 10 SECUNDÁRIO: V27
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento cirúrgico
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0408050500
29 - CLÍNICA: Ortopedia
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: URGÊNCIA
31 - DOCUMENTO: ( ) CNS (X) CPF
32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 01364429519
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Hertz Tavares
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 24/3/18
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Hertz Tavares Médico CRM-SE 1336 Ortopedia e Traumatologia

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 - Nº DO BILHETE:
41 - SÉRIE:
42 - CNPJ EMPRESA:
43 - CNAE DA EMPRESA:
44 - CBOR:
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:
48 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 02/04/18
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dra. Arianne Fernandes de Mello Supervisão Médica CRM-SE 3696 CPF 998.735-20
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 281810013963-5

Gmail

nirhuse crpe <nirhuse.crpe@gmail.com>

DUSV E - ORTOPEDIA - FBHC - ITALO VIEIRA FREIRE

24 de março de 2018 10:02

Sigau crpe <sigau.crpe@gmail.com>
Para: nirhuse crpe <nirhuse.crpe@gmail.com>, regulacaohc@gmail.com

- Segue autorização para admissão em ortopedia 1.

RL2403HCO1D4FC1
[Texto das mensagens anteriores oculto]

Recebemos de Dibron Comercio de Artigos Ortopedicos Eireli - EPP os produtos constantes na Nota Fiscal indicada ao lado.

Data de Recebimento	Identificação e Assinatura do Recebedor

NFe Nº 0000030102
Série 001

DIBRON

Dibron Comercio de Artigos Ortopedicos Eireli - EPP
Rua Thomaz Pileggi - , 421 - Republica
14030-010 - Ribeirao Preto - SP
Fone/Fax: 16 3234 0226

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

Saída: 1
Entrada: 0
N 0000030102
Série 001
Folha 1/1

1

Controle do Fisco

Chave de Acesso
3518 0455 1216 0200 0199 5500 1000 0301 0217 7701 3139

Consulta de autenticidade de portal nacional da NFe www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora

Protocolo de Autorização
135180222167891 - 03/04/2018 - 14:58:30

CNPJ
55.121.602/0001-99

Natureza de Operação	Inscrição Estadual	Inscrição Estadual Sub. Tributária
Venda	582216683113	

Destinatário / Remetente

Nome/Razão Social	CNPJ/CPF	Data de Emissão
Fundacao de Beneficencia Hospital de Cirurgia	13.016.332/0001-06	03/04/2018

Endereço	Bairro/Distrito	CEP	Data Saída/ Entrada
Avenida Dezembargador Maynard, 174 -	Cirurgia	49055-210	03/04/2018

Município	Fone	UF	Inscrição Estadual	Hora Saída/Entrada
Aracaju	79 2106 7312	SE		14:58:00

Fatura

Nº da duplicata	Vencimento	Valor	Nº da duplicata	Vencimento	Valor	Nº da duplicata	Vencimento	Valor	Nº da duplicata	Vencimento	Valor	Nº da duplicata	Vencimento	Valor
0030102-01	03/05/2018	235,88												

Cálculo dos Impostos

Base de Cálculo do ICMS	Valor do ICMS	Base Cálc. do ICMS Subs.	Valor do ICMS Subs.	Valor Aprox. dos Trib. (IBPT)	Valor Total dos Produtos
0,00	0,00	0,00	0,00	52,37	235,88

Valor do Frete	Valor do Seguro	Desconto	Out. Desp. Acessor.	Valor do IPI	Valor Deson.	Valor Total da Nota
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	235,88

Transportador / Volumes Transportados

Razão Social	Frete por Conta	Código ANTT	Placa Veículo	UF	CNPJ/CPF
	0 - Emitente				

Endereço	Município	UF	Inscrição Estadual

Quantidade	Espécie	Marca	Numeração	Peso Bruto	Peso Líquido

Dados dos Produtos

Cód. Prod.	Descrição do Produto	NCM/SH	CST CSOSN	CFOP	Med.	Quantidade	Vr. Unitário	Vr.Total	BC Icms	Vr. Icms	Vr. IPI	ALIQ. % ICMS	ALIQ. % IPI	Vr Aprox dos Trib.
7017	PLACA DCP 4,5MM ESTREITA 07F- C.SUS:07.02.03.090-2 Lote 0179/18 RMS 80057410007	90211020	040	6108	PC	1,0000	235,8800	235,88	0,00	0,00	0,00	0,00		52,37

Dados Adicionais

Informações Complementares

Hospital: HOSPITAL CIRURGIA
PACIENTE: ITALO JOSE VIEIRA FREIRE -Pront.1032066
DATA DA CIRURGIA: 28/03/2018
MEDICO: DR. LUCIANO PASSOS
CONVENIO: SUS
Banco do Brasil AG 6504-6 C/C 21853-7
Nota fiscal emitida nos termos do ajuste SINIEF 11/2014, Isencao de ICMS conforme Convenio 01/99 prorrogado pelo Convenio 49/17 e Aliquota 0% de PIS e Cofins conforme art. 28 inciso XV da LEI 10.865/2004

Trib Aprox. R$ 9,91 Fed - R$ 42,46 Est - R$ 0,00 Mun / Fonte:IBPT/empresome M2L5P6

Informações Adicionais do Fisco

949

GOVERNO DE SERGIPE

SISTEMA INTERFEDRATIVO 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: ITALO JOSE VIEIRA FREIRE

DATA DE ADMISS 22/03/18

DATA DE NASCIM 04/06/88

NOME DA MÃE: SONALE SANTANA VIEIRA

IDADE: 29

ENDEREÇO: TV. 19 Nº15

ESTADO: SERGIPE

CNS: 700908983236694 PLANO DE SAÚDE: NÃO

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: NOSSA SENHORA DO SOCORRO

NATURALIDADE ARACAJU – SE

REGIÃO DE SAÚDE:

TELEFONE PARA CONTATO: 79 -998820783

UNIDADE PRODUTIVA: PRONTO SOCORRO ÁREA AZUL ( ) ÁREA VERDE (X)

OUTROS:

QUEIXA PRINCIPAL E DURAÇÃO:

DOR EM PERNA ESQ.

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO CARRO – MOTO

ANTECENDENTES PESSOAIS E COMORBIDADES:

NAO

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

RX + LABORATORIO

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

FRATURA DE TIBIA ESQ.

RESUMO DA TERAPÊUTICA INSTITUÍDA E RESULTADOS

ANALGESIA + PROFILAXIA DE TVP

PARÂMETROS CLÍNICOS LABORATORIAIS

PRESSÃO ARTERIAL	SATURAÇÃO DE 02	FREQUÊNCIA CARDÍACA	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	GLICEMIA	URÉIA	CREATININA
138 X 76	99%	75	20		NÃO	NÃO

Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia

Laboratório

Data: 25/0
Hora: 14:3

Atendimento	1032063	Data	24/03/2018 15:07
Nome	ITALO JOSE VIEIRA FREIRE	Convênio	Sus
Tp.Atend	Urgência	Med.Sol:	
Endereço	AVENIDA JOSE ZUKEMMAN N 63	Bairro:	
Cidade		Telefone:	9882-0783
Sexo:	Masculino	Idade:	29 anos

HEMOGRAMA COMPLETO

Data Coleta:24/03/2018 15:08

Material:Sangue Total
Metodo:Automatizado

			Referência
ERITROGRAMA			
A)Eritrócitos	4,32 milh./mm³		Homem Mulher 4.0 - 5.5 4.0 - 5.0
B)Hemoglobina	13,5 g/dl		Homem Mulher 13.0 - 17.0 12.0 - 16.0
C)Hematócritos	38,8 %		Homem Mulher 40 - 50 35 - 47
ÍNDICES HEMATIMÉTRICOS			
A)V.C.M	89,81 fl		82 - 95
B)H.C.M	31,25 pg		26 - 34
C)C.H.C.M	34,79 g/dl		30 - 35
D) R.D.W	11,1 %		10 - 15
LEUCOGRAMA			
A) Leucócitos(global)	7.700 mm³		5.000 a 10.000/mm³
B)Contagem diferencial	%.....	/mm³	
.Segmentados	61.9%	4766.3	40 a 70 1.600 a 7.300
.Eosinófilos	03.2%	246.4	01 a 04 50 a 400
.Basófilos	00.3%	23.1	00 a 02 00 a 200
.Linfócitos	29.0%	2233.0	20 a 50 1000 a 5000
.Monócitos	05.6%	431.2	03 a 10 150 a 1000
PLAQUETAS			
.Valor Encontrado	188.000 /mm³		150.000 a 400.000/mm³

Mônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo
Biomedica
CRBM 1986

Alinne Karla Costa Lisi
Biomedica
CRBM 3697

Anne Regina P.C.Carvalho
Biomedica
CRBM 0776

Fernanda S. Almeida
Biomédica
CRBM 2860

Camilla Figueiredo Chianca
Biomédica
CRBM 4928

Jaqueline Licia dos Santos
Biomédica
CRBM 2875

Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia

Laboratório

Data: 25/0
Hora: 14:3

Atendimento	1032063	Data	24/03/2018 15:07
Nome	ITALO JOSE VIEIRA FREIRE	Convênio	Sus
Tp.Atend	Urgência	Med.Sol:	
Endereço	AVENIDA JOSE ZUKEMMAN N 63	Bairro:	
Cidade		Telefone:	9882-0783
Sexo:	Masculino	Idade:	29 anos

TEMPO DE PROTOMBINA

Data Coleta:24/03/2018 15:08

Material:Plasma
Metodo:Automatizado

		Referência
TEMPO DE PROTOMBINA .....:	15,0	10,0 a 14,0
PROTOMBINA (ATIVIDADE) .....:	83,3	70 a 100%
INR .....:	1,20	0,81 a 1,13

VALORES DE RNI RECOMENDADOS PARA O CONTROLE DA TERAPIA ANTICOAGULANTE ORAL:

INDICAÇÃO	RNI
Profilaxia de Trombose venosa em pacientes cirúrgicos de alto risco	2.0 - 3.0
Prevenção de Trombose venosa profunda	2.0 - 3.0
Prevenção de Tromboembolismo	2.0 - 3.0
Prevenção de recorrência do embolismo, ou tratamento de pacientes portadores de válvulas cardíacas mecânicas.	3.0 - 4.5

Mônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo
Biomedica
CRBM 1986

Alinne Karla Costa Lisi
Biomedica
CRBM 3697

Anne Regina P.C.Carvalho
Biomedica
CRBM 0776

Fernanda S. Almeida
Biomédica
CRBM 2860

Camilla Figueiredo Ottiianca
Biomédica
CRBM 4328

Jaqueline Licia dos Santos
Biomédica
CRBM 2875

Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia

Data: 25/0
Hora: 14:3

Laboratório

Atendimento	1032063	Data	24/03/2018 15:07
Nome	ITALO JOSE VIEIRA FREIRE	Convênio	Sus
Tp.Atend	Urgência	Med.Sol:	
Endereço	AVENIDA JOSE ZUKEMMAN N 63	Bairro:	
Cidade		Telefone:	9882-0783
Sexo:	Masculino	Idade:	29 anos

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTPA)

Data Coleta:24/03/2018 15:08

Material:Plasma Citratado
Metodo:Coagulométrico

		Referência
Tempo de Tromboplastina (TTPA)	32,8 Segundos	30 a 40 seg.

Mônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo
Biomédica
CRBM 1986

Allnne Karla Costa Lial
Biomédica
CRBM 3697

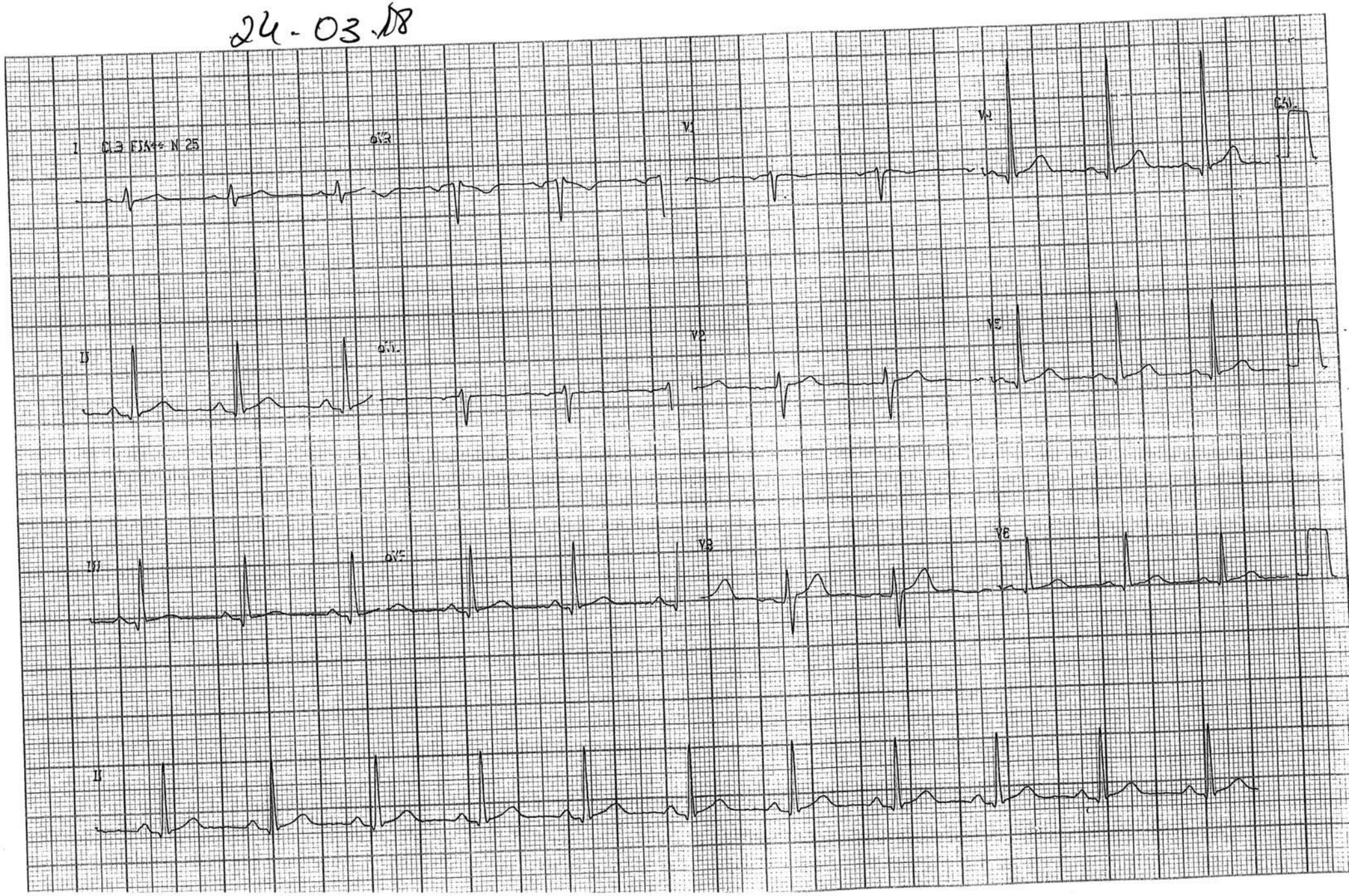
Anne Regina P.C.Carvalho
Biomédica
CRBM 0776

Fernanda S. Almeida
Biomédica
CRBM 2860

Camilla Figueiredo Chianca
Biomédica
CRBM 4928

Jaqueline Licia dos Santos
Biomédica
CRBM 2879

Italo José Vieira Freire
Alta - I - L-D4
24-03-18



3026206

CIRURGIA

HOSPITAL DE CLÍNICAS
"DR. AUGUSTO LEITE"

Data: 24 / 3 / 18 | Convênio: SUS | Matrícula: 1032066

Paciente: Italo José Vieira Freire | Idade: anos. 29

Internação: / / | Unidade: | Leito: D4

Distribuição de Horário

PRESCRIÇÃO MÉDICA	1º Turno 7 às 13h	1º Turno Ass.	2º Turno 13 às19h	2º Turno Ass.	3º Turno 19 às 7h	3º Turno Ass.
Dieta: VO livre						
Gelco hidrolizado	—		—			
Omeprazol 20mg 01 CP VO às 6h;						
~~Cefalotina 1g EV de 6/6h~~ Suspenso						
Dipirona 2:8ml AD EV 6/6h SOS						
Plasil 2:8ml AD EV 8/8h SOS						
Captopril 25mg VO se PA≥ 160x100mmHg SOS						
Profenid 100mg + 100ml SF EV 12/12h SOS						
Tramal 100mg + 100ml AD EV 6/6h SOS	—		—			
Clexane 40mg 1xdia SC;	12		18			
Glicemia capilar de 6/6h;						
Glicose 25% - 04 amp. IV se glicemia ≤70mg/dl			96			
Insulina Regular, SC, conforme esquema: Até 301-						
180= 0U 181-250=02U 251-300=04U						
350=06U 351-400=08U > 401=10U	12		18	Paulo		
Sinais vitais e cuidados gerais de 6/6h						

Dr. Hertz
Médico
CRM/SE 4304

Seth 4201

CIRURGIA

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

UNIDADE:

MATRÍCULA:

PACIENTE: Jotalo José Vieira Freire

IDADE	SERVIÇO	APTO	QUARTO	ENFERM.	LEITO	CONVÊNIO

DATA E HORA	EVOLUÇÃO
24/3/18	≠ Ortopedia ≠
	Paciente sofreu queda de moto há 2dias com fratura de tíbia esquerda.
	c.p.: Internar para tratamento cirúrgico
	Katz
	Dr. Henry Koiffmann Ortopedista CRM/SP 60.[illegible]
25/03	Paciente bem, [illegible]
	Ortopedia e Traumatologia CRM [illegible]
26.03	Paciente bem, aguardando cirurgia
	Ortopedia e Traumatologia CRM [illegible]
27/03	Paciente bem, sem queixas
	Ortopedia e Traumatologia CRM [illegible]

FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

D-4

NOME: ITALO 2/10 U. FMIM IDADE: 23 SEXO: M(X) F( ) UNID/LEITO: 04-2

EVOLUÇÃO MÉDICA

DIAGNÓSTICO/CID: F-X TIBIA (E)

PACT BEG, LOTE, AFEBRIL, EUPNÉICO (X) SEM QUEIXAS (X) QUEIXANDO-SE ( )DE:

EXAME NEUROVASCULAR NORMAL, S/SINAIS DE SÍND. COMPARTIMENTAL (X) PULSO ( )

FERIDA OPERATÓRIA: DE BOM ASPECTO ( ) MERECE CUIDADOS ESPECIAIS ( )

IMOBILIZAÇÃO: ADEQUADA ( ) INADEQUADA( )

OBS:

CONDUTA: [illegible]

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

DATA: 20/03/18 DATA INTERNAMENTO: 20/03/18 DATA DA FRATURA: 20/03/18 DATA CIRURG. / /

		DR.
DIETA VO: (X) LIVRE (X) HAS( ) DM( ) ZERAR ÀS.....:.....H		
SF 0,9% 500ML (X) SRL 500ML ( ) SG 0,5% 500ML( )	EV 12/12H	SOS Cristiane
CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1 EV 8/8H( )	SUSP (X)	20/03 Cristiane
DIPIRONA 02ML+08ML AD EV 6/6H (X)	SOS( )	20/03 Cristiane
TRAMADOL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H (X)	SOS( )	20/03 Cristiane
TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 6/6H ( )	SOS(X)	
CLEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINA 5.000UI SC 12/12H (X)	SUSP ( )	20/03 Cristiane
LACTULOSE NEBAL 10ML VO 8/8H( )	SUSP (X)	
CURATIVO ( ) 1ºDPO ( ) 2ºDPO ( ) 1X/DIA ( ) 2X/DIA( )	SUSP (X)	
RANITIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H OU OMEPRAZOL 40MG EV 6:00H(X)		
BROMOPRIDA 02ML+18ML AD EV 8/8H	SOS(X)	
GLICEMIA CAPILAR SE DIABÉTICO 6/6H (X)		
GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE< 70 MG/DL(X)		
INSULINA REGULAR, SC, SE DIABÉTICO, CONFORME ESQUEMA: 180=0UI/181-250=02UI/251-300=04UI/301-350=06UI/351-400=08UI/>401=10UI		
CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>180mmHg OU PAD>110mmHg (X)		
MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H(X)		
FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA (X)		
CCGO-SSVV 6/6H (X)		
CIRURGIA PROG-01		

Gibson Teixeira
Médico em Ortopedia
CRM/SE 4003

HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	PULSO	TEMP (ºC)
06				
12				
18				
24				

FUNDAÇÃO DE BENEFICIENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

D-4

NOME: [illegible] IDADE: [illegible] SEXO: M(X) F( ) UNID/LEITO: [illegible]

EVOLUÇÃO MÉDICA

DIAGNÓSTICO/CID: [illegible]

PACT. BEG, LOTE, AFEBRIL, EUPNÉICO (X) SEM QUEIXAS (X) QUEIXANDO-SE ( )DE:

EXAME NEUROVASCULAR NORMAL, S/SINAIS DE SÍND. COMPARTIMENTAL (X) PULSO (60)

FERIDA OPERATÓRIA: DE BOM ASPECTO ( ) MERECE CUIDADOS ESPECIAIS ( )

IMOBILIZAÇÃO: ADEQUADA (X) INADEQUADA( )

OBS.:

CONDUTA: [illegible]

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

DATA: [illegible] DATA INTERNAMENTO: [illegible] DATA DA FRATURA: __/__/__ DATA CIRURG. __/__/__

1	DIETA VO(X) LIVRE(X) HAS( ) DM( ) ZERAR ÀS..... .....H		
2	SF 0,9% 500ML (X) SRL 500ML ( ) SG 0,5% 500ML( ) EV 12/12H		
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G ~~EV 8/8H( )~~		
4	DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H (X) ~~SOS( )~~		
5	PROFENIDE 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H (X) ~~SOS( )~~		
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 6/6H ( ) SOS(X)	500	
7	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINA 5.000UI SC 12/12H(X) SUSP.(X)	08	
8	ÓLEO MINERAL 10ML VO 8/8H( ) SUSP.(X)		
9	CURATIVO ( ) 1ºDPO ( ) 2ºDPO ( ) 1X/DIA (X) 2X/DIA( ) SUSP.( )		
10	RANITIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H ~~OU OMEP~~RAZOL 40MG EV 6:00H(X)		
11	BROMOPRIDA 02ML+18ML AD EV 8/8H. SOS(X)	500	
12	GLICEMIA CAPILAR, SE DIABÉTICO 6/6H (X)	72	(18)
13	GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE< 70 MG/DL(X)		
14	INSULINA REGULAR, SC, SE DIABÉTICO, CONFORME ESQUEMA: 180=0UI/181-250=02UI/251-300=04UI/301-350=06UI/351-400=08UI/>401=10UI		
15	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>180mmHg OU PAD>110mmHg (X)		
16	MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H(X)		
17	FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA (X)		
18	CCGG+SSVV 6/6H (X)		
19			
20	[illegible]		
21			
22			
23			
24			
25			
26			

Ana Paula Oliveira Santos
Enfermeira
COREN-SE

Jaime O. P. Rodrigues Santos
Enfermeiro
COREN-SE 319.974

Gilson Teixeira
Médico em Ortopedia
CRM/SE 4002

Fernando J. Barreto
COREN-SE 443.025

HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	PULSO	TEMP (ºC)
06				
12				
18	140x80		80	
24				

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

D-4 D-4

NOME: [illegible] IDADE: [illegible] SEXO: M(X) F( ) UNID/LEITO: [illegible]

EVOLUÇÃO MÉDICA

DIAGNÓSTICO/CID: [illegible]

PACI.BEG.LOTE, AFEBRIL, EUPNÉICO (X) SEM QUEIXAS ( ) QUEIXANDO-SE( )DE: [illegible]

EXAME NEUROVASCULAR NORMAL, S/SINAIS DE SÍND. COMPARTIMENTAL (X) PULSO (2º)

FERIDA OPERATÓRIA - DE BOM ASPECTO (X) NÃO MERECE CUIDADOS ESPECIAIS ( )

IMOBILIZAÇÃO ADEQUADA (X) INADEQUADA ( )

OBS.:

CONDUTA: [illegible]

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

DATA: 27/03/14 DATA INTERNAMENTO: [illegible] DATA DA FRATURA: [illegible] DATA CIRURG: [illegible]

1	DIETA VO(X) LIVRE(X) HAS( ) DM( ) ZERAR AS.....H	
2	SF 0,9% 500ML(X) SRL 500ML( ) SG 0,5% 500ML( ) EV 12/12H	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H( )	
4	DIRIRONA 02ML+08ML AD EV 6/6H (X) SOS( )	
5	PROFENIDE 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H (X) SOS( )	
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 6/6H ( ) SOS(X)	
7	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINA 5.000UI SC 12/12H(X) SUSP.( )	
8	ÓLEO MINERAL 10ML VO 8/8H( ) SUSP.(X)	
9	SURATIVO ( ) 1ºDPO ( ) 2ºDPO( ) 1X/DIA ( ) 2X/DIA( ) SUSP.(X)	
10	RANITIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H OU OMEPRAZOL 40MG EV 6:00H(X)	
11	BROMOPRIDA 02ML+18ML AD EV 8/8H SOS(X)	
12	GLICEMIA CAPILAR, SE DIABÉTICO 6/6H (X)	
13	GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE< 70 MG/DL(X)	
14	INSULINA REGULAR, SC, SE DIABÉTICO, CONFORME ESQUEMA: 180=0UI/181-250=02UI/251-300=04UI/301-350=06UI/351-400=08UI/>401=10UI	
15	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>180mmHg OU PAD>110mmHg (X)	
16	MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H(X)	
17	FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA (X)	
18	CCG+SSVV 6/6H (X)	
19	CHECAR PAS - UP	
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		

HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	PULSO	TEMP (ºC)
06				
12	120 x 72		78	36,0
18	100 x 70		90	36,2
24				

Paula Paula Oliveira Santos
Enfermeira
COREN-SP 400.[illegible]

Ortopedia
COREN-SP 400.[illegible]

p. 44

HOSPITAL DE CLÍNICAS
"DR. AUGUSTO LEITE"

Data: 28/03/18 Convênio: SUS Matrícula: 1032066
Paciente: Italo José Vieira Freire Idade: 29
Internado em: / / Unidade: D4 Leito:

PRESCRIÇÃO MÉDICA	Distribuição de Horário	Requisição de Enfermagem	
		Quant.	Discriminação
28/3 Dta Boa			
Pelco Hepatico			
Heffum 1g IMUS 6/6	12	24 06	
Dipirona 2cc + Bromo	12	24 06	
NS 500 6/6 50 gotas		06 gotas	
Fenil 1000 + 100 ml			
80% 40 gotas 30'	11:20 Fernanda	03 gotas	
Clexane 40 SC 12/12		02	
Cuidados			
29/03 Alta ortopedia com encaminhamento			

Luciano Luiz ... Ortopedia e Traumatologia CRM 866

Dr. Tiago Freitas Ortopedia e Traumatologia CRM 58348

Andrea ... Enfermeira COREN 489400

Luciene ... Enfermeira COREN

Recebimento da Farmácia:
Hora: : Funcionário
Entrega na Unidade:
Hora: Funcionário

CIRURGIA

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

UNIDADE:

PACIENTE:	MATRÍCULA:
Italo José Vieira Freire	1038006

IDADE:	SERVIÇO:	APTO:	QUARTO:	ENFERM.	LEITO:	CONVÊNIO:
29						

DATA E HORA	EVOLUÇÃO
28/03	[illegible]
	Eurípedes Constantino Ortopedia e Traumatologia CRM 66
	28/03/08
	[illegible]
	ESP
28/03	[illegible]
	Ortopedia e Traumatologia CRM 285

HOSPITAL CIRURGIA

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME: Italo José Freire.

IDADE: 29 | LEITO: D4 | REGISTRO: 1032066 | UNIDADE: Ortopedia 1

DATA: 07:00 às 13:00 h

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☐ Eutrófico ☐ Obeso | 2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☐ Familiar ☐ Profissional | 3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☐ Verbal ☐ Doloroso | 5-ORIENTAÇÃO: ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível | 6- LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não

7-NUTRIÇÃO: ☐ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero ____ vezes | 8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico

9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero ____ vezes | Alterações nas fezes:

10-DIURESE: Ausente: ____ horas ☐ Presente: ____ vezes | ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade | Alterações na urina:

Assinatura e Identificação

DATA: 24/03/1 13:00 às 19:00 h

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☐ Eutrófico ☐ Obeso | 2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☐ Familiar ☐ Profissional | 3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☐ Verbal ☐ Doloroso | 5-ORIENTAÇÃO: ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível | 6- LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não

7-NUTRIÇÃO: ☐ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero ____ vezes | 8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico

9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero ____ vezes | Alterações nas fezes:

10-DIURESE: Ausente: ____ horas ☐ Presente: ____ vezes | ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade | Alterações na urina:

16:50 Paciente admitido neste setor de ortopedia 1 procedente da urgencia ortopedica, nega dores no momento. Veio em uso de muleta, com funcionario + familiar, afebril ao toque, eupneico em ar ambiente, anicterico, acianótico, nega alergia medicamentosa, nega hipertensão e diabetes + uso de medicação ansiolitica. Por AVP em MSE, sem cuidados da equipe e do diarista.

18:00 Aceita totalmente o jantar oferecido pela nutrição (sic) + aferido SSVV e glicemia capilar 96 mg/dl conforme prescrição médica, segue em leito com cuidados da equipe.

Paula Fabiana Alves
Identificação
Téc. de Enfermagem
COREN-SE 856.115

RITA 03 17

19:00 às 07:00 h

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso | 2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional | 3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☒ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: ☒ Alerta ☐ Verbal ☐ Doloroso | 5-ORIENTAÇÃO: ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível | 6- LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não

7-NUTRIÇÃO: ☒ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero | ____ vezes | 8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico

9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero | ____ vezes | Alterações nas fezes:

10-DIURESE: Ausente: ____ horas ☒ Presente: ____ vezes | ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade | Alterações na urina:

19:00 Paciente no leito lúcido, consciente, orientado, deambula com auxílio, [illegible] no banheiro, [illegible] fisiológica e [illegible] 20:00 [illegible] 21:00 [illegible]
21:00 [illegible] 151 mg/dl
24:00 [illegible] 87 mg/dl
[illegible]

Assinatura e Identificação: [illegible] COREN-[illegible]

HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
Temperatura												
Pressão Arterial						140/97		120/80				
F. Cardíaca						69						
F. Respiratória												

HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
Glicemia						96			151			87
Escala de Dor												

	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) Íntima																								
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																								

Gmail

nirhuse crpe <nirhuse.crpe@gmail.com>

DUSV E - ORTOPEDIA - FBHC - ITALO VIEIRA FREIRE

24 de março de 2018 10:02

Sigau crpe <sigau.crpe@gmail.com>
Para: nirhuse crpe <nirhuse.crpe@gmail.com>, regulacaohc@gmail.com

Segue autorização para admissão em ortopedia 1.

RL2403HCO1D4FC1
[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: bruna.gracielly

ATENDIMENTO

ACOMODACAO:Enfermaria
DIREITO A ACOMPANHANTE? Não
DATA: 24/03/2018 15:18:03 LEITO: ORT BUCO D04 - Ortopedia I
TIPO: ~~Eletivo~~
CONVENIO: SUS INTERNO
PROFISSIONAL:866-LUCIANO PASSOS DE SOUZA

PACIENTE CARTÃO SUS:700908983236694

ATENDIMENTO:1032066
NOME: ITALO JOSE VIEIRA FREIRE
ENDERECO: AVENIDA JOSE ZUKEMMAN N 63 Nº: 63
BAIRRO: América UF:SE CEP:49080350
CIDADE: Aracaju CPF 02905928522
FONE: 9882-0783 R.G: 30677866
DATA NASC.:04/06/1988 IDADE:29 SEXO:Masculino
EST.CIVIL :Solteiro PROFISSÃO
NOME DO PAI:Helio Freire Santos Filho
NOME DA MAE:Sonale Santana Vieira

RMO 29.03-18

RESPONSÁVEL:

NOME DO RESPONSAVEL:SONALE SANTANA VIEIRA
ENDERECO:
BAIRRO: CIDADE: UF:

DADOS COMPLEMENTARES:

CID: S82.2-Fratura da diáfise da tíbia
ORIGEM: Aracaju
DIAS INTERNAMENTO:5
PROC.SUS: 040805050-0 Tratamento Cirurgico De Fratura Da Diafise Da
AIH.:

Lindiane Silva Santos
Secretária FBHC
Mat. 89440

CHECKLIST ORTOPÉDICO ADMISSIONAL

NOME Itala José Vieira Ferreira IDADE 29 SEXO:M(X) F( )
LEITO: _____ MATRÍCULA: 1032066 CONVÊNIO: SUS (X) IPES( ) PLANO( )
HAS ( ) DM ( ) NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA(X)

DATA FRATURA: 22/03/2018 DATA INTERNAMENTO 24/03/2018

EXAMES LABORATORIAIS: SIM (X) NÃO( ) COLHIDOS: SIM ( ) NÃO(X) IMPRESSOS: SIM(X) NÃO( )

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

ECG: SIM (X) NÃO( ) ECO: SIM ( ) NÃO(X) PEDIDO: SIM( ) NÃO(X)
REALIZADO: SIM( ) NÃO(X) REALIZADO: SIM( ) NÃO(X)

TOMOGRAFIA SIM ( ) NÃO(X) PEDIDA:SIM( ) NÃO(X) REALIZADO: SIM( ) NÃO(X)

CIRURGIA FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

CHECKLIST ORTOPÉDICO DA ENFERMARIA

NOME:_____ IDADE_____ SEXO: M( ) F( )
MATRÍCULA:_____ HAS( ) DM( ) NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA( )
LEITO:_____ CONVÊNIO: SUS( ) IPES( ) PLANO( )

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

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 DR

GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE
PRONTO SOCORRO VERDE TRAUMA II
LEITO 15

Fundação Hospitalar de Saúde

NOME	ITALO JOSE VIEIRA FREIRE	IDADE	29 ANOS	DATA	24/03/18

DIAGNÓSTICO	FRATURA DE TIBIA ESQ.	DIH

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	Dieta LIVRE VO	
2	SF0,9% 500ML EV 8/8HS	
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	18
5	Dipirona, 02 mL + 08 mL AD, IV, 6h/6h OU PARACETAMOL 40GTS 6/6H	12 18 24 06
6	Profenid, 01 ampola IV + 100mL SF0,9%, 12h/12h SUSP	
7	Tramal 100mg + 250 ml SF0,9, IV OU VO, 6h/6h 12 18 24 06	
8	Clexane 60mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia	Jg Custódio
9	Bromoprida, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos **SOS**	
10	Glicemia capilar, 6h/6h, **se diabético**	
11	Insulina regular, conforme glicemia:	
12	<200 = 0 251 – 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, 1x/dia SUSP	
18	CURATIVO DIARIO 1X DIA	
19		
20		
21		
22		
23		

EVOLUÇÃO MEDICA

Pdo evolui assintomático estável sem queixas no momento
Apto alta FR⊕
Conduta + Rinde trat hospitalar

CONDUTA VIDE PRESCRIÇÃO

Horário	PA(mmHg)	FC(bpm)	FR (ipm)	SpO_2	Diurese	Temp(°C)	Glicemia
6:00h	X						
12:00h	X						
18:00h	X						
00:00h	X						

Dr. Thiago M. Leal
Ortopedia e Traumatologia
CRM/SE 4728 - TEOT: 1569

PRESCRIÇÕES DIÁRIAS

2 º DIH

DATA: 23 / 03/ 2018.

NOME: Italo José Vieira Freire 29 A VT2 L 15

DIAGNÓSTICO(S): FRATURA Tíbia Esquerda

- ONTEM: EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS, ↑ dor MC

HOJE : tolerou, ↑ dor, ↑ dor, ↑ febre, ↑ dor em tórax ou abdome, Hb 11(4) MTE

LAB : 22/03 ok PCG ?

	Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
	1º. Dieta RICA EM FIBRA,	
	2º. ~~ACR PERVIO~~ SF0,9% 500ml EV 8/8h	6HS: 14HS: 22HS
D	3º.KEFLIN 1G EV 6-6HS OU KEFAZOL 1G EV8-8HS	> HJ
D	4º.GENTAMICINA 240MG + 100ML SF0,9% EV 1X AO DIA	
	5º. Paracetamol 40gts VO 6/6hs	SOS
	6º. Nausedron 8mg EV 08/08hs SOS	
	7º. Omeprazol 40mg VO às 6hs OU ANTAK 150 VO 12-12HS	
	8º. Tramal 50mg + 100 ml SF 0,9% EV ou VO 6/6hs	
	9º. Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% EV 12/12hs OU DICLOFENACO 50 VO 8-8HS	SOS
	10º. Captopril 25mg Sub lingual se PAS > 180 mmHg ou PAD > 100 mmHg	NAO
	11º. Clexane 40mg SC 1 x dia ou Heparina 5000UI SC 2 x dia	6HS: 14HS:
	12º. GLICEMIA CAPILAR 2X AO DIA NAO	

13º Insulina Regular SC, após o GLICEMIA CAPILAR

201 – 250: 02UI	301 – 350: 06UI
251 – 300: 04UI	351 – 400: 08UI
> ou = 401: 10UI	

14º. Curativos Diários 1 x dia COM SF 0,9% SOS

15º GLICOSE 50% 4 AMPOLAS EM 250ML SF0,9% EV SE GLICEMIA CAPILAR MENOR OU IGUAL A 70MG-DL	
16º FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA	
17. MEDIDAS ANTI ULCERA DE PRESSAO	
18.	

19.

DR. JOAO FRANCISCO BC ARAUJO CRM 2801 TEOT 5508 – ORTOPEDIA CLINICA

Fundação Hospitalar de Saúde

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE – HUSE

PRONTO SOCORRO ADULTO

Nome do Paciente: Ítalo José Vieira Freire | Idade: | Sexo:

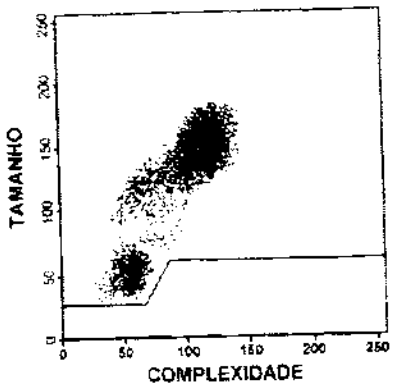
Unidade de Produção: | Leito: | Nº do Prontuário:

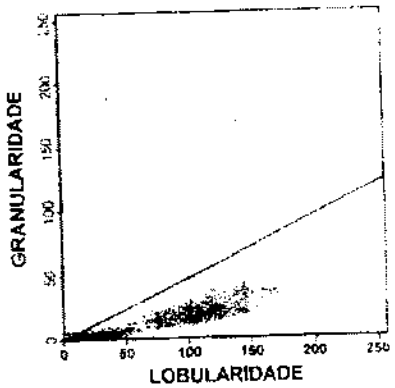
DATA	HORA	[redacted]
02/03/18		* Ortopedia *
		Paciente vítima de acidente de moto. Apresenta fratura de tíbia (E)
		Cat. Tala gessada coxo-podálica
		VPM
		Sol. ex. pré-op.

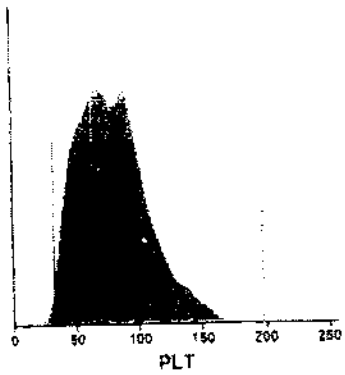
ID Amost	No_ID	Tipo Am	Pat.Eut
Nome Pac	ITALO JOSE VIEIRA FREIRE	DN	Sex Masc.
ID Pac	TRAUMA 2	DT/HR Coleta	22/3/2016
Dr.	06	Obs 1	
Anotação		Obs 2	

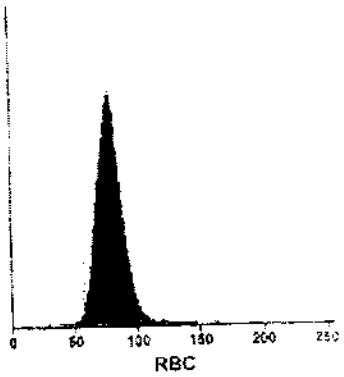
SEQ#	[illegible]	IDOP	[illegible]
Corrida	22/3/2016 [illegible]		
Test	CBC		
Modo	Aberto	Param	[illegible]
Limites	Masc [illegible]		

WBC	12.3	10e3/uL	
[illegible]	9.75	79.1	%
LYM	1.87	15.2	%
MONO	.594	4.81	%
EOS	.035	.283	%
BASO	.080	.646	%
RBC	4.33	10e6/uL	
HGB	[illegible]	g/dL	
HCT	38.8	%	
MCV	89.5	fL	
MCH	29.3	pg	
MCHC	32.8	g/dL	
RDW	11.5	%	
	203.	10e3/uL	
[illegible]	9.67	fL	









DIFERENCIAL MANUAL		MORFOLOGIA HEM	
NEU	META	NORMAL	MICRO
BAND	MIELO	POLICROM	MACRO
LYM	PRO	HIPOCROM	ANISO
MONO	BLASTO	POIQ	BASOPONT
EOS	LIN VAR	ALVO	
BASO	GRANTOX	ESFERO	NRBC
NOTA			
DIF POR		DATA	

INTERPRETAÇÃO

-----LEUC----------HEM----------PLT----------

ANORMAL. DEF. POR USUÁRIO :

Leucocitose — Anemia

Neutrofilia

LIM. REF							
WBC	3.70-10.1			RBC	4.06-5.58	PLT	155.-366.
NEU	1.63-6.95	39.3-73.7	%	HGB	12.9-15.9	MPV	6.90-10.6
LYM	1.09-2.99	18.0-48.3	%	HCT	37.7-53.7		
MONO	.240-.790	4.40-12.7	%	MCV	81.1-96.0		
EOS	.030-.440	.600-7.30	%	MCH	27.0-31.2		
BASO	0.00-.080	0.00-1.70	%	MCHC	31.8-35.4		
				RDW	11.5-14.5		

Aracaju Prefeitura da Cidade — Uma cidade para todos

SUS — NUCAAR — SAÚDE TODO DIA — SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

LAUDO MÉDICO SUPLEMENTAR

Nº DO LAUDO DE AIH	SEQUÊNCIA	Nº DO CARTÃO SUS	Nº DO PRONTUÁRIO
		700908323694	1032066

CÓDIGO DA UNIDADE	CGC
	13.616.552.0001-06

UNIDADE SOLICITANTE: Hosp. Cirurgia

NOME DA MÃE: Sanale Santana Vieira

ENDEREÇO COMPLETO: Avenida José Zukemman Nº 63

TIPO DE SOLICITAÇÃO

- ☐ 1 - PERMANÊNCIA A MAIOR
- ☐ 2 - MEDICAMENTOS ESPECIAIS
- ☐ 3 - NUTRIÇÃO PARENTERAL
- ☐ 4 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
- ☐ 5 - HEMODINÂMICA
- ☐ 6 - DIÁRIA DE RECÉM NASCIDO
- ☐ 7 - DIÁLISE
- ☐ 8 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

- ☐ 9 - HEMODERIVADOS
- ☐ 10 - USO DE ÓRTESE/PRÓTESE
- ☐ 11 - CIRURGIA MÚLTIPLA
- ☐ 12 - UTI II
- ☐ 13 - UTI III
- ☐ 14 - OUTROS

PROCEDIMENTO 1 — QTDE
PROCEDIMENTO 2 — QTDE
PROCEDIMENTO 3 — QTDE
PROCEDIMENTO 4 — QTDE

- ☐ 15 - DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
- ☐ 16 - DIÁRIA DE UTI I — QTDE
- ☐ 17 - MUDANÇA DE PROCEDIMENTO — CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
- ☐ 18 - MUDANÇA DE AIH 1 PARA AIH 5
- ☐ 19 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5
- ☐ 20 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5 - PÓS TRANSPLANTE
- ☐ 21 - NOVA AIH
- ☐ 22 - PSIQUIATRIA
- ☐ 23 - CUIDADOS PROLONGADOS
- ☐ 24 - ACOMPANHAMENTO PÓS-TRANSPLANTE
- ☐ 25 - REABILITAÇÃO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

MÉDICO SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO) — DIRETOR CLÍNICO DA UNIDADE (ASSINATURA E CARIMBO)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

DADOS DA HISTÓRIA CLÍNICA E DO EXAME FÍSICO

Tratamento cirurgico Luxafese tibia E.
1 placa 7 Furos estreita
1 Parafuso cortical nº 32
2 " " nº 34
2 Parafuso corticais 44
1 " " 46

EXAMES COMPLEMENTARES

TRATAMENTO

PROCEDIMENTO AUTORIZADO

DESCRIÇÃO DO NOVO PROCEDIMENTO

AUTORIZADO ☐ SIM ☐ NÃO — MOTIVO DA REJEIÇÃO

MÉDICO SUPERVISOR (ASSINATURA / CARIMBO) — MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA / CARIMBO) — CPF / MÉDICO AUTORIZADOR — MÉDICO COORDENADOR DA AUDITO (ASSINATURA / CARIMBO)

Dra. Arianne Ferraro de Mello — Perícia Médica / SES — CRM/SE 3696

CIRURGIA

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL CIRURGIA

RASTREABILIDADE DE INTEGRADORES QUÍMICOS

NOME: Italo José Vieira Freire
NUMERO DE INTERNAMENTO: 1032066
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: Cist Direção do fígado
CIRURGIÃO: Dr. Luciano Passos
ENFERMEIRO: Germano
CIRCULANTE DE SALA: Cristiane
ANESTESIOLOGISTA: Dr. Rodrigo
INSTRUMENTADOR: Marcelo
DATA: 28/03/18
SALA CIRÚRGICA: 06

GRAMPEAR INTEGRADORES QUÍMICOS NOS ESPAÇOS ABAIXO

LOTES	LOTES
C 04 - Campos E - 06.03.18	
C 02 - Capot V - 02.04.18	

Hospital São José
Jandira

COLABORADORES: Enfermeiros João e Josivalda
desde 27/06/2016

Obs.:permanecer junto ao prontuario

DIBRON

FORMULÁRIO DE UTILIZAÇÃO DE OPME
DIBRON COMÉRCIO DE ARTIGOS ORTOPÉDICOS

№ 333

HOSPITAL Cirurgia CIDADE: Araçoiaba COORDENADOR: João

MÉDICO Dr. Luciano CRM

NOME PACIENTE Italo José Vieira Freire PRONTUÁRIO 1032066

DATA NASCIMENTO PACIENTE 04.06.1988 NOME DA MÃE PACIENTE Sonia Santana Vieira

DATA INTERNAÇÃO 24.03.18 DATA CIRURGIA 28.03.18 DATA DA ALTA

PROCEDIMENTO REALIZADO Tratamento cirurgico fratura Tibia E. CÓDIGO PROCEDIMENTO SUS

DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS UTILIZADOS

	DESCRIÇÃO	REF	QTD	DESCRIÇÃO	REF	QTD
PEQ. FRAGMENTOS	PLACA 1/3 TUBO RETA 3.5MM			FIXADOR EXTERNO LINEAR		
	PLACA COMPRESSÃO DINAMICA RETA 3.5MM			FIXADOR EXTERNO PUNHO		
	PLACA RECONSTRUÇÃO BACIA RETA 3.5MM			MINI FIXADOR EXTERNO		
	PLACA EM T 3.5MM			FIXADOR EXTERNO CIRCULAR		
	PLACA EM T OBLIQUA 3.5MM			FIXADOR WAGNER (ALONGAMENTO)		
	PLACA TREVO 3.5MM			FIXADOR EXTERNO PLATAFORMA		
	PLACA SEMITUBULAR 3.5MM			PINO SCHANZ		
	PLACA CALCANEO DIREITA			FIO STEINMAN ROSQUEADO		
	PLACA CALCANEO ESQUERDA			CIMENTO COM ANTIBIOTICO		
	ARRUELA LISA 3.5/4.0MM			CIMENTO SEM ANTIBIOTICO		
GRANDES FRAGMENTOS	PLACA COMPRESSÃO DINAMICA LARGA 4.5MM			SERRA DE GIGLI		
	PLACA COMPRESSÃO DINAMICA ESTREITA 4.5MM	7F	1	ENDOPROTESE		
	PLACA RECONSTRUÇÃO 4.5MM			PROTESE DE QUDRIL		
	PLACA EM T 4.5MM			PROTESE TOTAL OU PARCIAL DE OMBRO		
	PLACA PLATEAU TIBIAL (MALEAVEL) 4.5MM			PROTESE TOTAL OU PARCIAL JOELHO		
	PLACA CONDILEA 4.5MM			PROTESE DE ARTROPLASTIA COTOVELO		
	PLACA EM L 4.5MM			SISTEMA COLUNA PARCIAL OU TOTAL		
	PLACA TREVO 4.5MM			KIT CIMENTAÇAÕ		
	PLACA COBRA 4.5MM			ENXERTO OSSEO SINTETICO 5 GRAMAS		
	PLACA SEMITUBULAR 4.5MM			ENXERTO OSSEO SINTETICO 10 GRAMAS		
	PLACA PONTE 4.5MM			FIO CERCLAGEM		
	PLACA CALÇO 4.5MM			PLACA ENDOBOTTON		
	ARRUELA 4.5MM			LAMINA SHAVER		
	ARRUELA 6.5MM			CANULA ARTROSCOPIA		
DHS / DCS	PLACA DHS 135°			DRENO SUCÇAO		
	PLACA DCS 95°			FIO STEINMAN		
	PARAFUSO DESLIZANTE ROSCA CURTA			FIO KIRSCHNER		
	PARAFUSO DESLIZANTE ROSCA LONGA			PLACA BUCO MAXILO		
MINI FRAGMENTOS	PLACA EM T 2.7MM			SUBSTITUTO SINTETICO - DURAMATER		
	PLACA SEMITUBULAR 2.7MM			ASPIRADOR COM FILTRO		
	MINI PLACA EM L 1.5MM			ANCORA		
	MINI PLACA EM T 1.5MM			MINI ANCORA AGULHADA		
	MINI PLACA EM L 2.0MM			ANCORA COM FIO ACOPLADO		
	MINI PLACA EM T 2.0MM			HASTE		
	PLACA VOLAR RADIO DISTAL			FIXADOR MODULAR ALONGAMENTO		
	PLACA BLOQUEADA UMERO			FIXADOR RADIO TRANSPARENTE		
	PLACA ARTROSE ___ MM			FIXADOR MODULAR COTOVELO		
	PLACA BLOQUEADA 3.5MM			FIXADOR TRILHO PARA ALONGAMENTO		
	PLACA SPIDER			FIXADOR PEDIATRICO		

Luciano Passos de Souza
Ortopedia e Traumatologia
CRM 866

ESPECIFICAÇÕES PARAFUSOS

PARAFUSO CORTICAL 4,5 MM	Nº	32	34	38	44	46			PARAFUSO TITANIO CORTICAL ___ MM								
	QTD	1	2	1	2	1											
PARAFUSO CORTICAL ___ MM	Nº								PARAFUSO TITANIO CORTICAL ___ MM								
	QTD																
PARAFUSO CANULADO 3.5MM	Nº								PARAFUSO HEBERT 2.0MM								
	QTD																
PARAFUSO CANULADO 4.5MM	Nº								PARAFUSO HEBERT 2.7MM								
	QTD																
PARAFUSO CANULADO 7.0MM	Nº								PARAFUSO BLOQUEADO ___ MM								
	QTD																
PARAFUSO ESPONJOSO 4.0MM	Nº								PARAFUSO BUCO ___ MM								
	QTD																
PARAFUSO ESPONJOSO 6.5MM	Nº								PARAFUSO INTERFERC. ___ MM								
	QTD																
PARAFUSO MALEOLAR 4.5MM	Nº								PARAFUSO DISTAL / PROX. ___ MM								
	QTD																

MATERIAL FORA DA LISTA

DESCRIÇÃO	QTD	DESCRIÇÃO	QTD

CIRCULANTE

INSTRUMENTADOR(A)

HOSPITAL DE CLÍNICAS "DR. AUGUSTO LEITE"

RELATÓRIO DO ATO CIRÚRGICO

UNIDADE:

PACIENTE: Italo José Vieira Freire

MATRÍCULA: 1032066 | IDADE: 28 | CONVÊNIO: SUS

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

CIRÚRGIA REALIZADA:

CIRURGIÃO: Dr. Leveriano Passos | ANESTESIOLOGISTA: Dr. Rodrigo

AUXILIAR: | AUXILIAR:

AUXILIAR: | ANESTESIA UTILIZADA: Raqui

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

EQUIPAMENTOS

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

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO:

[illegible]

Luciano Passos de Souza
Ortopedia e Traumatologia
CRM 866

28/03/18
DATA

ASSINATURA DO CIRURGIÃO

MOD. 042-HCAL

PACIENTE: Itelo José V. Freire	MATRICULA: 032066	CONVÊNIO: SUS	
SEXO: M	COR:	ENF:	QUARTO: / LEITO: / APTO:
28/3/18		ANESTESISTA: Dr. Rodrigo	
Dr. Luciano		2º AUXILIAR:	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fx. de tíbia (E)			
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:			
PROCEDIMENTO:			CÓDIGO CIRÚRGICO
CIRURGIA REALIZADA: 4º cirurgia fx. de tíbia (E)		HORA:	RESULTADO: 1-2-3-4-5-6
PROCEDIMENTO:			

INÍCIO DA ANESTESIA	INÍCIO DA OPERAÇÃO	ALT DA ANESTESIA	RISCO OPERATÓRIO	ESTADO FÍSICO
10:10	10:25		1-2-3-4	1-2-3-4-5-6

☒ ECG ☒ OXIMETRO PULSO ☐ CAPNÓGRATO ☒ PAM NÃO INVASIVA ☐ VENTILADOR

PULSO: 10:10 11:10

DROGAS: Kefazol 2g, dexadrom 10g, profenid 100g, omeprazol 40g, dipirona 2g, bupi pesade 15g, morfina 80mg, dormonid 5g, fentanil 100mg.

ANOTAÇÕES: Início monitorização, de 8 exames, AAA, veias OK, sl alergias, venoclise, 20 MSE, assento de Ar, assepsia ok, campo estéril, RL, uva, luva, entre 13-14 agulha, Glasgow, drenos e nomes, Administração, Início 15h bupi, pesade + 80 mg, morfina, 30 quedas c/ sucesso, sl intercorrências, término em 2 horas e 30 minutos.

AGENTES ANESTÉSICOS: bupi pesade + morfina / dormonid + fentanil

TÉCNICA: raquianestesia + sedação

INDUÇÃO	POSIÇÃO:	LOCAL PUNÇÃO:	LÍQUIDO RETIRADO:
TÉCNICA	POSIÇÃO APÓS:	POSIÇÃO OPERATÓRIA:	RESULTADO B.A.M.

DURAÇÃO DA OPERAÇÃO:	DURAÇÃO DA ANESTESIA:	CONSCIÊNCIA: ?
PÓS-OPERATÓRIO: ☐ UTI ☒ SRPA	DESTINO DA SRPA: ☒ LEITO ☐ ALTA HOSPITALAR	CONDIÇÕES:
OBSERVAÇÕES: sl intercorrências		ASSINATURA DO ANESTESISTA: Rodrigo Francisco da Silva, Anestesiologista, CRM-SE 4827

HOSPITAL CIRURGIA

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

Hospital de Clínicas "Dr Augusto Leite"

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

CENTRO CIRÚRGICO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Italo José Vieira Freire Matrícula: 1032066

Enfermaria: Convênio: SUS

Diagnóstico:

Procedimento realizado: Tratamento cirurgico de fratura tibia

Data da utilização: 28 / 03 / 18

Luciano Passos de Souza
Ortopedia e Traumatologia
CRM 866

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome: Dr. Luciano Passos

CRM:

IDENTIFICAÇÃO DOS PRODUTOS

Código INSS / SIMPRO	Quantidade Utilizada	Descrição dos produtos
40205050-0	1 Placa	7 Furos estreita
	1 Parafuso cortical	3,2
	2 "	" 3,4
	1 "	" 3,8
	2 "	" 4,4
	1 "	" 4,6

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: Vibrion CNPJ:

Carimbo e assinatura: Gabriela

CONTROLE DA FARMÁCIA

Data do recebimento: / /

Farmacêutico:

1ª via – Prontuário 2ª via – Fornecedor 3ª via – Farmácia

PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO (Admissão na Sala de Recuperação Pós Anestésica - SRPA)

DISPOSITIVOS EM USO

( )CATETER O2 ____ L/MIN ( )MASCARA O2 - FIO2:____% ( )VMI/TOT – Modo:____ FIO2:____% ( )VMI/TOT - Modo:____ FIO2:____% ( )MARCAPASSO
( )CATETER VENOSO PERIFERICO ____ ( )CATETER VENOSO CENTRAL ( )CATETER PERITONEAL ( )SONDA VESICAL ( )SONDA GASTRICA/ENTERAL ( )OSTOMIA
( )FRALDA ( )DRENO SUCÇÃO:____ ( )DRENO PENROSE:____ ( )DRENO TORACICO:____ ( )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: ____%	FC: ____bpm	PANI: ____/____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: 11 : 15 h. Paciente adm na SRPA calmo, ponalento, pós efeito anestésico com prontuário + exames + curativo em ponto cirúrgico, em uso de venoclise em MSE sem soro terapêutico quantitativo. Pequenas queixas e aos cuidados da equipe de enfermagem. Prestelle

ASSINATURA:

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

HORARIO: 13:30 h. Paciente encaminhado para enfermaria sem sinais de complicações pós anestésicos

Maria Suzete Alves Nunes
Téc. de Enfermagem
COREN-SE 85364

DESTINO/UNIDADE:

ASSINATURA:

MENSURAÇÃO DO INDICE DE ALDRET E KROLIK - IAK

IAK - paciente adulto (valor mínimo para Alta – 08 pontos)		Valor	0	30	60	90	120
Atividade Motora	Capaz de mover os 04 membros	02					
	Capaz de mover os 02 membros	01	X	X	X		
	Incapaz de mover os membros	0					
Respiração	Respira profundamente ou tosse livremente	02	X	X	X		
	Dispnéia ou limitação de respiração	01					
	Apnéia	0					
Circulação	PA 20% do nível pré anestésico	02	X	X	X		
	PA 20 - 49% do nível pré anestésico	01					
	PA 50% do nível pré anestésico	0					
Consciência	Lúcido, orientado no tempo e no espaço	02			X		
	Desperta se solicitado	01	X	X			
	Não responde	0					
Saturação	Maior que 92% respirando em ar ambiente	02	X	X	X		
	Maior que 90% com oxigênio suplementar	01					
	Menor que 90% com oxigênio suplementar	0					
IAK		TOTAL					

HORARIO: ____ h.
ASSINATURA: ____ CORE____

– LEGENDA:

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

HOSPITAL CIRURGIA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA - SAEP

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Paulo José Queiroz Freire
Idade: 29 | Sexo: (X) M ( ) F | Data de admissão: 28/03/18
Procedência: Pato Branco | Leito: D04 | Matrícula: 1032066

PRÉ-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):
- Habito de vida: Tabagista: ( )SIM ( )NÃO ( )TEMPO: _____ / Etilista: ( )SIM ( )NÃO ( )TEMPO: _____
- Passado cirúrgico: ( )SIM ( )NÃO ( )QUAL (IS):
- Doenças atuais: ( )HAS ( )ICC ( )IAM ( )AVC ( )DM ( )NEO ( )DPOC ( )IRC ( )TU ( )NÃO.
- Faz uso de medicamento: ( )SIM ( )NÃO ( )QUAL (IS):

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Estado clínico do paciente)

HORARIO: ___:___h.

ASSINATURA:

INTRA-OPERATÓRIO (Admissão na Sala Operatória – SO)

EQUIPE CIRÚRGICA

- Cirurgião: Dr. Lucian Passos
- Instrumentador: Lucian
- Anestesiologista: Dr. Rodrigo
- Circulante: Cristiane

SERVIÇO DE APOIO

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

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

- Proposto: _____ Realizado: _____
- Horário - Início: ___:___h e Termino ___:___h.
- Monitoração:
(X) ECG (X) Oximetria (X) PANI ( ) Pressão invasiva:
- Técnicas Anestésicas:
( ) Geral venosa ( ) Geral Intravenosa
( ) Geral combinada ( ) Peridural com cateter Peridural sem cateter
(X) Raquianestesia ( ) Bloqueio (X) Sedação ( ) Local
- Posição Cirúrgica:
(X) Dorsal ( ) Ventral ( ) Ginecológica ( ) Lateral D ( ) Lateral E
( ) Outras
- Local da placa dispersiva:
- Incisão Cirúrgica - local:
- Curativo – Tipo e local: Comum

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Ocorrências e Intercorrências)

HORÁRIO DE ENTRADA NA SO: 10:10 h. HORÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA SRPA: 11:10 h.

Paciente adm na SO para procedimento cirúrgico, eletivo, com queixa dor, 111x55 mmHg, Fc 96 bpm, SpO2 98%. Realizado anestesia + ato cirúrgico. Paciente encaminhado para SRPA sem uso fonoterapia e exame prontuário, lá efetuou ingestão após ato cirúrgico.

ASSINATURA: Carlos dos Santos
Técnico Enfermagem
COREN 204.011.40C

DATA: 29/05/18

19:00 às 07:00 h

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☑ Eutrófico ☐ Obeso | 2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☐ Familiar ☐ Profissional | 3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☑ Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☑ Verbal ☐ Doloroso | 5-ORIENTAÇÃO: ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível | 6- LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☑ Não

7-NUTRIÇÃO: ☑ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero _____ vezes | 8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☑ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico

9-EVACUAÇÃO: ☑ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero _____ vezes | Alterações nas fezes:

10-DIURESE: Ausente: ____horas ☐ Presente: ____ vezes | ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade | Alterações na urina:

22:30 Pct Deu de alta hospitalar em cca de familiar consciente, orientado, colaborando com queixas de cadeira de rodas

Assinatura e Identificação: [illegible] 32008

HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
Temperatura			36°C									
Pressão Arterial			130/60									
F. Cardíaca												
F. Respiratória												

HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
Glicemia												
Escala de Dor												

	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) Íntima																								
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																								

HOSPITAL CIRURGIA

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME: Italo José V. Florence
IDADE: 29 | LEITO: 04 | REGISTRO: | UNIDADE: Ortopedia

DATA: 29/3 — 07:00 às 13:00 h

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso | 2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional | 3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Doloroso | 5-ORIENTAÇÃO: ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível | 6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não

7-NUTRIÇÃO: ☒ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero | ____ vezes | 8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico

9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero | ____ vezes | Alterações nas fezes:

10-DIURESE: Ausente: ____ horas ☒ Presente: ____ vezes | ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade | Alterações na urina:

07: Paciente - se no leito em decúbito dorsal. usdp. sem queixa
11:00 Ofertado med. de SOS c. p.m.
12: Ofertado med. de SOS c. p.m.
12:20 Pulsa, segue cuidados da equipe

Assinatura e Identificação
Fisioterapeuta
COREN

DATA: 29/03/13 — 13:00 às 19:00 h

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso | 2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional | 3-LOCOMOÇÃO: ☒ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Doloroso | 5-ORIENTAÇÃO: ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível | 6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não

7-NUTRIÇÃO: ☒ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero | ____ vezes | 8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico

9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero | ____ vezes | Alterações nas fezes:

10-DIURESE: Ausente: ____ horas ☒ Presente: ____ vezes | ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade | Alterações na urina:

13:00 Paciente encontra-se no leito supinico, aptéril, acianótico, anictérico, segue cuidados sem queixa até o momento
14:00 Paciente segue cuidados sem queixa até o momento
15:00 Operado lavado bem aceito, segue cuidados
17:00 Paciente segue sem queixa até o momento
18:00 Administrado medicação de horário Keflex 500 + Dipirona 5V + aplicado pontos, segue cuidados sem queixa até o momento

Assinatura e Identificação
Téc. de Enfermagem
COREN 407030.348

P-97

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso | 2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional | 3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☒ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: ☒ Alerta ☐ Verbal ☐ Doloroso | 5-ORIENTAÇÃO: ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível | 6- LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não

19:00 às 07:00 h

7-NUTRIÇÃO: ☐ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero _____ vezes | 8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico

9- EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero _____ vezes | Alterações nas fezes:

10-DIURESE: Ausente: _____ horas ☒ Presente: _____ vezes | ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade | Alterações na urina:

19:00 Conversando no leito [illegible] Cursinho, [illegible] Glicemia, [illegible] em uso [illegible]
[illegible] Fisioterapia
[illegible] com [illegible] SC
21:00 [illegible] e [illegible]
24:00 [illegible] Feliz Ev
03:00 [illegible] alguém [illegible] Romol EV
06:00 [illegible] alguém [illegible] SOS
[illegible] Ao [illegible] Fisioterapia

Assinatura e identificação: [illegible] 1980961

HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
Temperatura												
Pressão Arterial	110/80								120/80			
F. Cardíaca												
F. Respiratória												

HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
Glicemia												
Escala de Dor												

	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) Íntima																								
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																								

HOSPITAL CIRURGIA

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME: Italo José Vieira Freire

IDADE: 29 | LEITO: 204 | REGISTRO: 1032066 | UNIDADE: Ortopedia I

DATA: 18/03/18 — 07:00 às 13:00 h

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☑ Eutrófico ☐ Obeso | 2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☑ Familiar ☐ Profissional | 3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☑ Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☑ Verbal ☐ Doloroso | 5-ORIENTAÇÃO: ☑ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível | 6- LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não

7-NUTRIÇÃO: ☐ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☑ Zero ____ vezes | 8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico

9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☑ Líquida ☐ Zero ____ vezes | Alterações nas fezes:

10-DIURESE: Ausente: ____ horas ☑ Presente: ____ vezes | ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade | Alterações na urina:

07:15 Pct no leito. Cl no pulmonico infusão isquemática ancistrão em uso respostrupe, Cu familiar a gst a ate movimento

08:30 Pct deambulando p/ CC

Assinatura e Identificação: Elinde Silva C. de Andrade COREN 233708

DATA: 18/03/18 — 13:00 às 19:00 h

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☑ Eutrófico ☐ Obeso | 2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☑ Familiar ☐ Profissional | 3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☑ Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☑ Verbal ☐ Doloroso | 5-ORIENTAÇÃO: ☑ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível | 6- LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☑ Não

7-NUTRIÇÃO: ☑ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero ____ vezes | 8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☑ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico

9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero ____ vezes | Alterações nas fezes:

10-DIURESE: Ausente: ____ horas ☑ Presente: ____ vezes | ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade | Alterações na urina:

14:00 Paciente retornou do centro cirurgico realizado Rx + paciente segue os cuidados
15:00 Operado lavado bem aceito + segue os cuidados
17:00 paciente segue os cuidados sem queixa até o momento
19:00 administrado medicação de horário Keflin 1g + Dipirona 2 ✓ + operado
portar bem aceito + paciente segue os cuidados

Assinatura e Identificação: Carla Adriana S. Gomes Tec. Enfermagem COREN

DATA: 21/01/

19:00 às 07:00 h

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☐ Eutrófico ☐ Obeso | 2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☐ Familiar ☐ Profissional | 3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☐ Verbal ☐ Dolioroso | 5-ORIENTAÇÃO: ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível | 6- LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não

7-NUTRIÇÃO: ☐ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero _____ vezes | 8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico

9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero _____ vezes | Alterações nas fezes:

10-DIURESE: Ausente: ____ horas ☐ Presente: ____ vezes | ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade | Alterações na urina:

20h - Não administrado Diazepam de horário a pacient apresentando cirurgia.-
22h - Feito Profenid 100mg EV de horário prescrita
24h - Feito Nubain EV + Dipirona EV de horário prescrita. Pact bem no momento sendo bem quietos, mantendo o seu quadro clínico-
02h - Pós-operatório cirurgia
06h - Administrado medicação de horário conforme prescrição médica. Pact Dipirona EV. Pact até o momento sigue bem alteração de ☆ aguardando cirurgia.

Assinatura e identificação: Tec Carolina 521008

HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
Temperatura			36º			36,2		37,04				
Pressão Arterial			100/82			100x80		120x80				
F. Cardíaca						80		101				
F. Respiratória								20				

HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
Glicemia												
Escala de Dor												

	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) Íntima																								
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																								

HOSPITAL CIRURGIA

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME: Paulo José U. Freire

IDADE: 24 | LEITO: 04 | REGISTRO: | UNIDADE: Pto I

DATA: 21/3 | 07:00 às 13:00 h

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☑ Eutrófico ☐ Obeso | 2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☑ Familiar ☐ Profissional | 3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☑ Verbal ☐ Doloroso | 5-ORIENTAÇÃO: ☑ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível | 6- LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☑ Não

7-NUTRIÇÃO: ☑ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero ____ vezes | 8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☑ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico

9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero ____ vezes | Alterações nas fezes:

10-DIURESE: Ausente: ____ horas ☑ Presente: ____ vezes | ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade | Alterações na urina:

07: Paciente encontra-se no leito em decúbito dorsal, ACP, segue
sem queixas
10:00 Banho, mell. E.P.M.
11:30 Realizado SVP com gelco nº 20 punção bem
12:00 Banho, mell. E.P.M.
12:30 Pati, segue dos cuidados

Assinatura e Carimbo do Profissional COREN

DATA: 21/03/18 | 13:00 às 19:00 h

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☑ Eutrófico ☐ Obeso | 2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☑ Familiar ☐ Profissional | 3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☑ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☑ Verbal ☐ Doloroso | 5-ORIENTAÇÃO: ☑ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível | 6- LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☑ Não

7-NUTRIÇÃO: ☑ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero ____ vezes | 8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☑ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico

9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero ____ vezes | Alterações nas fezes:

10-DIURESE: Ausente: ____ horas ☑ Presente: ____ vezes | ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade | Alterações na urina:

13:00 Paciente encontra-se no leito com afebril, acianótico, anictérico e segue
os cuidados sem queixa até o momento
14:00 Paciente segue sem queixa até o momento
15:00 Aplicado Lenoxa sem acidente e segue os cuidados
17:00 Paciente segue os cuidados
18:00 Administrado medicação de horário cefalexina e dipirona
e aplicado pantop. Segue os cuidados sem queixa até o momento

Assinatura e Carimbo do Profissional COREN nº 1038.348

p. 68

DATA: 26/02/14

19:00 às 07:00 h

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso | 2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional | 3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☒ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: ☒ Alerta ☐ Verbal ☐ Doloroso | 5-ORIENTAÇÃO: ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível | 6- LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não

7-NUTRIÇÃO: ☒ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero ____ vezes | 8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico

9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero ____ vezes | Alterações nas fezes:

10-DIURESE: Ausente: ____ horas ☒ Presente: ____ vezes | ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade | Alterações na urina:

19:00 Paciente no leito calmo, consciente, orientado, deambula com auxílio, em uso gelco
Hidratação venosa mantida
20:00 Jantar por completo
21:00 Banho no leito
22:00 Administrado medicação de horário conforme prescrição e prontuário
Administrado medicação de horário conforme prescrição e prontuário
Mantido curativo limpo e seco
Repouso seguro, sem queixas de hospitalização

Assinatura e Identificação: Fabiano Vieira COREN 65896

HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
Temperatura			36,4						36,0			
Pressão Arterial			120/80			140/80			120/80			
F. Cardíaca						80			62			
F. Respiratória									20			

HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
Glicemia									116			110
Escala de Dor												

	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) Íntima	1,2,3																							
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																								

HOSPITAL CIRURGIA

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME: Italo José Vieira Ferreira
IDADE: | LEITO: B4 | REGISTRO: | UNIDADE: Obeto I

DATA: 26/3 — 07:00 às 13:00 h

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso | 2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional | 3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Doloroso | 5-ORIENTAÇÃO: ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível | 6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não
7-NUTRIÇÃO: ☒ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero ____ vezes | 8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico
9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero ____ vezes | Alterações nas fezes:
10-DIURESE: Ausente: ____ horas ☒ Presente: ____ vezes | ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade | Alterações na urina:

07: Ele [illegible] Ele ainda tem [illegible] Dexal, VDP, um dia
Ele tem um quadro
12: Ele [illegible]
12:30 pelo [illegible] Segue [illegible] cuidados da equipe

Eliane Silva [illegible]
Assinatura e carimbo do responsável
Téc. Enf.

DATA: 26/3/18 — 13:00 às 19:00 h

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso | 2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional | 3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Doloroso | 5-ORIENTAÇÃO: ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível | 6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não
7-NUTRIÇÃO: ☒ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero ____ vezes | 8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico
9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero ____ vezes | Alterações nas fezes:
10-DIURESE: Ausente: ____ horas ☒ Presente: ____ vezes | ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade | Alterações na urina:

13:00 Paciente encontra-se no leito sem queixa até o momento
14:00 Paciente segue os cuidados sem queixa até o momento
15:00 Ofertado lanche bem aceito, segue os cuidados
17:00 paciente segue os cuidados
19:00 administrado medicação de Dipirona expelatina 1g + oferecido jantar bem aceito, segue os cuidados

Assinatura e carimbo do responsável
COREN-RJ 871038-340

p. 07

DATA: 19:00 às 07:00 h

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☑ Eutrófico ☐ Obeso 2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☑ Familiar ☐ Profissional 3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☑ Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☑ Verbal ☐ Doloroso 5-ORIENTAÇÃO: ☑ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível 6- LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☑ Não

7-NUTRIÇÃO: ☑ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero _____ vezes 8-INGESTÃO: ☑ Aumentada ☑ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico

9-EVACUAÇÃO: ☑ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero _____ vezes Alterações nas fezes:

10-DIURESE: Ausente: _____ horas ☑ Presente: _____ vezes ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade Alterações na urina:

22h - Feito Oxom como sc de horário prescrito
24h - Feito Dipirona ev + Plasmin 100mg ev de horário prescrito
Pact até o momento segue sem queixas mantendo o seu quadro clínico
06h: Pact até o momento segue sem alterações mantendo o seu quadro clínico. Feito Dipirona ev + Plasmin ev.
Obs: Feito AVP em MSD pelo 20

Assinatura e Identificação
Coren 521008

HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
Temperatura												
Pressão Arterial												
F. Cardíaca												
F. Respiratória												

HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
Glicemia												
Escala de Dor												

	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) Íntima																								
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																								

HOSPITAL CIRURGIA

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME: Paulo José Vieira Jaime

IDADE: | LEITO: D 24 | REGISTRO: | UNIDADE: Bloco

DATA: 25/3/18

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☐ Eutrófico ☐ Obeso | 2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☐ Familiar ☐ Profissional | 3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☐ Verbal ☐ Doloroso | 5-ORIENTAÇÃO: ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível | 6- LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não

07:00 às 13:00 h

7-NUTRIÇÃO: ☐ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero _____ vezes | 8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico

9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero _____ vezes | Alterações nas fezes:

10-DIURESE: Ausente: ____horas ☐ Presente: ____vezes | ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade | Alterações na urina:

8h Paciente no leito calmo consciente orientado em geral
9h Aceitou dieta oferecida VO, nutrição
10:00 Medicação preservada administrada
11:00 Sem queixas e movimentação
12:00 Medicação preservada administrada conforme prescrição
Segue cuidados de enfermagem

Assinatura e Identificação Coren 28320

DATA: 25/3/18

13:00 às 19:00 h

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☐ Eutrófico ☐ Obeso | 2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☐ Familiar ☐ Profissional | 3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☐ Verbal ☐ Doloroso | 5-ORIENTAÇÃO: ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível | 6- LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não

7-NUTRIÇÃO: ☐ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero _____ vezes | 8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico

9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero _____ vezes | Alterações nas fezes:

10-DIURESE: Ausente: ____horas ☐ Presente: ____vezes | ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade | Alterações na urina:

13:00 Paciente em leito estável no momento estável
Segue dormindo no momento
15:00 Aceitou bem a prescrição oferecida VO sem queixas
16:00 Segue estável no momento
17:00 Aceitou bem a dieta prescrita
Segue cuidados de enfermagem
18:00 Medicação preservada administrada conforme prescrição
Segue cuidados de enfermagem

Assinatura e Identificação

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

FICHA DE CONSUMO DE SALA

PACIENTE:_____ MATRÍCULA:_____ CONVÊNIO:_____

CURURGIA REALIZADA:_____ DATA:____________ CIRURGIÃO:_____

1º AUXILIAR:_____ 2º AUXILIAR:_____

ANESTESIA:_____ ANESTESIOLOGISTA:_____

CIRGULANTE:_____

ONOCRYL 5.0 REF Y844 1.6CM		I – CATH AMARELO ( ) AZUL ( ) VERDE ( )	
ONOCRYL 5.0 REF Y495		LÂMINA DE BISTURI Nº 15( ) 23 (✓) 24 (✓)	02
ONOFYL 3.0 C\2 AG. 70CM		LATEX 204 AMARELO ( ) SILICONE ( )	
ONONYLON Nº 0 ( ) 2 (✓) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 8 ( )	02	LUVA ESTERIL 7.0	02
( ) 10 ( )		LUVA ESTERIL 7.5	02
DUESTER (ETIBOND) Nº 0 ( ) 5( )		LUVA ESTERIL 8.0	01
OLIPROPILENO (PROLENE) Nº 0 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )		PLACA DE BISTURI ELETRICO	
( )		SCALP Nº 19 ( ) 21 ( ) 23 ( ) 25 ( ) 27 ( )	
OLYCRYL Nº 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 8 ( )		SERINGA DESCARTAVEL 1ML ( ) 60ML ( )	
		SERINGA DESCARTAVEL 3 ML ( ) 5ML (✓)	01
NCRYL Nº 0 S\AG.		SERINGA DESCARTAVEL 10ML	01
ATGUT. SIMPLES C\AG. Nº ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )		SERINGA DESCARTAVEL 20 ML	01
( ) 5 ( )		SERRA DE GIGLI	
ATGUT. SIMPLES S\AG. Nº ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )		SONDA ASPIRAÇÃO Nº 4 ( ) 6 ( ) 8 ( ) 10 ( ) 12 ( ) 14 ( )	
4 ( ) 5 ( )		16 ( ) 18 ( ) 20 ( )	
CERA P\ OSSO		SONDA CATETER P\ OXIGÊNIO Nº 4 ( ) 6 ( ) 8 ( ) 10 ( ) 12 ( ) 14 ( )	
ELETRODO DESCARTAVEL P\ MARCAPASSO		16 ( )	
FITA CARDIACA FC 500		SONDA DE FOLLEY 2 VIAS Nº 10 ( ) 12 ( ) 14 ( ) 16 ( ) 18 ( ) 20 ( )	
KIT CATARATA S\S 6.5MM REF KB5510		22( )	
LIGA CLIP 100		SONDA DE FOLLEY 3 VIAS Nº 16 ( ) 18 ( ) 20 ( ) 22( ) 24 ( )	
LIGA CLIP 300			
MONOCRYL 0 REF Y967H 3.5CM		SONDA ENDOTRAQUEAL ARAMADA C\ BALÃO Nº 3.0( ) 3.5 ( )	
MONOCRYL 3 REF Y305 1.5CM		4.0 ( ) 4.5 ( ) 5.0 ( ) 5.5 ( ) 6.0 ( ) 6.5 ( ) 7.0 ( ) 7.5 ( ) 8.0 ( ) 8.5( )	
MONOCRYL 3.0 REF B450-30			
MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR	QNT	SONDA ENDOTRAQUEALC\ BALÃO Nº 3.0 ( ) 3.5 ( ) 4.0 ( ) 4.5 ( )	
ALGODÃO HIDROFILO		5.0 ( ) 5.5 ( ) 6.0 ( ) 6.5 ( ) 7.0 ( ) 7.5 ( ) 8.0 ( ) 8.5 ( ) 9.0 ( ) 9.5 ( )	
A CATH Nº ( ) 14 ( ) 16 ( ) 18 ( ) 20 ( ) 22 ( ) 24			
ABAIXADOR DE LINGUA (ESPATULA)		SONDA ENDOTRAQUEAL S\ BALÃO Nº 2.0 ( ) 2.5 ( ) 3.0 ( ) 3.5 ( )	
AGULHA DESCARTAVELNº ( ) 13X0.45 ( ) 30 X0.70 ( )		4.0 ( ) 4.5 ( ) 5.0 ( ) 5.5 ( ) 6.0 ( ) 6.5 ( )	
30X0.80 ( ) 40X0.12			
AGULHA PERIDURAL Nº ( ) 16 ( ) 18 ( ) 19 ( ) 20		SONDA ENDOTRAQUEAL S\ BALÃO Nº 2.0 ( ) 2.5 ( ) 3.0 ( )	
AGULHA DE RAQUI Nº ( ) 25 ( ) 27		3.5 ( ) 4.0 ( ) 4.5 ( ) 5.0 ( ) 5.5 ( ) 6.0 ( ) 6.5 ( )	
ATADURA ALGODÃO ORTOPEDICO 10CM ( )			
15CM ( ) 20CM ( )		SONDA GASTRICA Nº 4 ( ) 6 ( ) 8 ( ) 10 ( ) 12 ( ) 14 ( ) 16 ( ) 18 ( )	
ATADURA CREPOM 10CM		20 ( ) 22 ( )	
ATADURA CREPOM 15CM		SONDA RETAL Nº 4 ( ) 6 ( ) 8 ( ) 10 ( ) 12 ( ) 14 ( ) 16 ( ) 18 ( )	
ATADURA CREPOM 20CM	02	20 ( )	
ATADURA GESSADA 10CM ( ) 15CM ( ) 20CM ( )		SONDA URETRAL Nº 4 ( ) 6 ( ) 8 ( ) 10 ( ) 12 ( ) 14 ( ) 16 ( ) 18 ( )	
BOLSA DE COLOSTOMIA		20 ( )	
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA Nº 7.0 ( ) 7.5 ( ) 8.0 ( ) 8.5 ( )		SONDA CATETER TIPO OCULOS	01
9.0 ( )		TORNEIRA PLASTICA 3 VIAS	
CAPA P\ MICROSCÓPIO ( ) CAPA P VIDEO ( )		FRACIONADOS	QN
COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO		CAL SOLDADA	
DRENO DE KERH EM T Nº 12 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )		ESPARADRAPO COMUM	Fau
DRENO DE SUCÇÃO Nº 3.2 ( ) 4.8 ( ) 6.4 ( )		ESPARADRAPO ANTIALERGICO	
DRENO DE TORAX Nº 28 ( ) 36 ( )		ETER SULFURICO	
DRENO PENROSE Nº 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )		FORMOL 10%	
ELETRODO DESCARTAVEL	05	GORRO TURBANTE	05
EQUIPO MACROGOTAS C\ INJETOR LATERAL	01	MÁSCARA DESCARTAVEL	05
ESCOVA PVPI	03	POLVIDINE TÓPICO	100m
ESPONJA GELFOAM MEDICINAL		POLVIDINE DEGERMANTE	90m

FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
FICHA DE CONSUMO SALA CIRURGICA

PACIENTE: Italo José Cerio Freire MATRÍCULA: 1032066 CONVÊNIO: SUS
CIRURGIA REALIZADA: Apat. Direita Filho DATA: 28/03/18 CIRURGIÃO: Dr. Luciano Passos
1º AUXILIAR: 2º AUXILIAR:
ANESTESIA: Raquel Sedacos ANESTESIOLOGISTA: Dr. Rodrigo
CIRCULANTE: Gustavo

MEDICAMENTOS	QNT
ÁCIDO TRANEXÂMICO (TRANSAMIN) 150MG\3ML	
ÁGUA DESTILADA 10ML	
AMINOFILINA 24MG\10ML	
ATRACURIO 25MG\5ML	
ATROPINA 0.25MG\ML	
BICARBONATO DE SÓDIO 8.4% 10ML	
BUPIVACAINA (NEOCAINA) C\CASO 1200 .00 20ML	
BUPIVACAINA (NEOCAINA) S\VASO 0.5% 20ML	
BUPIVACAINA (NEOCAINA) PESADA 0.5% 20ML	
CAPTOPRIL 25MG COMP.	
CEFALOTINA (KEFLIN) 1G SOL. INJETÁVEL	
CLORPROMAZINA 25MG\5ML	
CEFAZOLINA 1G SOL. INJETAVEL	02
CEFTRIAXONA 1G SOL. INJETAVEL	
CETOPROFENO (PROFENID) 100MG PÓ LIOFILO	01
CIPROFLOXACINO 200MG\100ML	
CISATRACURIO (NIMBIUM) 10MG\5ML	
CLINDAMICINA (DALACIM) 600MH\4ML	
CLONIDINA SOL. INJETAVEL	
CLORETO DE POTÁSSIO 19.1%	
CLORETO DE SÓDIO 20% 10ML	
COLAGENASE 30G BISNAGA	
DESLANOSIDEO 0.4MG\2ML	
DEXAMETAZONA 4MG\2.5ML	
DICLOFENACO 75MG\ML	
DIPIRONA 500MG\2ML	01
DOBUTAMINA 250MG\20ML	
ENOXAPARINA 40MG\0.4ML	
EPINEFRINA (ADRENALINA) 1MG\ML	
ETILEFRINA (EFORTIL) 10MG\ML	
HIOSCINA (BUSCOPAM) ESCOPOLAMINA 20MG\ML	
INSULINA - NPH 10ML ( ) REGULAR ( )	
IMIPINEM + CILASTINA (TIENAM) 500MG\120ML	
IOXITALAMATO DE MEGLUMINA (TELEBRIX)	
LIDOCAINA (S\VASO) 1% ( ) 2% ( )	
LIDOCAINA 10% SPRAY 50ML	
LIDOCAINA GELEIA (BISNAGA) 30G	
LIDOCAINA + EPINEFRINA (C\VASO) 20ML – 1% ( ) 2% ( )	
METOPROLOL 25MG COMP.	
METOPROLOL 50MG COMP.	
METRONIDAZOL 500MG\100ML	
METOCLOPRAMIDA (PLASIL) 10MG\2ML	
NEOSTIGMINA 0.5MG\ML	
ALGODÃO C\AG. Nº ( ) 0 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )	
ALGODÃO S\AG. Nº ( ) 0 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )	
CATGUT CROM. C\AG. Nº 0 ( ) 1 (✓) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )	01
CATGT CROM. S\AG. Nº 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )	

	QNT
NORADRENALINA 8MG\4ML	
OXIDO DE ZINCO + VIT. A e D (HIPOGLOS) 30G	
OMEPRAZOL 40MG\10ML	
ONDASTERONA 8MG\4ML	
PANCURONIO 4MG\2ML	
PENTOXIFILINA 100MG\5ML	
PENINSULINA G POTASSICA 5000.000UI	
PROMETAZINA (FENERGAN) 50MG\2ML	
RANITIDINA (ANTAK) 50MG\2ML	
SUBGALATO DE BISMUTO 30G	
SUXAMETONIO 100MG\FRASCO	
SUXAMETONIO 500MG\FRASCO	
TERBUTALINA (BRICANIL) 0.5MG\1ML	
VANCOMICINA 50MG\ML	
EQUIPAMENTOS	QN
APARELHO DE AMESTESIA ✓	
BISTURI ELETRICO / BIPOLAR	
CAPNÓGRAFO	
DESFRIBLADOR	
ENDOSCÓPIO	
ESTRIBO	
FONTE DE ENERGIA/FIBRA ÓTICA	
FOTÓFORO	
LARINGOSCÓPIO	
MICROSCÓPIO CIRÚRGICO	
MONITOR CARDIACO ✓	
ÓXIMETRO ✓	
RAIO X	
RESPIRADOR VOLUMÉTRICO	
GASOTERAPIA	QN
AR COMPRIMIDO	
GÁS CARBÔNICO	
OXIGÊNIO	
PROTÓXIDO DE AZOTO	
VÁCUO	
SOLUÇÕES PARENTERAIS DE GRANDE VOLUME	QN
ÁGUA DESTILADA 1000ML	
SOLUÇÃO SORBITOL + MANITOL 1000ML	
SORO RINGER + LACTATO 500ML	01
SORO FISIOLOGICO 0.9% 500ML	01
SORO GLICOSADO 5% 500ML	
SORO GLICOFISIOLOGICO 5% 500ML	
FIOS CIRÚRGICOS	QN
AÇO MONOFILAMENTO Nº 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 4 ( ) 5	
EQUIPO MICROGOTAS–QNT ( ) EQUIPO P\ TRANSFUSÃO-QNT ( )	
EQUIPO AMBAR – QNT ( )	
ESPONJA HEMOSTÁTICA SURGICEL	
EXTENSOR (INFUSOR) 2 VIAS	
FRALDA DESCARTÁVEL ADULTO ( ) INFALTIL ( )	
IRRIGAFIX 4 VIAS	

Paciente : **ITALO JOSE VIERA FREIRE (191676)** Idade: 29 anos
Convênio : TABELA UNICLINICA
Médico(a): Dr. LUCIANO PASSOS SOUZA
Protocolo: 822155/ 2 Data: 04/05/2018
Exame : **RX PERNA ESQUERDA**

LAUDO:

Fraturas no terço distal da tíbia e fíbula.
Controle de osteossíntese tibial.

Aracaju (SE), 12 de JULHO de 2018

Dr. OSMARIO SOUZA DANTAS
RADIOLOGISTA
CRM: 3212/SE

Obs: - O valor diagnóstico do presente exame só é válido quando correlacionado com os dados clínicos e com outros exames complementares.

Matriz: Praça da Bandeira, 325
Tel. (79) 3205-6700

Aracaju-SE
www.uniclinica.com.br

Filial: Praça da Bandeira, 500
Tel. (79) 3212-8300

E
UNICLINICA - UNIDADE CLINICA DE ARACAJU
TALO JOSE VIEIRA FREIRE, SX. M Pt. 822155 Id. 029 M Dt. 04/05/2018 Conv. UNICLINICA TEC. CE

E
PERNA
58,1 %
PERNA
58,0 %
HOSPITAL DE URGENCIA DE SERGIPE
DATA DO EXAME : 22/03/2018 16:57:48
Técnico: MENDES/GERSICA
NOME: ITALO JOSE VIEIRA FREIRE - MATRICULA: 1697584 - NASCIMENTO : 04/06/1988
CONVÊNIO: - SETOR: SUT

RELATÓRIO ESPECIALIZADO

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

Número do sinistro RPO. 002952/2018-A01

Nome do paciente: Thiago José Oliveira Freitas. Data de nascimento: 04/06/1988

Data do início do tratamento / Acidente 22/03/2018

1 - Diagnóstico / Causas básicas:

Paciente vítima de Grave acidente de moto, com Politrauma, contusões múltiplas pelo corpo, Queda 1º atendimento médico hospitalar no Hospital de Urgência de Sergipe, onde Realizou os 1º Socorros, e depois Clínico. Por Como Resultado, onde teve o diagnóstico de Fratura de Diáfise da Tíbia/Fíbula. Após realizar Cirurgia foi encaminhado para o Serviço de Ortopedia: Foi imobilizado, e ainda Precisa Cirurgia de Colocação de Fixador para o Hospital de Cirurgia.

2 - Data / Tratamento Realizado:

24/03/2018 // 28/03/2018

Paciente foi Internado Regional foi operado de Redução Cirúrgica com Fixação interna com Placa e Parafuso da Fratura da Tíbia. CID 10 S82 Realizado no Hospital de Cirurgia; foi melhor Recebeu Alta Hospitalar para Acompanhamento no Ambulatório do SUS.

SHISLEY CORRETORA

04 DEZ. 2018

DPVAT/SE

3 - Data / Exames Complementares / Resultados:

22/03/2018.

Radiografia da Perna e Joelho III Direita Tíbia e

26/11/2018.

Data

Renato Teixeira CRM 1450
Ortopedia - Traumatologia

Assinatura e Carimbo

4 - Hospitais / Serviços / Prestou atendimento:

- 22/03/2018 1º atendimento no HUSE
  2º Atendimento no Hospital de Cirurgia.

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

→ Paciente tem sequela permanente de defeito cicatricial, com perda parcial da função do membro superior

→ Paciente tem perda parcial da função plantar e dorsal do pé esquerdo

→ Paciente tem marcha claudicante que se agrava em fase aguda.

→ Paciente tem perda parcial da função e sensibilidade em MIE, pós-fratura da tíbia E

→ Não tem perda parcial da função e sensibilidade direta em MIE pós fratura da tíbia E

6 - Alta definitiva do tratamento: / 09/2018

7 - Data do Exame do Paciente / 26/11/2018.

8 - Segue Exame Anexo

SHISLEY CORRETORA
04 DEZ. 2019
DPVAT/SE

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

Nome do Médico		Nº do CRM	Fone:
Renato Teixeira		1450	(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*

26/11/2018
Data

Renato Teixeira CRM 1450
Ortopedia - Traumatologia
Assinatura e Carimbo

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

Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **ITALO JOSE VIEIRA FREIRE**

Nº Sinistro: **3180569993**
ITALO JOSE VIEIRA FREIRE
Data do Acidente: **22/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180569993**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04.** Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01951/01952 - carta_09 - INVALIDEZ

Carta nº 13762383

SINISTRO 3180569993 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ITALO JOSE VIEIRA FREIRE
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SHISLEY NUNES CORRETORA DE SEGUROS DE VIDA LTDA
BENEFICIÁRIO ITALO JOSE VIEIRA FREIRE
CPF/CNPJ: 02905928522

Posição em 21-01-2019 18:21:36

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, clique aqui e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Por gentileza, aguarde, em até 72 horas, entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
12/12/2018	R$ 2.362,50	R$ 0,00	R$ 2.362,50

PROCESSO:
201988001333

DATA:
20/08/2019

MOVIMENTO:
Conclusão

DESCRIÇÃO:
</br>{Via Movimentação em Lote nº 201900250}

LOCALIZAÇÃO:
Juiz

PUBLICAÇÃO:
Não

PROCESSO:
201988001333

DATA:
28/08/2019

MOVIMENTO:
Despacho

DESCRIÇÃO:
DESPACHO Processo nº 201988001333 R.H. Considerando que o autor manifestou, em peça inicial, o desinteresse na realização de audiência de conciliação, bem como, observando processos similares em que figura como polo passivo a requerida, SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT S.A, observa-se que esta manifesta-se informando a falta de interesse na designação de audiência de conciliação, deste modo, opto pela não realização da mesma. Cite-se o réu para, querendo, oferecer contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de revelia, nos termos do art. 344, NCPC. Havendo apenas contestação, se levantadas preliminares (art. 337, NCPC), manifeste-se a parte autora em 15 (quinze) dias, inclusive acerca de eventual alegação de fato impeditivo, modificativo ou extintivo de seu direito, bem como sobre os documentos apresentados (art. 341 e art. 437, NCPC). Se houver juntada de novos documentos com a réplica, vista à parte requerida por 15 (quinze) dias (art. 437, §1º, NCPC). Cumpra-se. Nossa Senhora do Socorro (SE), 27 de agosto de 2019.

LOCALIZAÇÃO:
Secretaria

PUBLICAÇÃO:
Sim

Poder Judiciário do Estado de Sergipe
1ª Vara Civel de Socorro

Nº Processo 201988001333 - Número Único: 0006468-81.2019.8.25.0053
Autor: ITALO JOSÉ VIEIRA FREIRE
Réu: SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Movimento: Despacho >> Mero Expediente

DESPACHO

Processo nº 201988001333

R.H.

Considerando que o autor manifestou, em peça inicial, o desinteresse na realização de audiência de conciliação, bem como, observando processos similares em que figura como polo passivo a requerida, **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT S.A**, observa-se que esta manifesta-se informando a falta de interesse na designação de audiência de conciliação, deste modo, opto pela não realização da mesma.

Cite-se o réu para, querendo, oferecer contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de revelia, nos termos do art. 344, NCPC.

Havendo apenas contestação, se levantadas preliminares (art. 337, NCPC), manifeste-se a parte autora em 15 (quinze) dias, inclusive acerca de eventual alegação de fato impeditivo, modificativo ou extintivo de seu direito, bem como sobre os documentos apresentados (art. 341 e art. 437, NCPC). Se houver juntada de novos documentos com a réplica, vista à parte requerida por 15 (quinze) dias (art. 437, §1º, NCPC).

Cumpra-se.

Nossa Senhora do Socorro (SE), 27de agosto de 2019.

Assinado eletronicamente por Eneida Lupinacci Costa, Juiz(a) de 1ª Vara Civel de Socorro,
em 28/08/2019 às 10:12:46, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.
Conferência em www.tjse.jus.br/portal/servicos/judiciais/autenticacao-de-documentos. Número de Consulta: 2019002181006-14. fl: 1/2

Documento assinado eletronicamente por **Eneida Lupinacci Costa, Juiz(a) de 1ª Vara Civel de Socorro, em 28/08/2019, às 10:12:46**, 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 **2019002181006-14.**

Assinado eletronicamente por Eneida Lupinacci Costa, Juiz(a) de 1ª Vara Civel de Socorro,
em 28/08/2019 às 10:12:46, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.
Conferência em www.tjse.jus.br/portal/servicos/judiciais/autenticacao-de-documentos. Número de Consulta: 2019002181006-14. fl: 2/2

PROCESSO:
201988001333

DATA:
29/08/2019

MOVIMENTO:
Certidão

DESCRIÇÃO:
Elaborado AR 201988004292.

LOCALIZAÇÃO:
Secretaria

PUBLICAÇÃO:
Não

PROCESSO:
201988001333

DATA:
29/08/2019

MOVIMENTO:
Expedição de Documento

DESCRIÇÃO:
Mandado de número 201988004292 do tipo CARTA CITAÇÃO PROCEDIMENTO COMUM SEM AUDIÊNCIA [TM4205,MD2372]

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

LOCALIZAÇÃO:
Secretaria

PUBLICAÇÃO:
Não

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SERGIPE
1ª Vara Civel de Socorro
R. Manoel Passos, Fórum Arthur Oscar de O. Deda
Bairro - Centro Cidade - N. Sra. do Socorro
Cep - 49160000 Telefone - (79)3279-3400

Normal

201988004292

PROCESSO: 201988001333 (Eletrônico)
NÚMERO ÚNICO: 0006468-81.2019.8.25.0053
NATUREZA: Procedimento Comum
REQUERENTE: ITALO JOSÉ VIEIRA FREIRE
REQUERIDO: SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

CARTA DE CITAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

Através da presente, fica Vossa Senhoria **CITADO(A)**, por todo o conteúdo da petição inicial, de cópia em anexo, parte integrante desta, para, querendo: 1) Integrar a relação processual, nos termos do art. 238 e seguintes do CPC; 2) Apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias, conforme determinado no art. 335 e seguintes do CPC, sob pena de revelia, além de presumidas como verdadeiras as alegações de fato apresentadas pela parte autora (art. 344 do CPC);

Finalidade: Responder em 15 (quinze) dias.

Despacho: DESPACHO Processo nº 201988001333 R.H. Considerando que o autor manifestou, em peça inicial, o desinteresse na realização de audiência de conciliação, bem como, observando processos similares em que figura como polo passivo a requerida, SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT S.A, observa-se que esta manifesta-se informando a falta de interesse na designação de audiência de conciliação, deste modo, opto pela não realização da mesma. Cite-se o réu para, querendo, oferecer contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de revelia, nos termos do art. 344, NCPC. Havendo apenas contestação, se levantadas preliminares (art. 337, NCPC), manifeste-se a parte autora em 15 (quinze) dias, inclusive acerca de eventual alegação de fato impeditivo, modificativo ou extintivo de seu direito, bem como sobre os documentos apresentados (art. 341 e art. 437, NCPC). Se houver juntada de novos documentos com a réplica, vista à parte requerida por 15 (quinze) dias (art. 437, §1º, NCPC). Cumpra-se. Nossa Senhora do Socorro (SE), 27 de agosto de 2019.

Atenciosamente,

Ilmº (a) Sr(a)
Nome : SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT
Residência : RUA SENADOR DANTAS, 5º ANDAR, Nº 74
Bairro : CENTRO
Cep : 20031205
Cidade : RIO DE JANEIRO - RJ - RJ

[TM4205, MD2372]

Documento assinado eletronicamente por **REINALDO CARVALHO GIL, Escrivão/Chefe de Secretaria/Secretário/Subsecretário de 1ª Vara Civel de Socorro, em 29/08/2019, às 12:01:25**, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Assinado eletronicamente por REINALDO CARVALHO GIL, Escrivão/Chefe de Secretaria/Secretário/Subsecretário de 1ª Vara Civel de Socorro, em 29/08/2019 às 12:01:25, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.
Conferência em www.tjse.jus.br/portal/servicos/judiciais/autenticacao-de-documentos. Número de Consulta: 2019002199261-20. fl: 1/2

ESTE DOCUMENTO POSSUI ANEXO(S), ACESSÁVEIS PELO QRCODE, PELO LINK DO RODAPÉ DA PÁGINA OU NA CONSULTA DE AUTENTICIDADE DO PORTAL DO TJSE EM www.tjse.jus.br UTILIZANDO O NÚMERO DE CONSULTA 2019002199261-20

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 **2019002199261-20.**

ESTE DOCUMENTO POSSUI ANEXO(S), ACESSÁVEIS PELO QRCODE, PELO LINK DO RODAPÉ DA PÁGINA OU NA CONSULTA DE AUTENTICIDADE DO PORTAL DO TJSE EM www.tjse.jus.br UTILIZANDO O NÚMERO DE CONSULTA 2019002199261-20

Assinado eletronicamente por REINALDO CARVALHO GIL, Escrivão/Chefe de Secretaria/Secretário/Subsecretário de 1ª Vara Cível de Socorro, em 29/08/2019 às 12:01:25, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.
Conferência em www.tjse.jus.br/portal/servicos/judiciais/autenticacao-de-documentos. Número de Consulta: 2019002199261-20. fl: 2/2

PROCESSO:
201988001333

DATA:
16/09/2019

MOVIMENTO:
Juntada

DESCRIÇÃO:
Aviso de Recebimento de AR Digital n° 201988004292, conforme arquivo em anexo. Objetivo: Atingido

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

LOCALIZAÇÃO:
Secretaria

PUBLICAÇÃO:
Não

AVISO DE RECEBIMENTO **Digital**

DESTINATÁRIO

G LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT
A SENADOR DANTAS nº Nº 74, 5º ANDAR. CENTRO.

031205 - RIO DE JANEIRO - RJ

AR921439199SG

AR Correios

ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO DO AR - Centralizador Regional

LARAÇÃO DE CONTEÚDO (OU INFORMAÇÕES DE INTERESSE DO CLIENTE - OPCIONAL)
rente ao processo de nro. 201988001333 e mandado nro. 201988004292

TENTATIVAS DE ENTREGA	MOTIVOS DE DEVOLUÇÃO	RUBRICA E MATRÍCULA DO CARTEIRO
___/___/___ ___:	1 Mudou-se; 2 Endereço insuficiente; 3 Não existe o número; 4 Desconhecido; 5 Outros	5 Recusado; 6 Não procurado; 7 Ausente; 8 Falecido
___/___/___ ___:		Silvio Nunes
___/___/___ ___:		Matr.: 8.955.463 - 9

ATENÇÃO: Após a 3ª tentativa, devolver o objeto.

SEGURADORA LIDER
04 SET 2019
BIANCA DE SOUZA CRUZ VIEIRA
RG: 20.993.830-7

ASSINATURA DO RECEBEDOR	DATA DE ENTREGA ___/___/___
NOME LEGÍVEL DO RECEBEDOR	Nº DOC. DE IDENTIDADE

CORREIOS 1663 MARÇO UNIDADE DE ENTREGA
- 4 SET 2019
RIO DE JANEIRO - RJ

PROCESSO:
201988001333

DATA:
18/09/2019

MOVIMENTO:
Certidão

DESCRIÇÃO:
Aguardando final de prazo.

LOCALIZAÇÃO:
Secretaria

PUBLICAÇÃO:
Não