

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE CARLOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04470

CONTA: 00000007838-6

Nr. da Autenticação F2922E0F93F56EBC

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180594171 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CARLOS SANTOS **Data do acidente:** 24/07/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO BILATERAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - FIOS K). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DOS PUNHOS DIREITO E ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO E PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in blue ink that appears to read "Talita Fonseca Medeiros da Silva".

MIRALDA ALVES FELIPE
PC ANTONIO BISPO, 25 - CENTRO
NOSSA SENHORA APARECIDA / SE CEP: 49540000 (A0: 30)
Emissão: 17/10/2018 Referência: Out / 2018
Classe/Subcl: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO
Rotação: 9 - 120 - 220 - 4720 N° medidor: N1049515727



ENERGISA SERGIPE-DISTRIBUIÇÃO DE ENERGIA S.A.
Rua Min. Antônio Sales, 01 - Início Barreiros
Aracaju - SE - CEP: 49040-150
CNPJ 13.917.462/0001-63 Inc. Est. 207.767.436
Nota Fiscal / Cartão de Energia Elétrica N° 0007.702.467
Cód. para Dib. Automática: 00000901748

17 DEZ 2018

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAM
Out / 2018	17/10/2018	16/11/2018	590.363.806-30 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 3/690174-8

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.430, de 26 de abril de 2002.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
17/09/18 Data	17/10/18 Leitura	1	134	30

Demonstrativo

CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Base Cál.	Aq. Imp(R\$)	Base Cál.	Fixo(R\$)	Cofres(R\$)
			Tributos/Taxas(R\$) ICMS(R\$) ICMS			Período(R\$) (0,8571%) (0,729%)		
0801	Consumo até 30/09/18	30.000	0,243112	7,28	25	1,92	7,28	0,06
0801	Consumo - 31 a 100-WW-BF	70.000	0,418873	28,15	29,18	28	29,18	0,19
0801	Consumo - 101 a 220-WW-BF	34.000	0,625400	31,28	25	5,37	31,28	0,14
0801	Adic. B Vermelha			5,92	5,92	25	1,45	6,22
0810	Subsídio			41,98	42,58	25	13,55	42,58
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0807	CONTRIBUÍVEL CA			3,48	0,00	0	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 09/2018			0,20	0,00	0	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 18/2018			0,28	0,00	0	0,00	0,00
0805	MULTA 09/2018			1,92	0,00	0	0,00	0,00
0806	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2018			0,12	0,00	0	0,00	0,00
0806	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018			0,26	0,00	0	0,00	0,00
0808	Desvaliação Subsídio			-30,32	0,00	0	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do item TOTAL 96,64 108,11 26,52 106,11 0,70 3,28

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
180 24/10/2018 R\$ 86,84

Histórico de Consumo (kWh)

209 243 202 190 201 182 200 187 189 143 111 136
Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18

RESUMO DO CONSUMO
77a3.a5af.3998.cbe1.2ca2.2a55.cadc.8258.

Indicadores de Qualidade 1/2018 - NOSSA SENHORA DA GLÓRIA			Composição do Consumo		
Limits da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DCM MENSAL	8,15	0,00	NOMINAL	137	
DCD TERRESTRAL	12,00				
DCD ANUAL	24,00				
FDC MENSAL	0,00		CONTRATADA	1,19	
FDC TERRESTRAL	0,00		LIGUE PEQUENO	1,19	
FDC ANUAL	0,00		LIMITESUPERIOR	133	
DMC	3,65	0,00		Total	86,84
DCB	12,22				100,00

Valor da EU00 (Ref. 8/2018) R\$ 15,82

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$20,38
- Atenção: A responsabilidade pela iluminação pública é da prefeitura do município.
- Lectura confirmada

Faturas em atraso

SERGIPE
Roteiro: 9 - 120 - 220 - 4720
Matrícula: 690174-2018-10-T
836800000000-9 86840049000-9 06901742018-8 10700120019-8



JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
RUA DOS SLOS. 0217 / CASA A - SLOS
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA / SE CEP: 49580000 (AG: 430)
Emissão: 09/11/2018 Referência: Nov / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL BIFASICO
Roteiro: 5 - 430 - 340 - 7381 N° medidor: E8003348123

energisa
ENERGISA SERGIPE-DISTRIBUIDORA S.A.
Rua Min. Antônio Sette, 61 - Início Ilha Branca
Aracaju / SE - CEP 49040-150
CNPJ: 13.017.452/0001-43 Inst. Est. 279.767.436
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N° 006.250.291
Cód. para Débito Automático: 00009157878

10 DEZ 2018

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2018	09/11/2018	10/12/2018	020.003.676-00 Inst. Est:

UC (Unidade Consumidora): 3/912787-9

Canal de contato:

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Litura	Data	Litura	
10/10/18 8410 09/11/18 9498				
Demonstrativo				
CCN - Descrição	Quantidade (kWh)	Tributos Total(R\$) KAR(R\$) ICMS(R\$) PIS/Cofins(R\$) (0,016%) IPI(0,04%)		
0801 Consumo em kWh	88.000 0.731170	55,07 85,07 29 16,27 85,07 0,55 2,49		
0801 Adic. B Vermelha		4,40 4,40 25 1,10 4,40 0,02 0,17		
0801 Adic. B Amarela		0,38 0,38 25 0,08 0,38 0,00 0,01		
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807 CONTRIBUÍVEL PÚBLICA	9,49 0,00 0 0,00	1 0,00 0,00 0,00 0,00		
0804 JUROS DE MORA 10/2018	0,02 0,00 0 0,00	0,00 0,00 0,00 0,00 0,00		
0805 MULTA 10/2018	1,17 0,00 0 0,00	0,00 0,00 0,00 0,00 0,00		
0804 COMPENSAÇÃO DMC 09/2018	-0,31 0,00 0 0,00	0,00 0,00 0,00 0,00 0,00		
0802 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2018	0,03 0,00 0 0,00	0,00 0,00 0,00 0,00 0,00		

CCI Código de Classificação do Item: TOTAL 79,24 88,85 17,48 22,35 0,53 1,87

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO 19/11/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 79,24
---------------------------	---------------------------------	-----------------------------------

Histórico de Consumo (kWh)
83 74 83 67 82 89 54 70 58 85 38 74 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18

RESERVADO AO FISCO
3cde.ebd1.8028.0e39.9298.c64b.2528.6810.

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIG MENSAL	5,15	5,05	Serviços de Dist. da Energisa/SE	17,65	27,43
DIG TRIMESTRAL	12,20		Compra de Energia	24,53	30,84
DIG ANUAL	24,80		Serviço de Transmissão	2,95	3,22
FIC MENSAL	9,42	2,00	Encargos Sistêmicos	4,20	5,28
FIC TRIMESTRAL	9,86		Impostos Diretos e Encargos	30,41	38,23
FIC ANUAL	12,70		Outros Serviços	0,00	0,00
DMC	3,83	4,80	Total	79,58	100,00
DOR	12,22		Valor do IUSCO (Ref. 9/2018) R\$ 15,63		

ATENÇÃO	Faturas em atraso
Atenção: A responsabilidade pela fumigação pública é da prefeitura do município. - Leitura confirmada	

energisa SERGIPE Roteiro: 5 - 430 - 340 - 7381 Matrícula: 912787-2018-11-6 83630000000-4 79240049000-1 09127872018-9 11600430019-4	VENCIMENTO 19/11/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 79,24
---	---------------------------------	-----------------------------------



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José Francisco de O. Rosa inscrito (a) no CPF/CNPJ 020.003.675/00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Carlos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 516384875/53, do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz da Vítima José Carlos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 516384875/53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Dos Salgueiros</u>	Número	<u>217</u>	Complemento	<u>Excutario</u>
Bairro	<u>Brasília</u>	Cidade	<u>N. Gra da Georia</u>	Estado	<u>SE</u>
Email	<u>marcosdigfaria@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>49.9918 9207</u>	Telefone celular (DDD)	<u>49.99925 2568</u>

N. Gra da Georia, 13 de 12 de 18

Local e Data

José Francisco de Oliveira Rosa
Assinatura do Declarante

18 DEZ 2018

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Dian Carlos Santos,
RG nº 25224862, data de expedição 23/08/2016
Órgão SSP/SC, portador do CPF nº 055.789.605-37, com
domicílio na cidade de Nossa Senhora Aparecida, no Estado de
Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Praca Antonio Bispo, nº 28,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima José Carlos Santos, cujo o condutor era
Dian Carlos Santos.

Veículo: MOTOCICLO

Modelo: HONDA ICB 250F TWISTER

Ano: 2015/2016

Placa: QKT 4019

Chassi: 9GDMC4Y006R002345

Data do Acidente: 24.07.2018

Local e Data: _____

Dian Carlos Santos
Assinatura do Declarante

x Dian Carlos Santos
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

TABELIONATO DE NOTAS	Tony Carlos C. Ferreira Notário Maria Virginia de J. Barreto Escrivente Autorizada
Reconheço e dou fé como verdadeira, por autenticidade a, a firma de <u>Dian</u> <u>Dian Santos</u>	
Selo TJSE: <u>201829605002530</u>	
Acesso: www.tjse.jus.br/ EC 39965	
N. S. Aparecida (SE)	
Notário/Escrivente	



RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: José Carlos Souto
DATA DA ENTRADA: 24/07/2018
DATA DA SAÍDA: / /

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

INTERNAMENTO: PS () ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente vítima de acidente de trânsito. Apresentava ferimento extenso em escroto e perineo, edema e deformidade de pênis. Rx mostra fratura exposta da raiz do cíngulo, bivalvular. Realizado sutura de escroto e cíngulo. Encaminhado para exames ginecologicos. Cíngulo de mal, poro analisar.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

7

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx punho
GGE
Laboratório

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dra. Thiago Jorge Silveira
Dr. Washington Bettista
Dr. Freycine Lívia de Vasconcelos
Dr. Rafael Gonçalves
Dr. José Freitas Góes

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

ARACAJU, 24 de Setembro de 2018

Ana Luisa Pinheiro Barreto
Especialista em UTI
CPF 138.478.566-52 CRM/SE

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

18 JUL 2018

ASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

DO BE: 556851

DATA: 24/07/2018 HORA: 12:36 USUARIO: RAJESUS
SETOR: 05-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Nome.....: JOSE CARLOS SANTOS
 Idade.....: 55 ANOS NASC: 29/09/1962
 Endereço....: PRACA ANTONIO BISPO
 Endereço.....: CASA BAIRRO: CENTRO
 Religiao.....: NOSSA SENHORA APARECIDA
 PAI/MAE...: JOSE ALVES DOS SANTOS
 Responsavel....: A ESPOSA
 Dependencia....: NSA SRA APARECIDA - SE
 Endimento....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
 Agencia Policial.: NAO
 Trabalho: NAO
 Plano de Saude....: NAO
 Veio de Ambulancia: NAO

DOC...: 662340
 SEXO: MASCULINO
 NUMERO: 28
 UF: SE CEP...: 49540-000
 /ALZIRA DIAS DA COSTA
 TEL...: 079 995006
 20
 TRAUMA: NAO

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

ES COMPLEMENTARES: [] RAIOS X [] SANGUE [] URINA [] TC
 [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

EXPLORACAO: VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

Sintomas: Paciente trazido de ambulancia PRIMEIROS SINTOMAS:
 sem nenhuma com TCE, iterar em dizer o que sente, Fd fm MSE & D
 nenhuma infecção patologica, ARCO DR. op. murais 70
 pert: S/P ECG 89 JOCARTE

EXPLORACAO DA ENFERMAGEM:

SOP - 92.
 PA = 188/100
 PC = 74 bpm

CID:

DIAGNOSTICO:

HORARIO DA MEDICACAO

X pulso + dor dor	PRESCRICAO	
SOP. 92. conf. (Silva)	coração	500
PITENATE + CLOREL SPOR. 96		
TRANM + CLOREL SPOR. 96	13:37	Fal.

SAIDA:

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

EXPERIENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

ID: [] ATÉ 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA

Samuel Rodrigues da Silva
 Medico [] ANAT. PATOL
 CRM - SE 5360

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Ana Cristina
 TEC Reg. 1001
 CRM 1000

Protocolo
24.07.18
564+606
624 627+612

1 F DEZ 2018

HOSPITAL REGIONAL DR. PEDRO GARCIA MOREIRA
NATCLIN

SCOT AV. TREZE DE JUNHO, 776

/ Telefone: 3432-9200

FOLHA: 1

Paciente: JOSE CARLOS SANTOS
Data....: 24/07/2018 - 14:37
Medico...: DR(a)Alas: SUTURA BE.: 5566
No.: 76164 Idade: 55 Ano(s)
Conv.: FHS

DEPARTAMENTO DE HEMATOLOGIA

EXAME -HEMOGRAMA COMPLETO

Metodo....: AUTOMATICO

Material...: SANGUE TOTAL

Resultado.: ERITROGRAMA

V. Encontrado V.Normal
 Eritrocitos.....: 4,4 (4,3 a 6,0 milh/mm³)
 Hemoglobina.....: 13,1 (13,6 a 17,8 g/dL)
 Hematocrito.....: 39,9 (41,0 a 54,0 %)
 Vol. Globular Medio.: 91 (30,0 a 100,0 fl)
 Hemogl.Glob. Media.: 30 (27,0 a 33,0 pg)
 Conc.de Hem.Glob. Media.: 33 (32,0 a 36,0 g/dL)
 RDW.....: 13,6 (11,0 a 14,5 %)

LEUCOCRAMA

Leucocitos /mm³..: 15.600 (3.600 a 11.000)
 N.Relativos N.Absolutos
 Basofilo.....: 0,0 (0-2) 0 (0-200)
 Eosinofilo.....: 4,0 (1-4) 624 (50-400)
 Metamielocitos...: 0,0 (0-1) 0 (0-100)
 Bastões.....: 0,0 (2-5) 0 (100-500)
 Segmentados.....: 81,0 (36-66) 12.636 (1900-560)
 Linfocitos.....: 5,0 (22-44) 780 (1100-440)
 Monocitos.....: 10,0 (3-10) 1.560 (150-100)

EXAME -CONTAGEM DE PLAQUETAS

Metodo....: DIRETO

Material...: SANGUE

Resultado.: 342.000 /mm³(150.000 a 450.000 /mm³)

 LAÍS CATARINE DE SA
 CRM: 5918

Obs.: O valor preditivo dos testes laboratoriais depende de situação clínico-epidemiológica do(a) paciente

02

GUIA DE TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

A- remoções simples e de caráter eletivo / B- transporte inter-hospitalar sem risco / C- Veículo de Resgate Pré-Hospitalar de suporte básico / D- Veículo de Resgate Pré-Hospitalar de Suporte Avançado

HOSPITAL DESTINO: HUSE SANTOS SOTER DA YVON

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: JOSÉ CARLOS SANTOS
 SEXO: Masc Fem IDADE: 55 anos C. Identidade: _____
 ESTADO CIVIL: Casado Solteiro Outros Data de Nascimento: _____ / _____ / _____
 ENDEREÇO: _____ Cartão do SUS: _____
 TEL: _____

QUADRO CLÍNICO

FC: 81 bpm FR: 21 ipm PA: 140 x 105 mmHg GLASGOW: 15
 RESUMO: PACIENTE VENDEDO DE GUARAPARI
 ESGO E PONTAIS E SUSPEITA DE
 COVIA.

TRATAMENTO INSTITUÍDO ATÉ O MOMENTO

MEDICAÇÃO(ÕES) UTILIZADA(S): TMMZ

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS (Resumo dos resultados): _____

INFORMAÇÕES DA TRANSFERÊNCIA

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: falta de vaga procedimento especializado outro

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO: JOAO MONTORIO

MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ: _____

RECEPÇÃO: _____ ENCAMINHAR FOTOCÓPIAS DE OG DOS EXAMES REALIZADOS: _____

ENFº RESPONSÁVEL PELO SETOR

DATA

24/07/15
 CRM 15 SE 696
 MEDICO SOLICITANTE
 Assinatura / Carimbo
 Clínica de Emergência
 Dr. José Geraldo Monteiro

LEIAUDO ENVIADO
30/07/2018
Setor de Falecimento e Morte Súbita

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

NO. DO BE: 1759140 DATA: 24/07/2018 HORA: 16:04 USUARIO: VDMSANTOS
CNS: 709005891388012 SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: JOSE CARLOS SANTOS DOC.:
IDADE: 55 ANOS NASC: 29/09/1962 SEXO: MASCULINO
ENDERECO: PRACA ANTINIO BISPO NUMERO: 028
COMPLEMENTO: BAIRRO: CENTRO
MUNICIPIO: NOSSA SENHORA APARECIDA UF: SE CEP: -
NOME PAI/MAE: JOSE ALVES DOS SANOS /ALZIRA DIAS DA COSTA
RESPONSAVEL: A ESPOSA-MIRALDA COM SAMU TEL.: 799 9950.0
PROCEDENCIA: NOSSA SRA DA APARECIDA 620
ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Veniente 4h ms de acidente motorizado.
Negos perdido de consciente mas em si mes Negos
tensões no abdômen

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

ABC: Os sintomas: Ficou inconsciente com o colo
Estique/defesa da clavícula
Puxado CID:

DIAGNOSTICO: Abdômen doloroso, com sensação de pressão.

Presença de traumas e nenhuma lesão óssea

③ Kf 1628x - fratura de punha

Fratura

Av entopédio

Dra. Katarine Caetano
Ginecologia
CRM: 136

DATA DA SAIDA: / / : HORA DA SAIDA: :
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

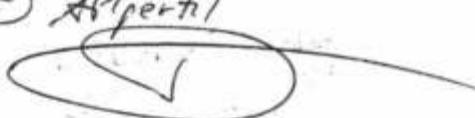
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATÉ 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PAT.

Andrea Alves Felipe
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL
Patio-x de punho D e C Afonso

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



SECRETARIA DE SAÚDE DA SERRA

SERGIPE
GOVERNO DO PESSOALNúcleo de Atenção à
Qualidade Hospitalar - NAQH

Portaria da Secretaria de Saúde - DS-2

GUIA DE TRANSFERÊNCIA
HOSPITALAR

A- remoções simples e de caráter eletivo / B- transporte inter-hospitalar sem risco / C- Veículo de Resgate Pré-Hospitalar de suporte básico / D- Veículo de Resgate Pré-Hospitalar de Suporte Avançado

HOSPITAL DESTINO: HUSE SAÍDA DE SUTURA DA YUMI

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: JOSE CARLOS SANTOS C. Identidade: _____SEXO: Masc Fem IDADE: 55 anos Data de Nascimento: _____ / _____ / _____ESTADO CIVIL: Casado Solteiro Outros Cartão do SUS: _____

ENDEREÇO: _____

TEL: _____

QUADRO CLÍNICO

RESUMO: Paciente é vítima de agressão e fatores de risco de suicídio e punho e suspeita de lesões de cunha.
 FC: 81 bpm FR: 21 lpm PA: 140 x 101 mmHg GLASGOW: 15

TRATAMENTO INSTITUÍDO ATÉ O MOMENTO

MEDICAÇÃO(ÕES) UTILIZADA(S): TMAZ

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS (Resumo dos resultados): _____

INFORMAÇÕES DA TRANSFERÊNCIA

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: falta de vaga procedimento especializado outrosMÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO: JOSÉ MONTES

MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ: _____

ENCAMINHAR FOTOCÓPIAS XEROX / BOS EXAMES REALIZADOS
 REFERIR A RESERVA DE RESERVA DE URGÊNCIA

ENFº RESPONSÁVEL PELO SETOR	DATA	MÉDICO SOLICITANTE Assinatura / Carimbo
-----------------------------	------	--

24/07/1999 Monteiro

SUS: 70900589388012

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

8

LAUDO
07
SP

Reg. Definitivo....: 174588
Numero do CNS.....: 0000000000000000
Nome.....: JOSE CARLOS SANTOS
Documento.....:
Data de Nascimento: 29/09/1962 Tipo :
Sexo.....: MASCULINO Idade: 55 anos
Responsavel.....: JOSE ALVES DOS SANOS
Nome da Mae.....: ALZIRA DIAS DA COSTA
Endereco.....: PRACA ANTNIO BISPO 028
Bairro.....: CENTRO Cep.: 00000-000
Telefone.....: 799 9950.0620
Municipio.....: 2804458 - - SE
Nacionalidade....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 1759140
Clinica.....: 945 - PS VERDE TRAUMA II
Leito.....: 999.0128
Data da Internacao: 25/07/2018
Hora da Internacao: 21:39
Medico Solicitante: 831.578.595-87 - WASHINGTON LUIZ SANTOS BATISTA JUNIOR
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: BMGSANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

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

Nome do Paciente: José Carlos Santos

Unidade de Produção: Ala A

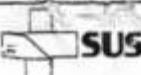
Idade: 55 a

Sexo: M

Leito: 04103

Nº do Prontuário:

DATA / HORA	HISTÓRICO
01/08	<p>NUTRIÇÃO</p> <p>Paciente se queixas no momento Boa aceitação do plano alimentar.</p> <p>CD: Dieta normal</p> <p><i>João Batista da Silva Nutrologista 091 5 - 0778</i></p>
02/08/18	<p>1º prelito de Rádio distal Goma ok Ag. fragrância clínica</p> <p><i>Geco P. F. 201</i></p>
02/08/2018	<p>Serviço Social:</p> <p>10:35h Pcte em Dto ortopédico, acompanhado por familiar, sendo transferido para FBHE no momento da visita ao leito profissional</p> <p><i>Anônimo P. dos S. Andrade Assistente Social 091 5 1029</i></p>



Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

2 - CNES

0002283

4 - CNES

0002283

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JOSE CARLOS SANTOS

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

709005891388012

8 - DATA DE NASCIMENTO

29/09/1962

9 - SEXO

Masc.

Fem.

10 - RACA/COR

1044662

11 - NOME DA MÃE

ALZIRA DIAS DA COSTA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

MIRALDA ALVES FELIPE/ESPOSA

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

PRAÇA ANTONIO BISPO Nº28

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Nossa Senhora Aparecida

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

999950-0620/99925-

DDD

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

SE

18 - UF

19 - CEP

49540000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Sneeda de molo b- 10 dias

F.F. doi pntos (20)

R.s. Fratura Rádio diáf (20)

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

R + Fratura rádio diáf (1). Tto Cirurgico

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

R + + EF

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura do Rádio diáf

24 - CID 10 PRINCIPAL

5525

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

V230

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Orto

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0108020407

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Orto

Vida

31 - DOCUMENTO

() CNS

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CPF

8226151388-71

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Orto

Vida

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

02/08/18

35 - ASSINATURA E CÓDIGO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Bruno Salles

Oncologia

Cirurgia

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES, VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

41 - CNPJ EMPRESA

42 - CNAE DA EMPRESA

43 - CBOR

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

03/08/18

Dra. Adrienne Ferreira da Motta
Supervisão Médica I SES
CRM - SE 3686
OFT. B70.198.735 - 20

281810015264-8

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

ATENDIMENTO

ACOMODACAO: Enfermaria
 DIREITO A ACOMPANHANTE? Sim
 DATA: 02/08/2018 11:22:49 LEITO: MED GER. D03 - Ortopedia II
 TIPO: Urgência
 CONVENIO: SUS INTERNO
 PROFISSIONAL: 4451-PAULO MÁRCIO DE CARVALHO SALOTTI

PACIENTE CARTÃO SUS: 709005891388012

ATENDIMENTO: 1044662
 NOME: JOSE CARLOS SANTOS
 ENDERECO: PRACA ANTONIO BISPO Nº: 28
 BAIRRO: Centro UF: SE CEP: 49540000
 CIDADE: Nossa Senhora Aparecida CPF: 51638487553
 FONE: 999950-0620/99925-8513 R.G: 662340
 DATA NASC.: 29/09/1962 IDADE: 55 SEXO: Masculino
 EST.CIVIL: Solteiro PROFISSÃO
 NOME DO PAI: JOSE ALVES DOS SANTOS
 NOME DA MAE: ALZIRA DIAS DA COSTA

RESPONSÁVEL:

NOME DO RESPONSÁVEL: MIRALDA ALVES FELIPE/ESPOSA
 ENDERECO:
 BAIRRO: CIDADE: UF:

DADOS COMPLEMENTARES:

CID: S52.5-Fratura da extremidade distal do rádio
 ORIGEM: Nossa Senhora Aparecida
 DIAS INTERNAMENTO: 2
 PROC.SUS: 040802040-7 Tratamento Cirúrgico De Fratura Da Extremidade
 AIH.:
 Obj: Anexo Cópia dos documentos e exames lancados

Lindiane Silva Santos
 Secretaria Clínica/FBHC
 Matr. 69440

R+ pre
 pos OK

alta
 08.08.18
 13:50

Marlete Siewers
 Secretaria de Clínica
 Matrícula - 87130
 FBHC

II - Cadastro do(a) Agricultor(a) Familiar

1) Identificação do(a) Agricultor(a) Familiar

1. Nome: JOSE CARLOS SANTOS	2. sexo: Masculino
3. CPF: 516.304.875-53	4. Nome da Mãe: ALZIRA DIAS DA COSTA
5. Apelido:	6. Dt de Nasc.: 29/09/1962
7. RG: 662.340	8. UF de Emissão do RG: SE
10. Naturalidade: Ribeirópolis - SE	9. NIS:
12. Nome: MIRALDA ALVES FELIPE	11. Escolaridade: 1º Grau incompleto
14. CPF: 590.383.905-30	13. sexo: Feminino
16. Apelido:	15. Nome da Mãe: MARIA MACHADO ALVES FELIPE
18. RG: 1059944	19. UF de Emissão do RG: SE
21. Naturalidade: Ribeirópolis - SE	20. NIS: 16.367.12615-6
23. N.º de pessoas da família residentes no estabelecimento: 3	22. Escolaridade: 1º Grau completo
25. Regime de Casamento: Não se aplica	24. Estado Civil: Amasiado
27. Endereço: Praça Antonio Bispo	26. Local de Residência: Local Proximo

Nº.S/N

Bairro: centro

28. Município: Nossa Senhora Aparecida - SE

b) Características Sócio-Econômicas do(a) Agricultor(a) Familiar

1. Organização(ões) Social(is) a(s) qual(is) pertença: Não Pertence

2. Condição(ões) de posse e uso da terra: Comodatário

3. Atividades Principais: Agricultor/a

4. Área do Estabelecimento: 1,21 ha

5. Área menor ou igual a 4 módulos fiscais: Sim

6. Composição do Valor bruto de Produção Anual do Estabelecimento Familiar (considerar os últimos doze meses, a contar da data do preenchimento da DAP): R\$ 3.148,00

	Renda Rebatida	Renda Total
- Renda do estabelecimento	R\$ 1.591,40	R\$ 3.148,00
- Renda fora do estabelecimento	R\$ 0,00	R\$ 0,00
- Renda total de enquadramento		
- Percentual da renda oriunda do estabelecimento		R\$ 1.591,40
- Valor da redução da renda auferida fora do estabelecimento		100,00%
		R\$ 0,00

7. Força de trabalho utilizada além da familiar:

- i. (X) Não contrata ii. () Contrata empregados eventuais: quantidade de dias X Homens/Ano: 0
 iii. () Contrata empregados Permanentes: quantos: 0

II - Informações Complementares

Destinação da Operação de Crédito (casos especiais):

Enquadramentos Anteriores: 1. Já obteve anteriormente crédito ao amparo do Pronaf? Sim

2. Se sim, sob qual grupo? B

Imóveis Rurais: 1. N.º de imóveis explorados: 1

Sobre o imóvel principal: 2. Denominação do imóvel: Sítio Pau Preto
 3. Localização do imóvel: Pov. Pau Preto

4. Área do estabelecimento: 1,21 hectares

5. É proprietário do imóvel principal? Não

6. Nome ou razão social do proprietário: Cassimiro felipe Neto

7. CPF/CNPJ do Proprietário: 102.551.505-63

III - Declaração do(a) Beneficiário(a)

Declaro, sob as penas da lei (art. 299 do Código Penal), que os dados acima correspondem à verdade.

Local: 1. Sua - Alparecida Data: 17/12/2013

Assinatura: José Carlos Santos

Local: 1. Sua - Alparecida Data: 17/12/2013

Assinatura: Miralda Alves Felipe

Polegar direito 1	Polegar direito 2
-------------------	-------------------

V - Atestado da Entidade Credenciada pelo MDA

Testo que o(s) titular(es) acima identificado(s) atende(m) aos critérios definidos na Manual de Crédito Rural para enquadramento como beneficiário(a)

i) do Crédito Rural ao amparo do Pronaf no Grupo B.

Grupo Final: B

Sind. Trab. Rumis de N. S. Aparecida

Instituição: CNPJ 13.181.615/0001-03

Entidade emissora

Representante: CPF 877.668.175-00

Maria José Santos
Sec. "p/ Agricula / Agraria
e Meio Ambiente

N.º Sia - Aparecida

17/12/2013

EB - emitida pelo site do MDA/SAF

Atenção: Este documento é gratuito

MODELO 1.8.2 - GRUPOS: B

Data da Geração: 17/12/2013

HOSPITAL DE CLÍNICAS
"DR. ALFREDO STO. LÉITE"

I - Cadastro do(a) Agricultor(a) Familiar

SDW0516384875531712131204

1.Nome: JOSE CARLOS SANTOS	2. sexo: Masculino
3.CPF: 516.384.875-53	4. Nome da Mãe: ALZIRA DIAS DA COSTA
5.Apelido:	6. Dt de Nasc.: 29/09/1962
7.RG:662.340	8. UF de Emissão do RG: SE
10.Naturalidade: Ribeirópolis - SE	9. NIS:
12.Nome: MIRALDA ALVES FELIPE	11. Escolaridade: 1º Grau incompleto
14.CPF: 590.383.905-30	13. sexo: Feminino
16.Apelido:	15. Nome da Mãe: MARIA MACHADO ALVES FELIPE
18.RG: 1059944	19. UF de Emissão do RG: SE
21.Naturalidade: Ribeirópolis - SE	20. NIS: 16.367.12615-6
23.Nº de pessoas da família residentes no estabelecimento: 3	22. Escolaridade: 1º Grau completo
25.Regime de Casamento: Não se aplica	24. Estado Civil: Amasiado
27.Endereço: Praça Antonio Bispo	26. Local de Residência: Local Próximo

Nº S/N Barro centro
28.Município: Nossa Senhora Aparecida - SE

29.CEP: 49540-000

b) Características Sócio-Econômicas do(a) Agricultor(a) Familiar

1.Organização(ões) Social(is) a(s) qual(is) pertença: Não Pertence

2. Condição(ões) de posse e uso da terra: Comodatário

3. Atividades Principais: Agricultor/a

4. Área do Estabelecimento: 1,21 ha

5. Área menor ou igual a 4 módulos fiscais: Sim

6. Composição do Valor bruto da Produção Anual do Estabelecimento Familiar (considerar os últimos doze meses, a contar da data do preenchimento da DAP): R\$ 3.148,00

	Renda Rebatico	Renda Total
- Renda do estabelecimento	R\$ 1.591,40	R\$ 3.148,00
- Renda fora do estabelecimento	R\$ 0,00	R\$ 0,00
- Renda total de enquadramento		
- Percentual da renda oriunda do estabelecimento	R\$ 1.591,40	
- Valor da redução da renda oriunda fora do estabelecimento	100,00%	
	R\$ 0,00	

7. Força de trabalho utilizada além da familiar:
 i. (X) Não contrata ii. () Contrata empregados eventuais: quantidade de dias X Homens/Ano: 0
 iii. () Contrata empregados Permanentes: quantos: 0**II - Informações Complementares**

1) Destinação da Operação de Crédito (casos especiais):

1) Enquadramentos Anteriores: 1.Já obteve anteriormente crédito ao amparo do Pronaf? Sim

2. Se sim, sob qual grupo? B

1. Imóveis Rurais: 1.Nº de imóveis explorados: 1

Sobre o imóvel principal: 2. Denominação do imóvel: Sítio Pau Preto
3. Localização do imóvel: Pov. Pau Preto

4. Área do estabelecimento: 1,21 hectares

5. É proprietário do imóvel principal? Não

6. Nome ou razão social do proprietário: Cassimiro felipe Neto

7. CPF/CNPJ do Proprietário: 102.551.505-63

III - Declaração do(a) Beneficiário(a)

Declaro, sob as penas da lei (art. 299 do Código Penal), que os dados acima correspondem à verdade.

Local: Nossa Sen - Aparecida Data: 17/12/2013

Assinatura: José Carlos Santos

Local: Nossa Sen - Aparecida Data: 17/12/2013

Assinatura: Miralda Alves Felipe

Polegar direito 1	Polegar direito 2
-------------------	-------------------

IV - Atestado da Entidade Credenciada pelo MDA

Atesto que o(s) titular(es) acima identificado(s) atende(m) aos critérios definidos na Manual de Crédito Rural para enquadramento como beneficiário(a) s) do Crédito Rural ac amparo do Pronaf no Grupo B.

Grupo Final: B

Instituição: CNPJ 13.181.615/0001-03

Entidade emissora

Representante: CPF 877.668.175-00

Sind. Trab. Rurais de R. S. Aparecida

Local: Nossa Sen - Aparecida Data: 17/12/2013

Data:

Atenção: Este documento é gratuito

Assinatura:

Maria José Santos
Sec. "p" Agrícola / Agraria
e Meio Ambiente

MODELO 1.8.2 - GRUPOS: B

Data da Geração: 17/12/2013

/EB - emitida pelo site do MDA/SAF



nirhuse crpe <nirhuse.crpe@gmail.com>

DUSV E - ORTOPEDIA - FBHC - JOSE CARLOS SANTOS

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

1 de agosto de 2018 16:13

CG0108HCO2D3CF7

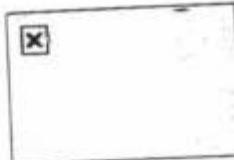
On Wed, Aug 1, 2018 at 14:20, nirhuse crpe <nirhuse.crpe@gmail.com> wrote:
Boa Tarde,

Segue documentação do referido paciente para avaliação.

Att

--
Atenciosamente,

Médico Regulador
Central de Regulação para Procedimentos Eletivos
Complexo Regulatório de Saúde do Estado de Sergipe



Laboratório

Atendimento 1044654
Nome JOSE CARLOS SANTOS
Tp. Atend Urgência
Endereço PRACA ANTONIO BISPO
Cidade
Sexo: Masculino

Data 02/08/2018 10:57
Convênio Sus
Med. Sol:
Bairro:
Telefone: 999950-0620/99925-8513
Idade: 55 anos

CREATININA

Data Coleta: 02/08/2018 11:00

Material: Soro
Metodo: Cinetico

RESULTADO : 0,94 mg/dl

Referência
H: 0,9 - 1,3 mg/dl
M: 0,6 - 1,1 mg/dl

GLICEMIA

Data Coleta: 02/08/2018 11:00

Material: Sangue Capilar
Metodo: Glicosimetro

Resultado : 80 mg/dl

Referência
60 a 99 mg/dl.

UREIA

Data Coleta: 02/08/2018 11:00

Material: Soro
Metodo: Enzimático Colorimétrico

RESULTADO : 42 mg/dl

Referência
Adulto: 17 - 43 mg/dl
Criança: 11 - 45 mg/dl

Mônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo
Biomedica
CRBM 1986

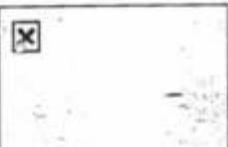
Alinne Karla Costa Lial
Biomedica
CRBM 3697

Anne Regina P.C.Carvalho
Biomedica
CRBM 0776

Fernanda S. Almeida
Biomédica
CRBM 2860

Camilla Figueiredo Chianca
Biomédica
CRBM 4928

Jaqueleine Lícia dos Santos
Biomédica
CRBM 2875



Laboratório

Atendimento	1044654	Data	02/08/2018 10:57
Nome	JOSE CARLOS SANTOS	Convênio	Sus
Tp. Atend	Urgência	Med. Sol:	
Endereço	PRACA ANTONIO BISPO	Bairro:	
Cidade		Telefone:	999950-0620/99925-8513
Sexo:	Masculino	Idade:	55 anos

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTPA)

Data Coleta: 02/08/2018 11:00

Material: Plasma Citratado
 Método: Coagulométrico

Tempo de Tromboplastina (TTPA)	46,4 Segundos	Referência
Mônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo Biomedica CRBM 1986	Alinne Karla Costa Lial Biomedica CRBM 3697	Anne Regina P.C.Carvalho Biomedica CRBM 0776
Fernanda S. Almeida Biomédica CRBM 2860	Camilla Figueiredo Chianca Biomédica CRBM 4928	Jaqueleine Lícia dos Santos Biomédica CRBM 2875

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: José Bonfim Sestos Procedência: Med - Ginec Matriúla: 1044662
 Idade: 55 Sexo: M / F Data de admissão: 07/01/12 Leito: D-03

TRANS-OPERATÓRIO (Admissão no Centro Cirúrgico)

- Confirmar a solicitação: Reserva de Sangue () SIM () NÃO Volume: _____ Vaga na UTI () SIM () NÃO
- Preparo: () Jejum a partir - HORÁRIO: _____ e DATA: _____ () Puncão 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 () ITU () NÃO.
- Faz uso de medicamento: () SIM () NÃO () QUAL (IS): _____

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Estado clínico do paciente)


HORARIO: _____ h.

ASSINATURA: _____

INTRÁ-OPERATÓRIO (Admissão na Sala Operatória - SO)
EQUIPE CIRÚRGICA

- Cirurgião: Pedro Leme
- Instrumentador: Andréa; Kleber
- Anestesiologista: Bruno
- Circulante: Valejo 583128

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

- Proposto: Red - Cervicico, Realizado: el fixação p
- Horário - Início: 14 : 18 h e Termino: h. cutanea
- Monitoração: (ECG) Extermia () PANI () Pressão Invasiva: _____
- Técnicas Anestésicas: () Geral venosa () Geral intravenosa
- () Geral combinada () Peridural com cateter Peridural sem cateter
- () Raquianestesia () Bloqueio () Sedação () Local
- Posição Cirúrgica: () Dorsal () Ventral () Ginecológica () Lateral D () Lateral E () Outras
- Local da placa dispersiva: UMSS
- Incisão Cirúrgica - local: UMSS
- Curativo - Tipo e local: _____

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Ocorrências e Intercorrências)

HORÁRIO DE ENTRADA NA SO: 13 : 30 h. HORÁRIO DE ENCaminhamento PARA SRPA: : h.
 Paciente admitido na S.O. para submeter-se a ato cirúrgico, encamado, verbalizado, apurado, expreco, em ato de sotoperito, com sedação + RX. Realizado em este seguimento o inicio do ato cirúrgico. Paciente encontra-se na sala para SRPA, após ato cirúrgico, SPO-997., FC-
 bpm; P.A - 115 x 70 mmHg. _____

ASSINATURA: _____

Valejo 583128

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

DISPOSITIVOS EM USO

- () CATETER O₂: ____ l/min () MÁSCARA O₂ - FIO₂: ____ % () VMI/TOT - Modo: ____ e FIO₂: ____ % () VMI/TQT - Modo: ____ e FIO₂: ____ % () MARCAPASSO
 () CATETER VENOSO PERIFÉRICO ____ () CATETER VENOSO CENTRAL () CATETER PERITONEAL () SONDA VESICAL () SONDA GASTRO/ENTERAL () OSTOMIA
 () FRALDA () DRENO SUÇÃO: ____ () DRENO PENROSE: ____ () DRENO TORACICO: ____ () DRENO TORÁCICO

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

SÍNTESE DA VIDA CLÍNICA

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

HORARIO: 14 : 55' h. Paciente (encaminhado) logo recebido no SRPA procedendo-se em companhia de auxiliares em uso de máscas, decladando efeitos anestésicos. Encontra-se consciente, calmo, eupneico, tritacionótico VE em ar ambiente, uso de ventilador não motorizado. PA = 109/83 mmHg, FC = 81 bpm, SatO₂ = 94%.

ASSINATURA:

Gedma. 401071

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

HORARIO: 16 : 00 h. Paciente encaminhado para enfermaria de ouro acordado consciente, respondendo solicitação verbal. PA = 109/83 mmHg, FC = 96 bpm, SatO₂ = 98%, saturando bem.

DESTINO/UNIDADE:

ASSINATURA:

Gedma. 401071

MENSURAÇÃO DO ÍNDICE DE ALDRET E KROLIK - IAK

IAK - paciente adulto (valor mínimo para Alta - 08 pontos)		Valor	0	30	60	90	100
Atividade: Motora	Capaz de mover os 04 membros	02					
	Capaz de mover os 02 membros	01					
	Incapaz de mover os membros	0					
Respiração	Respira profundamente ou tosse livremente	02					
	Dispneia ou limitação de respiração	01					
Circulação	Apnéia	0					
	PA 20% do nível pré anestésico	02					
	PA 20 - 49% do nível pré anestésico	01					
Consciência	PA 50% do nível pré anestésico	0					
	Lúcido, orientado no tempo e no espaço	02					
	Desperta se solicitado	01					
Saturação	Não responde	0					
	Maior que 92% respirando em ar ambiente	02					
	Maior que 90% com oxigênio suplementar	01					
IAK	Menor que 90% com oxigênio suplementar	0					
TOTAL / 8		16	40				

Assinatura: Gedma. 401071
Anestesiologista CRM-SE/502

HORARIO DE ALTA - SRPA

ASSINATURA: ANESTESIOLOGISTA CRM

ASSINATURA: ENFERMEIRO/TA/COREN

LEGENDA:

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

FUNDAÇÃO DE BENEFICIÉNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
FICHA DE CONSUMO SALA CIRURGICA

PACIENTE: Jose Bonfim Santos
CIRURGIA REALIZADA: col. curvico e/
1º AUXILIAR: 1º Vogoo Recutono M455
ANESTESIA: Bloqueo de pleura
bracoal + sedocor

MATRÍCULA: 1044662 CONVÉNIO: SUS
DATA: 07/08/18 CIRURGÃO: Roberto Lino
2º AUXILIAR:
ANESTELOGISTA: Bianca Lino
CIRGULANTE: Treleto 583128

MEDICAMENTOS	QNT	
ÁCIDO TRANEXÂMICO (TRANSAMIN) 150MG\3ML		NORADRENALINA 8MG\4ML
ÁGUA DESTILADA 10ML		OXIDO DE ZINCO + VIT. A e D (HIPOGLOS) 30G
AMINOFILINA 24MG\10ML		OMEPRAZOL 40MG\10ML
ATRACURIO 25MG\5ML		ONDASTERONA 8MG\4ML
ATROPINA 0,25MG\ML		PANCURONEO 4MG\2ML
BICARBONATO DE SÓDIO 8.4% 10ML		PENTOXIFILINA 100MG\5ML
BUPIVACAÍNA (NEOCAINA) C\ CASO 1200 .00 20ML		PENISULINA G POTASSICA 5000.000UI
BUPIVACAÍNA (NEOCAINA) S\VASO 0.5% 20ML		PROMETAZINA (FENERGAN) 50MG\2ML
BUPIVACAÍNA (NEOCAINA) PESADA 0.5% 20ML		RANITIDINA (ANTAK) 50MG\2ML
CAPTOPRIL 25MG COMP.		SUBGALATO DE BISMUTO 30G
CEFALOTINA (KEFLIN) 1G SOL. INJETÁVEL		SUXAMETONEO 100MG\FRASCO
CLORPROMAZINA 25MG\5ML		SUXAMETONEO 500MG\FRASCO
CEFAZOLINA 1G SOL. INJETÁVEL		TERBUTALINA (BRICANIL) 0.5MG\1ML
CEFTRIAXONA 1G SOL. INJETÁVEL		VANCOMICINA 50MG\ML
CETOPIROFENO (PROFENID) 100MG PÓ LIOFILO		EQUIPAMENTOS
CIPROFLOXACINO 200MG\100ML		APARELHO DE AMESTESIA
CISATRACURIO (NIMBIUM) 10MG\5ML		BISTURI ELETRICO / BIPOLAR
CLINDAMICINA (DALACIM) 600MH\4ML		CAPNÓGRAFO
CLONIDINA SOL. INJETÁVEL		DESFIBRILADOR
CLORETO DE POTÁSSIO 19.1%		ENDOSCÓPIO
CLORETO DE SÓDIO 20% 10ML		ESTRIBO
COLAGENASE 30G BISNAGA		FONTE DE ENERGIA/FIBRA ÓTICA
DESLANOSIDEO 0.4MG\2ML		FOTÓFORO
DEXAMETAZONA 4MG\2.5ML		LARINGOSCÓPIO
DICLOFENACO 75MG\ML		MICROSCÓPIO CIRÚRGICO
DIPIRONA 500MG\2ML		MONITOR CARDIACO
DOBUTAMINA 250MG\20ML		ÓXIMETRO
ENOXAPARINA 40MG\0.4ML		RAIO X
EPINEFRINA (ADRENALINA) 1MG\ML		RESPIRADOR VOLUMÉTRICO
ETILEFRINA (EFORTIL) 10MG\ML		GASOTERAPIA
HIOSCINA (BUSCOPAM) ESCOPOLAMINA 20MG\ML		AR COMPRIMIDO
INSULINA - NPH 10ML () REGULAR ()		GÁS CARBÔNICO
IMIPINEM + CILASTINA (TIENAM) 500MG\120ML		OXIGÊNIO
IOXITALAMATO DE MEGLUMINA (TELBRIX)		PROTÓXIDO DE AZOTO
LIDOCAINA (S\VASO) 1% () 2% ()		VÁCUO
LIDOCAINA 10% SPRAY 50ML		SOLUÇÕES PARENTERAIS DE GRANDE VOLUME
LIDOCAINA GELEIA (BISNAGA) 30G		ÁGUA DESTILADA 1000ML
LIDOCAINA + EPINEFRINA (C\VASO) 20ML - 1% () 2% ()		SOLUÇÃO SORBITOL + MANITOL 1000ML
METOPROLOL 25MG COMP.		SORO RINGER + LACTATO 500ML
METOPROLOL 50MG COMP.		SORO FISIOLOGICO 0.9% 500ML
METRONIDAZOL 500MG\100ML		SORO GLICOSADO 5% 500ML
METOCLOPRAMIDA (PLASIL) 10MG\2ML		SORO GLICOFISIOLOGICO 5% 500ML
NEOSTIGNINA 0.5MG\ML		FIOS CIRURGICOS
ALGODÃO C\AG. Nº () 0 () 2 () 3 () 4 ()		AÇO MONOFILAMENTO Nº 0 () 1 () 2 () 4 () 5
ALGODÃO S\AG. Nº () 0 () 2 () 3 () 4 ()		EQUIPO MICROGOTAS - QNT () EQUIPO P\ TRANSFUSÃO - QNT ()
CATGUT CROM. C\AG. Nº 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()		EQUIPO AMBAR - QNT ()
CATGT CROM. S\AG. Nº 0 () 1 () 2 () 3 () 4 ()		ESPONJA HEMOSTÁTICA SURGICEL
		EXTENSOR (INFUSOR) 2 VIAS
		FRALDA DESCARTÁVEL ADULTO () INFALTIL ()
		IRRIGAFIX 4 VIAS

FUNDAÇÃO DE BENEFICÉNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

FICHA DE CONSUMO DE SALA



PACIENTE:

MATRÍCULA:

CONVÉNIO

CURURGIA REALIZADA:

DATA:

CIRURGIÃO

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESIOLOGISTA:

CIRGULANTE:

MONOCRYL 5.0 REF Y844 1.6CM	I - CATH AMARELO () AZUL () VERDE ()
MONOCRYL 5.0 REF Y495	LÂMINA DE BISTURI Nº 15 () 23 () 24 ()
MONOFYL 3.0 C\2 AG. 70CM	LATEX 204 AMARELO () SILICONE ()
MONONYLON Nº 0 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 8 ()	LUVA ESTERIL 7.0
9 () 10 ()	LUVA ESTERIL 7.5
POLIESTER (ETIBOND) Nº 0 () 5 ()	LUVA ESTERIL 8.0
POLIPROPILENO (PROLENE) Nº 0 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ()	PLACA DE BISTURI ELETTRICO
7 ()	SCALP Nº 19 () 21 () 23 () 25 () 27 ()
POLYCRYL Nº 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 8 ()	SERINGA DESCARTAVEL 1ML () 60ML ()
VICRYL Nº 0 5\AG.	SERINGA DESCARTAVEL 3 ML () 5ML ()
CATGUT. SIMPLES C\AG. Nº () 0 () 1 () 2 () 3 ()	SERINGA DESCARTAVEL 10ML ()
4 () 5 ()	SERRA DE GIGLI
CATGUT. 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 3\8 6.5MM REF KB5510	22 ()
LIGA CLIP 100	SONDA DE FOLLEY 3 VIAS Nº 16 () 18 () 20 () 22 () 24 ()
LIGA CLIP 300	
MONOCRYL 6 REF Y967H 3.5CM	SONDA ENDOTRAQUEAL ARAMADA C\ BALÃO Nº 3.0 () 3.5 ()
MONOCRYL 3 REF Y305 1.5CM	4.0 () 4.5 () 5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 () 7.0 () 7.5 () 8.0 () 8.5 ()
MONOCRYL 3.0 REF 8450-30	
MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR	QNT
ALGODÃO HIDROFILO	SONDA ENDOTRAQUEAL C\ BALÃO Nº 3.0 () 3.5 () 4.0 () 4.5 ()
A CATH Nº () 14 () 16 () 18 () 20 () 22 () 24	5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 () 7.0 () 7.5 () 8.0 () 8.5 () 9.0 () 9.5 ()
ABAIXADOR DE LINGUA (ESPATULA)	SONDA ENDOTRAQUEAL S\ BALÃO Nº 2.0 () 2.5 () 3.0 () 3.5 ()
AGULHA DESCARTAVEL Nº () 15X0.45 () 30 X0.70 () 30X0.80 () 40X0.12	4.0 () 4.5 () 5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 ()
AGULHA PERIDURAL Nº () 16 () 18 () 19 () 20	SONDA ENDOTRAQUEAL S\ BALÃO Nº 2.0 () 2.5 () 3.0 ()
AGULHA DE FAQUI 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	20 ()
ATADURA GESSADA 10CM () 15CM () 20CM ()	SONDA URETRAL Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 () 16 () 18 ()
BOLSA DE COLOSTOMIA	20 ()
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA Nº 7.0 () 7.5 () 8.0 () 8.5 () 9.0 ()	SONDA CATETER TIPO OCULOS / TORNEIRA PLASTICA 3 VIAS /
CAPA P\ MICROSCÓPIO () CAPA P VÍDEO ()	FRACIONADOS
COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	CAL SOLDADA
DRENO DE KERH EM T Nº 12 () 4 () 5 () 6 ()	ESPARADRATO COMUM
DRENO DE SUCCÃO Nº 3.2 () 4.8 () 6.4 ()	ESPARADRATO ANTIALERGICO
DRENO DE TORAX Nº 28 () 36 ()	ETER SULFURICO
DRENO PENROSE Nº 1 () 2 () 3 () 4 ()	FORMOL 10%
ELETRODO DESCARTAVEL	GORRO TURBANTE
EQUIPO MACROGOTAS C\ INJETOR LATERAL	MÁSCARA DESCARTAVEL
ESCOVA PVPI	POLVIDINE TÓPICO
ESPONJA GELFO AM MEDICINAL	POLVIDINE DEGERMANTE

O.E : M280030801

ESFERA : PRIVADO

APRESENTAÇÃO: 09 / 2018

Num AIH : 281810015264-8

Situação : APURADA

Tipo : 01-INICIAL

Apresentação : 09/2018

Data Autorização: 02 / 06 / 2018

Especialidade : 01 - CIRURGICO

Orgão Emissor : M280030801

CRC:

Doc autorizador : 190136126980000

Doc med resp : 206790614650009

Doc diretor clinico : 206790614650009

Doc médico solicitado : 980016282474154

CNES : 0002283 - FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

CNS : 70900589138801-2

Paciente : JOSE CARLOS SANTOS

Prontuario : 1044662

Data Nasc. : 29 / 09 / 1962 Sexo : MASCULINO

Nacionalidade : 010 - BRASIL

Tipo Doc. : Identidade

Doc : 662340

Responsável pac. : MIRALDA ALVES FELIPE

Nome da Mãe : ALZIRA DIAS DA COSTA

Endereço : PRACA ANTONIO BISPO 28 Bairro: CENTRO

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

Telefone : (79)9995-00620 Muda Proc.? : NÃO

Município : 280445 - NOSSA SENHORA APARECIDUF : SE CEP : 49540-000

Procedimento solicitado : 04.08.02.040-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO

Procedimento principal : 04.08.02.040-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO

Diag. principal : S528-FRATURA DE OUTRAS PARTES DO ANTEBRACO

Diag. secundário :

Complementar :

Causa Obito :

Caráter atendimento : 02 - URGENCIA

Modalidade : HOSPITALAR

Data internação : 02 / 06 / 2018

Data saída : 06 / 06 / 2018

Mot saída : 12 - ALTA MELHORADO

AIH Anterior :

AIH Posterior :

Liberação SISAIH01 :

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNPJ do Empregador : . . . / -

CNAER: -

Vínculo Previdência :

CBOR : -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtde	Cmpt	Descrição
1	0408020407	10799535986004225200	3359948	10002283	1	08/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
2	0408020407	980016285016998 225151(6)	3359948	3359948	2	08/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
3	0302050018	980016289296235 226053	0012253	0002283	1	08/2018	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM
4	0302040021	980016289296235 223605	0002283	0002283	4	08/2018	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE

VALORES DA PRÉVIA

			Serviço Hospitalar		Serviço Profissional			TOTAL
			Direto		Direto		Rateado	
			Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	
03.02.04-ASSISTENCIA FISIOTERAPÉUTICA								18,68
03.02.05-ASSISTENCIA FISIOTERAPÉUTICA NAS		25,40						25,40
04.08.02-MEMBROS SUPERIORES					158,58	103,04		507,60
Total Geral:		363,06			56,58	132,04		551,68

CID SECUNDÁRIO

Cid Característica

Descrição

V230 PREEXISTENTE MOTOCICLISTA TRAUM. EM COL. C/CARRO, PICK-UP OU CAMINHON. - CONDUTOR TRAUM. EM ACID. N-TRANSITO

Número de Nascidos

Número de Saídas

Nº Pré-Natal:

Vivos : Mortos :

Altas :

Transf.: Óbitos :

"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"

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

Dr. Camila Soares Tavares
Auditora Médica CRM-065
11109118



LAB HUSE

Relatório de amostras

30-07-2018 03:39:24

1/1

s/n: 518-0000528

ver. 2.0.0.166

Medida	Interpolado	Razão	INR	Observações
--------	-------------	-------	-----	-------------

ANTR JOSE CARLOS

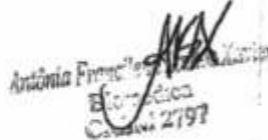
DG-APTTsynth	31.8 s		0.99 r	(I) F1
DD-PT	17.3 s	73.9 %	1.20 r	1.23 INR (B) (D) (I) F1

*Anônima Francilene SANTOS AGRA
Biomédica
CRM 2797*

Amostra identificada manualmente (ID)	(Q) Revisto sem nenhuma política de qualidade	(I) Há incidências	CN Cancelada	F1 Finalizada
(A) Produto identificado manualmente	(C) Erro de CV	(I) Resultado fora do intervalo de normalidade	PE Pendente	RV Rel.111
(B) Curva de calibração estabelecida manualmente	(D) Duplicado	(P) Técnica não validada	PR Em curso	EX Exportada
(P) Produto radiocado	(R) Repetição			

HUSE-HOSPITAL DE URGENCIA DE SERGIPE
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
AV.TANCREDO NEVES, S/N, BAIRRO CAPUCHO
TEL.: (079) 3216-2600

Validado

Nome: JOSE CARLOS SANTOS		Sexo: Desconhe.			
ID do doente: V TRAUMA 2 L 20		Data nascimento:			
ID da amostra: 158 Localização:		Data/hora da colheita: Médico:			
Ensaio	Resultado	Unidades	Alertas	Intervalo	Data da conclusão
CreaC	0.79	mg/dL	CNTL	0.50 - 1.30	30.07.2018 12:32
GluC	93	mg/dL	CNTL	70 - 99	30.07.2018 12:28
K-C	4.3	mmol/L		3.5 - 5.1	30.07.2018 12:28
Na-C	138	mmol/L		136 - 145	30.07.2018 12:28
Urea	36	mg/dL		15 - 56	30.07.2018 12:32
Fim do registo da amostra					
 <i>Antonia Faria de Souza 30/07/2018 12:33PM</i>					
Impresso em: 30.07.2018 12:33:03PM		ARCHITECT		Página: 1 de 1	

EQUIPAMENTO 1

Pág Diagrama

ID Amost 162
 Nome Pac JOSE CARLOS SANTOS
 ID Pac V TRAUMA 2 L 20
 Dr.
 Anotação 55 ANOS

RRTT R8 T2

Tipo Am

DN

Patient

Sex Masc

DT/HR Coleta

30/7/2018 0:00

Obs 1

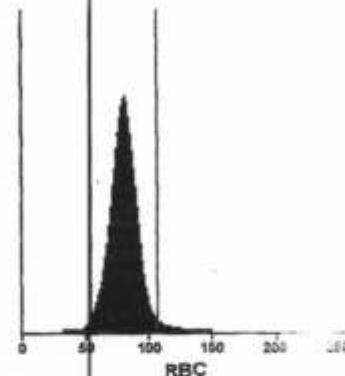
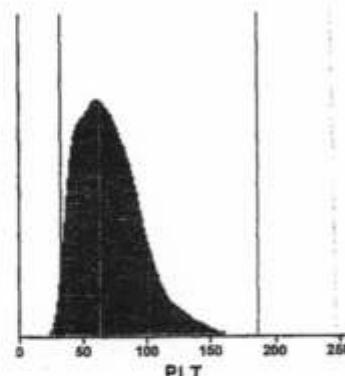
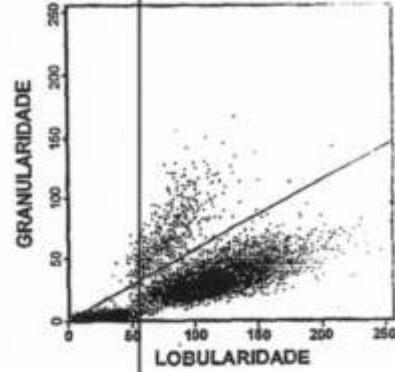
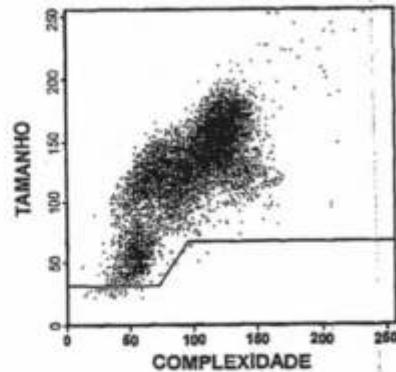
Obs 2

SEQ# 8795 IDOP Admin
 Corrida 30/7/2018 12:03
 Test CBC
 Modo Fechado Param 1
 Limites Masc Universal (2)

WBC	14.0	10e3/uL
NEU	9.80	70.2 %
LYM	1.30	9.32 %
MONO	1.91	13.7 %
EOS	.725	5.20 %
BASO	.221	1.58 %

RBC	4.93	10e6/uL
HGB	15.3	g/dL
HCT	45.1	%
MCV	91.5	fL
MCH	31.0	pg
MCHC	33.9	g/dL
RDW	12.3	%

PLT	476.	10e3/uL
MPV	6.62	fL



DIFERENCIAL MANUAL

MORFOLOGIA HEM

NEU	META	NORMAL	MICRO
BAND	MELO	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

Neutrofilia

Monocitose

Eosinofilia

Basofilia

Trombocitose
PLT Micropatia

LIM. REF		RBC	4.06-5.58	PLT	155-386
WBC	3.70-10.1				
NEU	1.63-8.96	39.3-73.7 %	HGB	12.9-15.9	MPV 6.90-10.6
LYM	1.09-2.99	13.0-48.3 %	HCT	37.7-53.7	
MONO	.240-.790	4.40-12.7 %	MCV	81.1-96.0	
EOS	.030-.440	4.00-7.30 %	MCH	27.0-31.2	
BASO	0.00-0.080	0.00-1.70 %	MCHC	31.8-35.4	
			RDW	11.5-14.5	

Araujo Marques
ARMÁZÉM - BIOCUT

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1759140 DATA: 24/07/2018 HORA: 16:04 USUARIO: VDMSANTOS
CNS: 713005891388012 SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE CARLOS SANTOS DOC...:
IDADE: 55 ANOS NASC: 29/09/1962 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO: PRACA ANTONIO BISPO NUMERO: 028
COMPLEMENTO: BAIRRO: CENTRO
MUNICIPIO: NOSSA SENHORA APARECIDA UF: SE CEP...:
NOME PAI/MAE: JOSE ALVES DOS SANTOS /ALZIRA DIAS DA COSTA
RESPONSAVEL: A ESPOSA-MIRALDA COM SAMU TEL...: 799 9950.
PROCEDENCIA: NOSSA SRA DA APARECIDA 620
ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
ACIDL TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS: Paciente vítima de acidente motociclistico DATA PRIMEIROS SINTOMAS: _____

_____ Negs perda de conscientia ou convulsões ou dor abdominal
_____ Negs de
ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

ABCDEF: ABCD: Os sintomas E: F: Eclatut no seio um seio isolado

DIAGNOSTICO: Abd. fechado, dor abdominal, pulsos fracos CID:

_____ PRESCRICAO HORARIO DA MEDICACAO

① Kilem 1/628x - fratura de punha

*Dr. Katiane Caetano
Clínica Geral
CRM-RJ 1126*

DATA DA SAIDA:

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

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

*Miranda Alves Edilene
Assinatura do paciente/Responsável
Mário-x de Punho D e C Alperfil*

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO

EVOLUÇÃO DIÁRIA

Pla-A-4.3. DIH:

DATA: 01/03/2018.

CORREDOR: 9

LEITO: 20

NOME:

João Carlos Sá

55 A VT 2

DIAGNÓSTICO(S): FRATURA Mbro Diófite, Escorv no antebraço e
 Evolução do período passado: d' 1m m sc., 140x50, 30°

Hoje: Vene Afriz, f' saudável, f' sensibilidade, extensão
 Apurada (Acromio), f' edem ótimo
 Diz 27/02/2018 com 2 c. Hematox e concreto H37,6 (16.07)

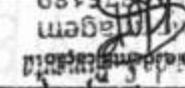
Solicitações: Ecg ou USG da 30/2 P/ transferir? Uscr 20/2 Novo USG hor 21/2

Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)		Horários de Administração		
1º. Dieta RICA EM FIBRA				SND
2º. SOL FISIOLOGICA 0,9% 500ML EV 8/12 HS			500	500
D 3º KEFLIN 1G EV 6-6HS OU KEFAZOL 1G EV 8-8HS			10 - 16 - 02 - 02	
D 4º GENTAMICINA 240MG /200ML EV 1X AO DIA			NDA	
5º. Dipirona 2ml + 8 ml AD EV ou Paracetamol 30gts VO 6/6hs			10 - 18 - 20 - 06	
6º. Nauseodron 8mg EV 08/08hs SOS			SOS	06
7º. Omeprazol 40mg VO às 6hs OU ANTAK 150 VO 12-12HS				06
8º. Tramal 50mg + 100 ml SF 0,9% EV ou VO 8/8hs		SOS	-	SOS
9º. Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% EV 12/12hs			10 - 02	
10º. Captopril 25Mg Sub língual se PAS > 180 mmHg ou PAD > 100 mmHg		SOS		SOS
11º. Clexane 40mg SC 1 x dia ou Heparina 5000UI SC 2 x dia				20
12º. GLICEMIA CAPILAR 3x ao dia (anotar) -NÃO-		6hs: 14hs: 22hs:		
13º Insulina Regular SC, após o GLICEMIA CAPILAR 201 - 250: 02UI 251 - 300: 04UI		301 - 350: 06UI 351 - 400: 08UI		
	> ou = 401: 10UI			
14º. Curativos Diários 1x dia COM SF 0,9% Em f/long no Antebraço E				
15º GLICOSE 50% 4 AMPOLAS EM 250ML SF 0,9% EV SE GLICEMIA CAPILAR MENOR OU IGUAL A 70MG-DL				
16º FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA				
17. MEDIDAS ANTI ULCERA DE PRESSAO				
18. MANTER MEMBRO FRATURADO ELEVADO				
19. LAVAGEM INTESTINAL COM 500ML SOL GLICERINADA: GOTA /GOTA		SOS		SOS
20. LUFTAL 25 GOTAS VO 8-8HS				10 - 22 - 06
21. CLONAZEPAM GOTAS : 10 GTS VO A NOITE				20
22. RISCO CIRURGICO COM A CARDIOLOGIA		NDA		

* NA ADMISSÃO NÃO HÁ RELATO DE EXPOSIÇÃO POR DR. HOSPITALAR. DR. JOÃO FRANCISCO BC ARAUJO CRM 2801 TEOT 5508 - ORTOPEDIA CLÍNICA

Int. Hr. P. HC

REGISTRO: 104 21662 UNIDADE:
LEITO: D-03 DATA: 08-08-2018 HORA: 05:00

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar	3-PROFISSIONAL: <input type="checkbox"/> Profissional	4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico	7-NUTRIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	8-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input checked="" type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	9-VEZES: _____ vez(es)	10-DIURESE: <input type="checkbox"/> Presente: _____ horas <input type="checkbox"/> Ausente: _____ horas	11-ALTERAÇÕES NAS FEZES: _____ vez(es)	12-ALTERAÇÕES NA URINA: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	13-ALTERAÇÕES NA URINA: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade
14-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado	15-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	16-ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO CEGO/CAEG: 										

04:00 Fazendo xicarinha - De sono festejando com uso de gelo hidratante

04:30 Levantou desidratado com uso de gelo

08:00 Começou vômito de vômito de vômito

09:00 Fez xodo vômito com vômito

09:30 Vômito vômito vômito

10:00 Vômito vômito vômito

10:30 Vômito vômito vômito

10:00 Vômito vômito vômito

12:00 Vômito vômito vômito

13:00 Vômito vômito vômito

14:00 Vômito vômito vômito

15:00 Vômito vômito vômito

16:00 Vômito vômito vômito

17:00 Vômito vômito vômito

18:00 Vômito vômito vômito

19:00 Vômito vômito vômito

20:00 Vômito vômito vômito

21:00 Vômito vômito vômito

22:00 Vômito vômito vômito

23:00 Vômito vômito vômito

24:00 Vômito vômito vômito

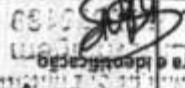
01:00 Vômito vômito vômito

02:00 Vômito vômito vômito

03:00 Vômito vômito vômito

04:00 Vômito vômito vômito

05:00 Vômito vômito vômito

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar	3-PROFISSIONAL: <input type="checkbox"/> Profissional	4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico	7-NUTRIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	8-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input checked="" type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	9-VEZES: _____ vez(es)	10-DIURESE: <input type="checkbox"/> Presente: _____ horas <input type="checkbox"/> Ausente: _____ horas	11-ALTERAÇÕES NAS FEZES: _____ vez(es)	12-ALTERAÇÕES NA URINA: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	13-ALTERAÇÕES NA URINA: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade
14-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado	15-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	16-ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO CEGO/CAEG: 										

13:00 Fazendo xicarinha com uso de gelo

14:00 Vômito vômito vômito

15:00 Vômito vômito vômito

16:00 Vômito vômito vômito

17:00 Vômito vômito vômito

18:00 Vômito vômito vômito

19:00 Vômito vômito vômito

20:00 Vômito vômito vômito

21:00 Vômito vômito vômito

22:00 Vômito vômito vômito

23:00 Vômito vômito vômito

24:00 Vômito vômito vômito

01:00 Vômito vômito vômito

02:00 Vômito vômito vômito

03:00 Vômito vômito vômito

04:00 Vômito vômito vômito

05:00 Vômito vômito vômito

NAME: _____

UNIDADE: Centro de Profissões II
UNIDADE: Centro de Profissões II
REGISTRO: 662
LETO: 559 D03

三

11

卷之三

1

3

10

6

104

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Cauquético	<input type="checkbox"/> Eutrófico	<input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Deambula com auxílio	<input type="checkbox"/> Deambula	<input type="checkbox"/> Acamado	<input type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta	<input type="checkbox"/> Verbal	<input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Confuso	<input checked="" type="checkbox"/> Inacessível			
6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não								
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Enteral	<input type="checkbox"/> Parenteral	<input type="checkbox"/> Zero						
8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada	<input type="checkbox"/> Diminuída	<input type="checkbox"/> Normal							
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida	<input type="checkbox"/> Pastosa	<input type="checkbox"/> Líquida	<input type="checkbox"/> Zero						
10-DURESE: Ausente:	horas	Presente:	vezes						
11-DOENÇAS:									
12-EXAMES:									
13-TRATAMENTOS:									
14-OUTROS:									
DATA:	07/00/04	07:00:00	07:00:45	07:00:45	07:00:45	07:00:45	07:00:45	07:00:45	07:00:45
QTD:	01	01	01	01	01	01	01	01	01

Assinatura e identificação:
TÉCNICO DE ENFERMAGEM
Assistente de Enfermagem

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso		2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional		3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acomodado <input type="checkbox"/> Impossibilitado	
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso		5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível		6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero		8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Normal		9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	
10-DIURESE: Ausente: <input type="checkbox"/> 13:00 horas <input type="checkbox"/> Presente: <input type="checkbox"/> vezes		11-ALTERAÇÕES NAS FEZES: <input type="checkbox"/> Pior <input type="checkbox"/> Ardo <input type="checkbox"/> Dificuldade <input type="checkbox"/> Alterações na urina:			
12-IMPERCUTÍVEL: <input type="checkbox"/> 13:05 h					
Assinatura e Identificação					

ANSWER

— 1 —

REGISTRO:
D03 T0046

GRADE:

5

24

卷之二

22

၁၀၃၁

10

GIA

CIRURGIA

7A

ANSWER

— 1 —

GRADE:

5

24

卷之二

22

၁၀၃၁

12

1

CIRURGIA

7A

20/11/2011

Ortopediatra

NOME: 20/11/2011 CANC / 11-04
DATA: 02/10/2011

DATA-INTERNAMENTO: / /

MATRÍCULA: 11-04 IDADE: 03 UNIDADE: DQB
DATA DA FRATURA: / / DATA DA CIRURGIA: / /

ITEM	DESCRIÇÃO	1º TURNO		2º TURNO		3º TURNO	
		07:00 AS 13:00	ASSINATURA	13:00 AS 19:00	ASSINATURA	19:00 AS 07:00	ASSINATURA
1. DIETA	<u>Uso livre</u>	<u>S/N</u>	<u>S/N</u>	<u>S/N</u>	<u>S/N</u>	<u>S/N</u>	<u>S/N</u>
2. GELCO HIDROLISADO.							
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H.							
4. DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.							
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.							
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H.							
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINA 5.000U SC 12/12H.							
8. RANTIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H-OU OMEPRAZOL 20MG V.C. 6:00HS		<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>
9. BROMOPRIMA 02ML+18ML AD EV 8/8H							
10. SONDA VESICAL DE ALIVIO							
11. GLICEMIA CAPILAR DE 6/6H.		<u>16/10</u>					
12. INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI 400 >10UI.		<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>180mmHg OU PAD>110mmHg							
14. MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H.							
15. FISIOTERAPIA: MOTORA E RESPIRATÓRIA.							
16. CCCGG+SSVV 6/6H.							
16. CURATIVO DIÁRIO <u>2 + 010</u>							
17.							
18.							
19. <u>11/11/11</u> <u>11-04</u>							
20.							
21.							
22.							
23.	HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	T(°C)		PULSO	
	06	<u>140X80</u>	<u>—</u>	<u>36,5</u>	<u>79</u>		
	12	<u>121X92</u>	<u>—</u>	<u>36,5</u>	<u>83</u>		
	18	<u>121X92</u>	<u>—</u>	<u>36,2</u>	<u>80</u>		
	24						

Dr. Gilson Teixeira
Ortopediatra Traumatologista
CRM-SE 4003

ITEM	DESCRIÇÃO	07:00 AS 13:00	ASSINATURA	13:00 AS 19:00	ASSINATURA	19:00 AS 07:00	ASSINATURA
1. DIETA	<u>Uso livre</u>	<u>S/N</u>	<u>S/N</u>	<u>S/N</u>	<u>S/N</u>	<u>S/N</u>	<u>S/N</u>
2. GELCO HIDROLISADO.							
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H.							
4. DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.							
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.							
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H.							
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINA 5.000U SC 12/12H.							
8. RANTIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H-OU OMEPRAZOL 20MG V.C. 6:00HS		<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>
9. BROMOPRIMA 02ML+18ML AD EV 8/8H							
10. SONDA VESICAL DE ALIVIO							
11. GLICEMIA CAPILAR DE 6/6H.		<u>16/10</u>					
12. INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI 400 >10UI.		<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>180mmHg OU PAD>110mmHg							
14. MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H.							
15. FISIOTERAPIA: MOTORA E RESPIRATÓRIA.							
16. CCCGG+SSVV 6/6H.							
16. CURATIVO DIÁRIO <u>2 + 010</u>							
17.							
18.							
19. <u>11/11/11</u> <u>11-04</u>							
20.							
21.							
22.							

ITEM	DESCRIÇÃO	07:00 AS 13:00	ASSINATURA	13:00 AS 19:00	ASSINATURA	19:00 AS 07:00	ASSINATURA
1. DIETA	<u>Uso livre</u>	<u>S/N</u>	<u>S/N</u>	<u>S/N</u>	<u>S/N</u>	<u>S/N</u>	<u>S/N</u>
2. GELCO HIDROLISADO.							
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H.							
4. DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.							
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.							
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H.							
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINA 5.000U SC 12/12H.							
8. RANTIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H-OU OMEPRAZOL 20MG V.C. 6:00HS		<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>
9. BROMOPRIMA 02ML+18ML AD EV 8/8H							
10. SONDA VESICAL DE ALIVIO							
11. GLICEMIA CAPILAR DE 6/6H.		<u>16/10</u>					
12. INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI 400 >10UI.		<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>180mmHg OU PAD>110mmHg							
14. MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H.							
15. FISIOTERAPIA: MOTORA E RESPIRATÓRIA.							
16. CCCGG+SSVV 6/6H.							
16. CURATIVO DIÁRIO <u>2 + 010</u>							
17.							
18.							
19. <u>11/11/11</u> <u>11-04</u>							
20.							
21.							
22.							

ITEM	DESCRIÇÃO	07:00 AS 13:00	ASSINATURA	13:00 AS 19:00	ASSINATURA	19:00 AS 07:00	ASSINATURA
1. DIETA	<u>Uso livre</u>	<u>S/N</u>	<u>S/N</u>	<u>S/N</u>	<u>S/N</u>	<u>S/N</u>	<u>S/N</u>
2. GELCO HIDROLISADO.							
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H.							
4. DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.							
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.							
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H.							
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINA 5.000U SC 12/12H.							
8. RANTIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H-OU OMEPRAZOL 20MG V.C. 6:00HS		<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>
9. BROMOPRIMA 02ML+18ML AD EV 8/8H							
10. SONDA VESICAL DE ALIVIO							
11. GLICEMIA CAPILAR DE 6/6H.		<u>16/10</u>					
12. INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI 400 >10UI.		<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>180mmHg OU PAD>110mmHg							
14. MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H.							
15. FISIOTERAPIA: MOTORA E RESPIRATÓRIA.							
16. CCCGG+SSVV 6/6H.							
16. CURATIVO DIÁRIO <u>2 + 010</u>							
17.							
18.							
19. <u>11/11/11</u> <u>11-04</u>							
20.							
21.							
22.							

ITEM	DESCRIÇÃO	07:00 AS 13:00	ASSINATURA	13:00 AS 19:00	ASSINATURA	19:00 AS 07:00	ASSINATURA
1. DIETA	<u>Uso livre</u>	<u>S/N</u>	<u>S/N</u>	<u>S/N</u>	<u>S/N</u>	<u>S/N</u>	<u>S/N</u>
2. GELCO HIDROLISADO.							
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H.							
4. DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.							
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.							
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H.							
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINA 5.000U SC 12/12H.							
8. RANTIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H-OU OMEPRAZOL 20MG V.C. 6:00HS		<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>
9. BROMOPRIMA 02ML+18ML AD EV 8/8H							
10. SONDA VESICAL DE ALIVIO							
11. GLICEMIA CAPILAR DE 6/6H.		<u>16/10</u>					
12. INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI 400 >10UI.		<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>180mmHg OU PAD>110mmHg							
14. MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H.							
15. FISIOTERAPIA: MOTORA E RESPIRATÓRIA.							
16. CCCGG+SSVV 6/6H.							
16. CURATIVO DIÁRIO <u>2 + 010</u>							
17.							
18.							
19. <u>11/11/11</u> <u>11-04</u>							
20.							
21.							
22.							

19:00 Paciente no distrito entrou em casa de sua filha. AYR comandante da unidade mudeceu-se para a casa de sua filha (Marilia) presidente das autoridades locais. SSVJ decretou "mudecimento" de Marilia (Estadunidense), 24:00 admiral Thaydo mudeceu-se para a casa de sua filha (Thayda + Estadunidense) para o momento de 00:00 admiral Thaydo mudeceu-se para a casa de sua filha + Romaria (Romaria + Estadunidense) para o momento de 07:00 Paciente chegou ao hospital e quando o quarto, e os fundadores da esquerda -

FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

SERVIÇO DE ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

CIRURGIA

NOME: 7ºm CANCILDATA-INTERNAÇÃO: 08/08/12

MATRÍCULA

UNIDADE: 03/22IDADE: — SEXO: F () M () LETO: —

(Dr. _____)

DATA DA FRATURA:

DATA DA CIRURGIA: / /

	1º TURNO	2º TURNO	3º TURNO	ASSINATURA	
				07:00 AS 13:00	13:00 AS 19:00
1. DIETA	<u>U- C- R-</u>	<u>S N D</u>	<u>S N D</u>	<u>24/08/12</u>	<u>24/08/12</u>
2. GELCO HIDROLISADO.					
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H.					
4. DIPRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.					
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.					
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H.					
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINAS 500UI SC 12/12H.					
8. RANTIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H OU OMEPRAZOL 20MG VO 6:00HS	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>24/08/12</u>	<u>24/08/12</u>
9. BROMOPRIDA 02ML+18ML AD EV 8/8H	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>		
10. SONDA VESICAL DE ALIVIO					
11. GLICEMIA CAPILAR DE 6/6H.					
INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI 400>10UI.	<u>200-250 2UI</u>	<u>251-300 4UI</u>	<u>301-350 6UI</u>	<u>351-400 8UI</u>	<u>400>10UI</u>
12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE<70 MG/DL	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>180mmHg OU PAD>110mmHg					
14. MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H.					
15. FISIOTERAPIA-MOTORIA E RESPIRATÓRIA					
16. OCGG+SSVV 6/6H.					
16. CURATIVO DIÁRIO					
17.	<u>AT q d.</u>	<u>AT q d.</u>	<u>AT q d.</u>		
18.	<u>AT q d.</u>	<u>AT q d.</u>	<u>AT q d.</u>	<u>Dr. Gilson Tebetra</u>	<u>Ortopedia Traumatologia</u>
19.					<u>CRM-SE 4003</u>
20.					
21.					
22.					
23.	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO	
HORÁRIO					
06				<u>363</u>	<u>80</u>
12					
18					
24					

HOSPITAL DE CLÍNICAS
"DR. AUGUSTO LEITE"

Data: 01/02/18 Convenio: SOS
Paciente: José Carlos Santos
Internado em: / / Unidade: _____
Leito: 123

CHURÇA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Distribuição de horário

Requisição de Enfermagem

Item	Prescrição	1º Turno		2º Turno		3º Turno		Discriminação
		Dieta Branda Livre	07 às 13h	Ass.	13 às 19h	Ass.	19 às 07h	
1	SF 0,9% ----- 1000 ml							
2	Uso: IV, 28 gts/min SG 5% ----- 1000 ml							
3	Uso: IV, 28 gts/min Cefalotina 2g ----- amp							
4	Uso: IV, 6/6h, diluída Dipirona 2g ----- amp							
5	Uso: N, em cada soro Diazepam 10 mg ----- amp							
6	Uso: VO, às 20:00 h Tramal 100 mg ----- amp							
7	Uso: IV, 8/8h, diluído p/ 250 ml SF 30gts/min, SOS Clexane 40mg ----- amp							
8	Uso: SC/dia Ranitidina ----- amp							
9	Uso: IV, 12/12 h Plastil ----- amp + 18 AD							
10	Uso: EV, 8/8 h, SOS Cetoprofem 100 mg - amp							
11	Uso: IV, 12/12h, diluído p/ 250 ml, SF 30 gts/min, SOS Rx de controle							
12	Cuidados Gerais Roberto Lima Ortopedia e Traumatologia CRM: 1173							

Andressa Leal da Silva Alves
Tec. de Enfermagem
CORPO DE FEG 120/506

M. Cesarino
Tec. de Enfermagem
CORPO DE FEG 752056

24/02

24/02

24/02

24/02

06/03

Roberto Lima
Ortopedia e Traumatologia

CRM: 1173

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

Roxa Minho Sant'ana Neto
CORPO DE FEG 191182-ENT

СЕВОЗЕМЛЯ

אנו איננו בזבז

HOSPITAL
CIRURGIA

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

אנו איננו בזבז

HOSPITAL
CIRURGIA

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Jean Charles Santos

RECEIVED
LIBRARY
UNIVERSITY OF TORONTO LIBRARIES
1960

3-LOCOMOÇÃO: Deambila De

Inacessível 6- LESÃO POR PRESSÃO
 Normal Diminuída Anorfexia

[Alterações na url:](#)

use de Codura de no
useur medica
useur medica e o

卷之三

3-LOCOMOÇÃO: Deambulata Deambulante

6- LESÃO POR PRESSÃO

<input type="checkbox"/> Inacessível	<input checked="" type="checkbox"/> Diminuição <input type="checkbox"/> Anoréxico
--------------------------------------	---

PSH Seminar Kin

some P.L. EPA's have
been successful
in helping some

卷之三

1

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Cráquítico <input checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar	3-PROFISSÃO:
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Delirioso	5-ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado	6-CONFUSÃO: <input type="checkbox"/>
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	8-VEZES:	7-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentado <input type="checkbox"/> B-INGESTÃO: <input type="checkbox"/>
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	10-DIURESE: <input type="checkbox"/> Ausente: _____ horas. <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	11-ALTERAÇÕES NAS FEZES: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade
DATA: 08/08/16 HORA: 07:00:ET		

III. 25 Paciente admitido ontem na unidade de Hospital São Vicente de Paulo, com quadro de constipação e dor abdominal. O paciente é homem de 35 anos, que se apresenta com quadro de constipação e dor abdominal, com quadro de constipação e dor abdominal, com quadro de constipação e dor abdominal.

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Entrofílico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional
4-CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Reduzida
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes
	vezes
11-ALTERAÇÕES NAS FÉSSES:	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade

4:00:67
5:00:67

3:00h Pele seca e ressecada.
4:00h Pérolas de suor.
5:00h Pérolas de suor e dor de estômago.
6:00h - Verificado queimico epítotorial.
8:00h Noite em cefalostomia, com dor de cabeça.
8:40h Sintomas desapareceram.
8:40h Segue treinamento de

8/11/2012

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

Assinatura e identificação

19/09/2018 no Festejo das Laranjeiras, o prefeito e o
vice-prefeito abordaram os moradores da Vila
Mário Covas, que é a maior favela da capital.
O prefeito disse que a favela é um bairro de classe média e que
o governo quer investir na melhoria da infraestrutura.
O vice-prefeito afirmou que o governo quer
que a favela seja integrada ao resto da cidade.
Os moradores ficaram satisfeitos com as promessas feitas.

7-NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral Zero vezes 8-INGESTÃO: Aumentada Diminuída Normal Anoréxica

9- EVACUAÇÃO: Sólida Pastosa Uquida Zero vez(es)

Id-BURESE: Ausente: _____ horas G) Presente: _____ vezes D) Dor E) Ardor F) Dificuldade de urinar: _____ Alterações na urina: _____

216 111 111 111 111 111 111 111 111 111 111 111 111 111 111 111 111

206 115-116 118 119 120 121 122

23:50 h. Nutt. New (for me) of Mountain - 2

24 & Park Avenue

St. Paul - Wesleyan Methodist Church

O.C. 300, Park Silver Springfield no movement,

WBS 02 21:20 Decibels measured near Lathalme

卷之三

卷之三

卷之三

HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04
----------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

temperatura	Glicemia
36	35.8

Escala de Dor

Respiratória

卷之三

Autumn (1) YOT (2) VAT (3) Octagon (4) W

Tronco de Fraida

-Higiene (1) Oral (2) Ocular (3) Intima

Quadrante Operatório: 1) Centro (2) Lateral da banheira (3) Baileiro

Curativo de Lesão por Pressão:
Mudanças de Pressões

Elavado de cabecera

A Comparison of Two Methods for Estimating the Number of Species 49

BIBLIOGRAPHY

the first time in the history of the world, the people of the United States have been called upon to make a choice between two opposite systems of government, each of which purports to be founded upon identical principles of freedom, equality, and justice.

THE JOURNAL OF CLIMATE

the first time in history that the United States has been compelled to make a formal declaration of war.

1-BIOTIPO: Caquético Eutrófico Obeso 2-COMPANHIA: Desacompanhado Pántil 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 8-INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anorexico 9-EVACUAÇÃO: Sólida Pastosa Líquida Zero 10-DIURESE: Ausente: horas Presente: vezes vezas 11:00 12:00 13:00 14:00 15:00 16:00 17:00 18:00 19:00 20:00 21:00 22:00 23:00 24:00

11:00 hct: encontro de no quarto de reabilitação de hóspedes de hospital de enfermagem eu + prof. ricardo 100m g + 100 sp. de 100m. hóspedes em horários refilm 1g + urino eu + hct. segue aos eu doentes da unidade

HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06	HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
Temperatura	35,25												35,24												
Pressão Arterial	111 X 70												111 X 70												
F. Cardíaca	78												96												
F. Respiratória	17												18												

- 1-Aspiração (1) TOT (2) TQT (3) Otorrингe (4) Nasal
- 2-Troca de Fralda
- 3-Higiene (1) Oral (2) Ocular (3) Intima
- 4-Banho (1) Leito (2) Cadeira de banho (3) Banheiro
- 5-Curativo Operatório:
- 6-Curativo de lesão por Pressão:
- 7-Mudança de Decúbito:
- 8-Elevação de cabeceira

4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso		5-ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível		6- LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
7-NUTRIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero		8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anôrótico			
9-EVACUAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero		10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input checked="" type="checkbox"/> Presente: _____ vezes		11- Vezes <input type="checkbox"/> Alterações nas fezes:	
12- DIURÉSIS: Ausente: _____ vezas				<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade <input type="checkbox"/> Alterações na urina:	
<p>19h Receptou novo leito e observou seu condicionamento ao ambiente e ambiente de isolamento - 14 dias.</p> <p>20h Sono profundo.</p> <p>21h Serviços de enfermagem realizaram a troca de lençóis e bacinha de hidratação.</p> <p>22h Atendido por enfermeiro no seu encontro e encaminhado para a enfermaria P. isolados.</p> <p>23h Hora de almoço.</p> <p>24h Contato com o médico de plantão Dr. G. B. M. V. P. e orientado para realização de exames de rotina.</p> <p>25h Diagnóstico suspeito de infarto agudo do miocárdio.</p>					
<p>DATA: 07/03/15 HORAS: 19:00</p>					

ANSWER

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

PACIENTE:

José Parles Santos

IDADE:
55a

SERVIÇO:

APTO: QUARTO: ENFERM. LEITO:

MATRÍCULA:
3044662
CONVÉNIO:
SUS

DATA/HORA

EVOLUÇÃO

07/08/18 Paciente portador de fratura dos rádios - bilateral.
Submetido a redução cirúrgica com fixação das fraturas-
fissas de Kirschner.

Dr Roberto Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1173

08/08/18

CID: 000

VIA: 000

PROBLEMA:

Fratura de rádio

DATA:

08/08/18

A172

Dr. Gilson Teixeira
Ortopedia Traum
CRM-SE 4003

Dr. Gilson Teixeira
Ortopedia Traumatologia
CRM-SE 4003

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

ACHENTE:	José Carlos da J.				MATRÍCULA:
DADE:	SÉRVICO:	APTO:	QUARTO:	ENFERM.	LEITO:
					CONVENIO:

DATA DE
MORTE:
02/08/15

Evolução

03/08/15 → Olhos se
H) Prolongar tratamento
(1) Olhos + Círculos

Dr. Paulo
Ortopedia
CRM-SE 1235

03/08/15 HGS Fim de semana
com um IAC com o Dr. Gilson Teixeira
Ortopedia/Traumatologia
CRM-SE 4003

04/08/15 HGS Piso VI
com um IAC com o Dr. Gilson Teixeira
Ortopedia/Traumatologia
CRM-SE 4003

05/08/15 HGS Fim de semana
com um IAC com o Dr. Gilson Teixeira
Ortopedia/Traumatologia
CRM-SE 4003

06/08/15 HGS Piso VI
com um IAC com o Dr. Gilson Teixeira
Ortopedia/Traumatologia
CRM-SE 4003

LAUDO MÉDICO SUPLEMENTAR

Nº DO LAUDO DE AIH	SEQUÊNCIA	Nº DO LAUDO DE ALTO CUSTO :	Nº DO CARTÃO SUS :	Nº DO PRONTUÁRIO
			30 900 589 / 13 99 012	104 4662

UNIDADE SOLICITANTE FUNDACÃO BENEFICENTE HOSPITAL DE CIRURGIA	CÓDIGO DA UNIDADE 0002283	CGC 13 016.332.0001-06
--	------------------------------	---------------------------

NOME DO PACIENTE <i>João Carlos Gama</i>	DATA DO NASCIMENTO <i>20 09 1962</i>
---	---

NOME DA MÃE <i>Alcina Flores da Costa</i>	SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>
--	---

ENDERECO COMPLETO <i>Rua Antônio Bispo, 400 - Centro - Niterói - RJ</i>	MUNICÍPIO EM QUERÉSIDE <i>Niterói</i>
--	--

DATA DE INTERNAÇÃO <i>02/09/19</i>	HORA DE INTERNAÇÃO <i>11 Hs 22 Min.</i>	CARÁTER <input checked="" type="checkbox"/> URG <input type="checkbox"/> ELETIVA	TIPO	NÚMERO DO LEITO <i>3</i>	ENFERM. <i>1</i>	CPF / MÉDICO SOLICITANTE
---------------------------------------	--	---	------	-----------------------------	---------------------	--------------------------

TIPO DE SOLICITAÇÃO

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

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

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

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

MÉDICO SOLICITANTE (ASSINATURA / CARIMBO) <i>Dra. Priscila Lira</i>	DIRETOR CLÍNICO DA UNIDADE (ASSINATURA E CARIMBO)	DATA DA SOLICITAÇÃO
CRM-41173		

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

DADOS DA HISTÓRIA CLÍNICA E DO EXAME FÍSICO

03 Fiss de Kirschner

EXAMES COMPLEMENTARES

TRATAMENTO

PROCEDIMENTO AUTORIZADO

DESCRIÇÃO DO NOVO PROCEDIMENTO

AUTORIZADO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	MOTIVO DA REJEIÇÃO
DATA DE AUTORIZAÇÃO	
MÉDICO SUPERVISOR (ASSINATURA / CARIMBO)	MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA / CARIMBO)
	CPF / MÉDICO AUTORIZADOR
	MÉDICO COORDENADOR DA AUDITORIA (ASSINATURA / CARIMBO)



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
Hospital de Clínicas "Dr Augusto Leite"

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: José Farlen Santos Matrícula: 1044662

Enfermaria: _____ Convênio: SOS _____

Diagnóstico: Histeria dos rádios

Procedimento realizado: redução cirúrgica e fixação das fraturas

Data da utilização: 09 / 08 / 18

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Name: Dr Roberto Tima
CRM: 3133

~~Dr Roberto Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1173~~

IDENTIFICAÇÃO DOS PRODUTOS

Código INSS / SIMPRO	Quantidade Utilizada	Descrição dos produtos
04.08.02.043-1	03	Fios de Kirschner

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

BBW C

Name: ABBY C. CNP#: 123-456789

COLÉGIO DA FARMÁCIA

Data de recebimento: _____ / _____ / _____

Data do recebimento: _____
Forma definitiva: _____

1º via - Prontuário

2ª via – Fornecedor

3^a via - Farmácia

DATA: 07/08/2018

PACIENTE:	José Carlos Santos			MATRÍCULA:	CONVÉNIO: SUS			
IDADE:	55	SEXO:	M	COR:	ENF:	QUARTO:	LEITO:	APTO:
CIRURGIÃO:	Dr. Roberto Lame			ANESTESISTA: Dra. Bianca Leal				
1º AUXILIAR:				2º AUXILIAR:				
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:	Fraturas de rádio distal bilateral							
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:	os mesmos							
CIRURGIA PROPOSTA:	Tbc. cirúrgicas de fraturas							
CIRURGIA REALIZADA:	os mesmos							
PRÉ-MEDICAÇÃO:					HORA:	CÓDIGO CIRÚRGICO		
INÍCIO DA ANESTESIA	13:55	INÍCIO DA OPERAÇÃO	14:18	ALT DA ANESTESIA		RISCO OPERATÓRIO	1-2-3-4	ESTADO FÍSICO
								1-2-3-4-5-6-7



ANOTACÕES

AGENTES ANESTÉSICOS:	Propofol ACA + Lido 2% CVC + Lido 1% CVC		
TÉCNICA:	APAC + Monitorização + VNC + SE prévia + Cateter 2 fios + Sedacão + Antiespasticidade axilar + Bloq. Plexo Brachial via axilar bilateral.		
INDUÇÃO:	POSIÇÃO: DDH	LOCAL PUNÇÃO: axilar	LÍQUIDO RETIRADO: _____
TÉCNICA: Bloq. P. Brachial + Sedacão	POSIÇÃO APÓS: DDH	POSIÇÃO OPERATÓRIA: DDH	RESULTADO: B.R.M.
DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: 401	DURAÇÃO DA ANESTESIA: 1h	CONSCIÊNCIA: sonolento	
PÓS-OPERATÓRIO: <input type="checkbox"/> UTI <input checked="" type="checkbox"/> SRPA	DESTINO DA SRPA: <input checked="" type="checkbox"/> LEITO <input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	CONDIÇÕES: satisfatórias	
OBSERVAÇÕES:			
		Bianca Souza Leal Anestesiologista	
		ASSINATURA DO ANESTESISTA	



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL CIRURGIA

RASTREABILIDADE DE INTEGRADORES QUÍMICOS

NOME: José Carlos Souto
NÚMERO DE INTERNAMENTO: 1044662
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: Red. aerogerada e fixação percutânea
CIRURGÃO: Roberto Ume
ENFERMEIRO: Serrante
CIRCULANTE DE SALA: Bisturi
ANESTESIOLOGISTA: Biera Real
INSTRUMENTADOR: Andreu; Kleber
DATA: 07/08/18
SALA CIRÚRGICA: 07

GRAMPEAR INTEGRADORES QUÍMICOS NOS ESPAÇOS ABAIXO
LOTES _____ LOTES _____

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

Obs.: permanecer junto ao prontuário



Laboratório

03

Atendimento ID44654
 Nome JOSE CARLOS SANTOS
 Tp. Atend Urgência
 Endereço PRACA ANTONIO BISPO
 Cidade
 Sexo: Masculino

Data 02/08/2018 10:57
 Convênio Sus
 Med.Sol:
 Bairro:
 Telefone: 999950-0620/99925-8513
 Idade: 55 anos

HEMOGRAMA COMPLETO

Data Coleta: 02/08/2018 11:00

Material: Sangue Total
Metodo: Automatizado

ERITROGRAMA
 A) Eritrócitos
 B) Hemoglobina
 C) Hematócritos

4,05 milh./mm³
 12,4 g/dl
 36,5 %

Referência

Homem	Mulher
4.0 -	5.5 4.0 - 5.0
Homem	Mulher
13.0	17.0 12.0 - 16.0
Homem	Mulher
40 -	50 35 - 47

ÍNDICES HEMATIMÉTRICOS

A) V.C.M
 B) H.C.M
 C) C.H.C.M
 D) R.D.W

90,12 fl
 30,62 pg
 33,97 g/dl
 11,5 %

82 - 95
 26 - 34
 30 - 35
 10 - 15

LEUCOGRAMA

A) Leucócitos (global)
 B) Contagem diferencial
 . Segmentados
 . Eosinófilos
 . Basófilos
 . Linfócitos
 . Monócitos

10.700 mm ³	5.000 a 10.000/mm ³	
% /mm ³ /mm ³	
63.8%	6826.6	40 a 70 1.600 a 7.300
04.8%	513.6	01 a 04 50 a 400
00.7%	74.8	00 a 02 00 a 200
18.9%	2022.2	20 a 50 1000 a 5000
11.8%	1262.6	03 a 10 150 a 1000

PLAQUETAS

. Valor Encontrado

481.000 /mm³150.000 a 400.000/mm³

Mônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo
 Biomedica
 CRBM 1986

Alinne Karla Costa Lial
 Biomedica
 CRBM 3697

Anne Regina P.C.Carvalho
 Biomedica
 CRBM 0776

Fernanda S. Almeida
 Biomédica
 CRBM 2860

Camilla Figueiredo Chianca
 Biomédica
 CRBM 4928

Jaqueline Lícia dos Santos
 Biomédica
 CRBM 2875

N.:
Id.:
Ingriditicos:
Codigos:

FICHA DE EVOLUÇÃO

Admissão:

FISIOTERAPIA

-

CIRURGIA

-

Matrícula:

Leito:

13

DATA: 05/08/18

-

FC:

PR:

PA:

T:

QCS:

RASS:

IM.S.

MRC:

NC:

AP:

V.A:

Sedação:

DVA:

PC:

TI:

VC:

SpO₂:

Fluxo:

Modo:

Ventilação:

modo:

Mecânica:

PEEP:

FIo₂:

Monit. Vent:

Cast:

Monit. Vent:

Cast:

Res:

IRRS:

Pao₂/FiO₂:

Monit. Vent:

Cast:

CDL:

Res:

IRR:

Pao₂/FiO₂:

Monit. Vent:

Cast:

Int-19:
Tee Cervos Sem Tens
Admissão:

Matrícula:
Leitor:

FICHA DE EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA

CIRURGIA

Diagnósticos:
Coligios:

M() T() N() DATA: 07/08/18

FC: FR: PA:

RASS:

IMSS:

MRC:

NC:

T:

M() T() N() DATA: M() T() N() DATA:

AP:

DVA:

PC:

TI:

VC:

V:

VA: 26 Sedação: GCS:

SpO₂:

Sedação:

AP:

GCS:

T:

modo:

modo:

modo:

modo:

modo:

Ventilação Modo:

PEEP:

modo:

modo:

modo:

modo:

Mecânica: FIO2:

PS:

modo:

modo:

modo:

modo:

Monit. Ventil.: Gest: Cdin:

Res:

modo:

modo:

modo:

modo:

Protocolo de MOBILIZAÇÃO PRECOCE: () NÍVEL 1 / () NÍVEL 2 / () NÍVEL 3 / () NÍVEL 4

Reavaliação:

Reavaliação:

Reavaliação:

Reavaliação:

Reavaliação:

PROTÓCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOCE: () NÍVEL 1 / () NÍVEL 2 / () NÍVEL 3 / () NÍVEL 4

CONDUTA: 7/7 FISIOTERAPIA MOTORA / FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA

DESENNAME: () S / () D / () P - Horas: () 2 / () 4 / () 6 - FALHOU PRQ?

() THB

() EENM

() MRA

() TRE

VNI (tipo):

Tempo:

() TMB

() EENM

() MRA

() TRE

VNI (tipo):

() TEP

() Ex. Resp

() Transporte

Outras:

() RPPI

() Posic

() Cuff

Outras:

() RCP

() Extub

Outras:

() Ativo

() Ativo-assistida

Outras:

() Ativo

() Resistivo

Outras:

() S/L

() S/c/MMII pend

Outras:

() SP

() ORT

Outras:

() S/L

() ME

Outras:

() MP

() FTE

Outras:

() Am

() Esv

Outras:

() Ros

() Ros

Outras:

() Ros

() Ros

Outras:

() Ros

() Ros

Outras:

CONDUTA: 1/1 FISIOTERAPIA MOTORA / FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA

DESENNAME: () S / () D / () P - Horas: () 2 / () 4 / () 6 - FALHOU PRQ?

() TEP

() Ex. Resp

() Transporte

() TMR

() Monit

() Intub

() RCP

() Extub

() Ativo

() Resistido

() Ativo

() Ativo-assistida

() Resistivo

() Ativo

() Resistido

() Ativo

() Resistivo

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

CIRURGIA

03/02

NOME: 2011-07001-0701 DATA INTERNAMENTO:

DATA DA FRATURA: / /

MATRÍCULA: / / IDADE: / / SEXO: F () M () LETTO: / / UNIDADE: / / (Dr. / /)

DATA DA CIRURGIA: / /

HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO	
				1º TURNO	2º TURNO
06	150x100	36.8	37.5		
12	140x90	35.8	37.0		
18	140x90	36.6	37.2		
24					
23.				Luthmara S.S. Mass Ent. 10/02/2014 Corren. SE 206464	
				TOM Nino Ent. 10/02/2014 Corren. SE 1919787	
				Coren. SE 1919787	

NOME: 20107 60111 12-07-02 IDADE: _____ UNIDADE: _____
DATA: 02/08/15 DATA INTERNAMENTO: _____ / / DATA DA FRATURA: _____ / / (Dr. _____)

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	1º TURNO		2º TURNO		3º TURNO	
		07:00 AS 13:00 SINUS	ASSINATURA	13:00 AS 19:00 Volume	ASSINATURA	14:00 AS 07:00 Volume	ASSINATURA
1. DIETA	Uma						
2. GELCO HIDROLISADO.							
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOUNA 1G EV 8/8H.							
4. DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.							
5. PROFENID 100MG + 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.							
6. TRAMAL 100MG + 100MG SF 0,9% EV 8/8H.							
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINAS, 000UI SC 12/12H.							
8. RANITIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H. OU OMEPRAZOL 20MG V/A 6:00HS							
9. BROMOPRIDA 02ML+18ML AD EV 8/8H							
10. SONDA VESICAL DE ALÍVIO		SOS					
11. GLICEMIA CAPILAR DE 6/6H.							
INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA:							
200-250 ULI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI 400 > 10UI.							
12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70 MG/DL							
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>180mmHg OU PAD>110mmHg		SOS					
14. MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H.							
15. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA.							
16. CCGG+SSW 6/6H.							
17. CURATIVO DIÁRIO							
18. <i>Giseon Ferreira</i>							
19. Dr. Giseon Ferreira Ortopedia/Traumatologia CRM-SE 40033							
20.							
21.							
22.							
23.	HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO		
06	160X100	140		79	75		
12	120X90			36	9		
18	140X90			35	80		
24							

Karen Trunam Santos

CORENSE 480816



GOVERNO DE SERGIPE
SISTEMA INTERFEDERATIVO DE GARANTIA DE ACESSO UNIVERSAL - SIGAU
COMPLEXO REGULATÓRIO DE SAÚDE DO ESTADO
CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS
DOCUMENTO ÚNICO PARA SOLICITAÇÃO DE VAGAS EM ENFERMARIA-DUSV E

NOME DO PACIENTE:	JOSE CARLOS SANTOS	DATA DE ADMISSÃO:	24/07/18
NOME DA MÃE:	ALZIRA DIAS DA COSTA	DATA DE NASCIMENTO:	29/09/62
ENDERECO:	PRAÇA ANTONIO BISPO Nº28	IDADE:	55
CNS:	709005891388012	PLANO DE SAÚDE:	NÃO
NATURALIDADE:	NOSSA SENHORA APARECIDA -SE	MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:	NOSSA SENHORA DE APARECIDA
TELEFONE PARA CONTATO:	79 - 999500620	REGIÃO DE SAÚDE:	SERGIPE

D1/8
UNIDADE PRODUTIVA: PRONTO SOCORRO ÁREA AZUL () ÁREA VERDE (X)
OUTROS: _____

QUEIXA PRINCIPAL E DURAÇÃO:

DOR EM BRAÇO BILATERAL

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍTICO

ANTECEDENTES PESSOAIS E COMORBIDADES:

NÃO

RESUMO DOS RESULTADOS DE EXAMES GRAFICOS E POR IMAGENS(ANEXAR COPIAS DOS RESULTADOS E LAUDOS)
RX + LABORATORIO + ECG

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

FRATURA BILATERAL DE RÁDIO

RESUMO DA TERAPÉUTICA INSTITUÍDA E RESULTADOS

ANALGESIA + PROFILAXIA DE TVP

PARAMÉTROS CLÍNICOS E LABORATORIAIS

PRESSÃO ARTERIAL	SATURAÇÃO DE O2	FREQUÊNCIA CARDÍACA	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	GLUCEMIA	URÉIA	CREATININA
130+80	99%	75	16	94	36	0.79

HEMOGLOBINA	LEUCÓTOS	POTÁSSIO	USO DE OZ:	SIM () NÃO ()	SECRETIVO: SIM () NÃO ()	INTUBADO: SIM () NÃO ()	COLAR CERVICAL: SIM () NÃO ()
15,3	14,0	4,3	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	
INFORMAÇÕES CLÍNICAS ADICIONAIS							
DOENÇA CRÔNICA AVANÇADA: SIM/NÃO	INSUFICIÊNCIA CARDIÁCA: SIM/NÃO	AUMENTAÇÃO: ORAL () SNE () NPT () GTT ()	ISOLAMENTO: SIM () RESPI () CONTATO () NÃO ()	INSUF RENAL: SIM/NÃO	ANTIBIÓTICOS: DIAS DE USO (Dx)	ESCALA DE COMA DE GLASGOW: AO/MRV/MMR	
NAO	NÃO	ORAL	NÃO	NÃO		15	
DEAMBULA:	CADEIRANTE	ACAMADO	OUTROS				
NAO	NÃO	SIM					

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

FRATURA BILATERAL DE RADIO

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

FALTA DE VAGA

É VEDADO AO MÉDICO

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

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

Médico Responsável:

NIR

Data: Assinatura:
Hora: Carimbo:

Data: Hora:
Responsável:

Médico do NIR

CRL (RECEBIMENTO)

Data: Assinatura:
Hora: Carimbo:

Data: Hora:
Responsável:

Comentários Médico CRL

CRL (Autorização)

Data: Hora:
M.R.:
Código:
Assinatura

ATENÇÃO

A primeira solicitação deverá ser enviada à Central de Regulação de Leitos através do DUSV Enfermaria devidamente preenchido no máximo 03 horas a partir da data e hora da solicitação. As atualizações dar-se-ão a cada 24 horas a partir da primeira solicitação e deverão ser registradas em Formulário de informações complementares e enviadas à Central e Regulação de Leitos, cumprindo o mesmo prazo definido no item anterior.

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

CHECKLIST ORTOPÉDICO ADMISSIONAL

NOME: José Carlos Santos
 LEITO: _____ MATRÍCULA: _____
 HAS () DM () NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA ()

IDADE: 55 SEXO: M() F()
 CONVÊNIO: SUS () IPES () PLANO ()

DATA FRATURA: 31/07/2018DATA INTERNAMENTO: 09/08/2018

EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO ()

COLHIDOS: SIM () NÃO ()

IMPRESSOS: SIM () NÃO ()

RX: () PELÍCULAS DE BOA QUALIDADE ()

SEM QUALIDADE ()

ECG: SIM () NÃO ()
REALIZADO: SIM () NÃO ()

ECO: SIM () NÃO ()

PEDIDO: SIM () NÃO ()
REALIZADO: SIM () NÃO ()

TOMOGRAFIA: SIM () NÃO ()

PEDIDA: SIM () NÃO ()

REALIZADO: SIM () NÃO ()

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: _____

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; SOLICITAÇÂO 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.

MOTIVO DA SUSPENSÃO _____

REMARCAÇÃO PARA (/ /)

DUSV E - ORTOPEDIA - FBHC - JOSE CARLOS SANTOS

Sigau crpe <sigau.crpe@gmail.com>

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

1 de agosto de 2018 16:13

CG0108HCO2D3CF7

On Wed, Aug 1, 2018 at 14:20 nirhuse crpe <nirhuse.crpe@gmail.com> wrote:
Boa Tarde,

Segue documentação do referido paciente para avaliação.

Att

--
Atenciosamente,

Médico Regulador

Central de Regulação para Procedimentos Eletivos

Complexo Regulatório de Saúde do Estado de Sergipe

Clínica Alpha



RECEITUÁRIO

PACIENTE: José Carlos Santos

ROD. JOSUÉ PASSOS, 1699 CENTRO RIBEIRÓPOLIS-SE FONE: (79) 3449-2390

Relatório

Período de atendimento: Vem consideações

EID: 552.5; M84.0 - Bilateral

Considerações: Portador de sequelas de fraturas nos punhos.

Apresenta fratura consolidada, em processo de remodelação no rádio esquerdo e fratura recentemente consolidada à direita.

Apresenta dor - limitação dos movimentos próprios do punho.

A capacidade laboral encontra-se comprometida.

Ribeirópolis

04/05/2019

Dr. Roberto Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1173

18 DEZ 2018





18 DEZ 2018

Solicitação de Ré – Análise

Eu: Jose Carlos Dos Santos portador do RG: 662.340 CPF: 516.384.875-53 residente na Praça Antonio Bispo Nº 28 Bairro: centro Cidade: Nossa Senhora aparecida -SE Cep: 49.540-000 venho pelo presente instrumento, solicitar aos senhores que seja marcado uma Perícia médica para o meu processo , pois só foi liberado 3.375,00 para as lesões que mim encontro envie relatório médico que comprovam as lesões que foram **FRATURA EM PUNHOS / RADIOS DISTAIS CID:552.6** sinto muitas dores horríveis não trabalho mas , não consigo movimentar as mãos direito fico a merecer dos outros , por isso peço encarecidamente que marquem com urgência uma perícia para que o perito verifique e comprove o que aqui descrevo.

Certo de contar com vossa compreensão ,agradeço desde já.

José Carlos Santos

JOSE CARLOS DOS SANTOS

NOSSA SENHORA DA GLÓRIA-SE 16/05/2019

TESTEMUHAS:

Vanessa Ressor Dragad

Haldileide O. Ress

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180594171 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CARLOS SANTOS **Data do acidente:** 24/07/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO BILATERAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - FIOS K). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DOS PUNHOS DIREITO E ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO E PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD DE 27/12/2018 EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180594171 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CARLOS SANTOS **Data do acidente:** 24/07/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURAS DISTAIS DE RÁDIOS DIREITO E ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - FIOS K). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHOS DIREITO E ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHOS DIREITO E ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

**PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE
PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

Por este instrumento particular, eu (nome completo) José Carlos Santos
 (nacionalidade) Brasileiro, (profissão) varejista, portador da cédula
 de identidade RG nº 662.340, emitido pela SSP / (UF) SC,
 inscrito sob o CPF nº 516.384.875-53, residente na (endereço
 completo) Rua Antônio Burgo, na cidade de
Nossa Senhora Aparecida (UF) SC, CEP 49.540.000, nomeio e
 constituo meu procurador, (nome do representante) José Marcos de Oliveira Rosa
 (nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Consultor, portador da cédula
 de identidade RG nº Q1233829, emitido pela SSP / (UF) SC,
 inscrito sob o CPF nº 080.003.675-00, residente na (endereço
 completo) Rua das Silvas n° 217, na cidade de
Nossa Senhora da Glória (UF) SC, CEP 49680-000, a quem confiro
 amplos e gerais poderes para, tratar, requerer, assinar papéis e
 documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO
SEGURO DPVAT** da vítima (nome da vítima) José Carlos Santos
 junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) Nossa Senhora Aparecida; 18 de outubro de 2018

(assinatura)

TABELIONATO DE NOTAS		Tony Carlos C. Ferreira Notário Maria Virginia de J. Barreto Escrivaneira Autorizada
Reconheço e dou fé como verdadeira, por autenticidade, a a firma de		
<u>Tony Carlos C. Ferreira</u>		
Selo TJSE 20182060004571		
Acesso: www.tjse.jus.br/xm		
N.S. Aparecida(SC) 18/10/2018		
Notário/Escrivaneira		

OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455620/18

Vítima: JOSE CARLOS SANTOS

CPF: 516.384.875-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/07/2018

Titular do CPF: JOSE CARLOS SANTOS

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA : 020.003.675-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE CARLOS SANTOS : 516.384.875-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/12/2018
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/12/2018
Nome: RODRIGO SILVEIRA DE OLIVEIRA
CPF: 011.995.625-05

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

RODRIGO SILVEIRA DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455620/18

Número do Sinistro: 3180594171

Vítima: JOSE CARLOS SANTOS

Data do acidente: 24/07/2018

CPF: 516.384.875-53

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CARLOS SANTOS

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 04/06/2019

Data do cadastramento: 04/06/2019

Nome: JOSE CARLOS SANTOS

Nome: RODRIGO SILVEIRA DE OLIVEIRA

CPF: 516.384.875-53

CPF: 011.995.625-05

JOSE CARLOS SANTOS

RODRIGO SILVEIRA DE OLIVEIRA

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180594171

Vítima: JOSE CARLOS SANTOS

Data do Acidente: 24/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CARLOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

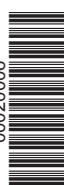
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2019

Aos Cuidados de: **JOSE CARLOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180594171**

JOSE CARLOS SANTOS

Data do Acidente: **24/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA**

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 3180594171**.

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



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

516.384.825-53

Nome completo da vítima

José Carlos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	José Carlos Santos	CPF titular da conta	516-384-825-53	Profissão	Variador	
Endereço	Praça Antônio Biagi	Número	28	Complemento	Casa	
Bairro	Centro	Cidade	Ferro Senhora Apresentada	Estado	SC	
Email	marcosdeglois@gmail.com				CEP	49540-000
					Telefone (DDD)	79-999189207

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 4470 D/V 7838 D/V
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Name	NRO	
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Alcina, 12 de Dezembro de 2018
Local e Data

José Carlos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

18 DEZ 2018

AUTO-ATENDIMENTO - AG NOSSA SENHORA DA GLÓRIA
DATA: 18/10/2018 HORA: 16:18:48
TERMINAL: 33031014 CONTROLE: 330310140465

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 4470.013.00007838-6
NOME: JOSE CARLOS SANTOS

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 5,00

NÚMERO DO ENVELOPE: 0512483827
NÚMERO DE CONTROLE: 291218551

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvintes da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

AUTO-ATENDIMENTO - AG NOSSA SENHORA DA GLÓRIA
DATA: 18/10/2018 HORA: 16:18:48
TERMINAL: 33031014 CONTROLE: 330310140465

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 4470.013.00007838-6
NOME: JOSE CARLOS SANTOS

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 5,00

NÚMERO DO ENVELOPE: 0512483827
NÚMERO DE CONTROLE: 291218551

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvintes da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br



18 DEZ 2018

POLÍCIA ON-LINE



DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE N. SRA DA GLÓRIA

RUA DA PALMA, CENTRO FONE: (0) 3411-1356 EMAIL: depol.nagloria@pc.se.gov.br

Boletim de Ocorrência 2018/06570.0-001266 - Alterado

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA REGIONAL DE POLICIA DE N. SRA DA GLÓRIA
Endereço: RUA DA PALMA, CENTRO FONE: (0) 3411-1356 EMAIL: depol.nagloria@pc.se.gov.br

FATO

Natureza: LESAO CORPORAL LEVE**Data e Hora do Fato:** 24/07/2018 - 11:30 até 24/07/2018 - 12:00**Endereço:** RODÔNIA SE 332 Número: S/Nº Complemento: CEP: 49525-000**Bairro:** Centro **Cidade:** NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - SE **Circunscricção:** DELEGACIA REGIONAL DE POLICIA DE N. SRA DA GLÓRIA**Tipo de local:** OUTROS **Modo Empregado:** OUTRO

NOTICIANTE

Nome: KARLA THAUANE SANTOS**Nome do pai:** JOSE CARLOS SANTOS **Nome da mãe:** MIRALDA ALVES FEIJPE**Pessoa:** Física **CPF/CGC:** 034.118.745-80 **RG:** 23624590 **UF:** SE **Órgão expedidor:** SSP-SE**Naturalidade:** ARACAJU **Data de nascimento:** 08/01/1993 **Sexo:** Feminino **Cor da pele:** Parda**Profissão:** ESTUDANTE **Estado civil:** Solteiro **Grau de instrução:** 2º Grau Completo**Endereço:** PCA ANTONIO B-SPO Número: 18 **Complemento:****CEP:** 49.540-010 **Bairro:** CENTRO **Cidade:** NOSSA SENHORA APARECIDA **UF:** SE**Proximidades:** **Telefone:** 70 928849565

HISTÓRICO

RELATA A NOTICIANTE QUE NO DIA E HORA ACIMA CITADOS SEU PAI E SEU IRMÃO SOFRERAM UM ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO; QUE A NOTICIANTE INFORMA QUE O VEÍCULO HONDA CB 250F TWISTER, COR: VERMELHA, CHASSI nº 9C2MC4400GR002345, CÓDIGO RENAVAM 01068464485, BATEU EM UM BURACO NA ESTRADA E O CONDUTOR ACABOU PERDENDO O CONTROLE DO CITADO VEÍCULO; QUE O VEÍCULO ERA CONDUZIDO POR SEU IRMÃO DIAN CARLOS SANTOS, DEVIDAMENTE HABILITADO. SEGUNDO INFORMA A NOTICIANTE; QUE SEU PAI QUE ESTAVA NA GARUPA DA MOTO ACABOU CAINDO E FRATUROU OS DOIS BRAÇOS; QUE SEU IRMÃO DIAN APENAS SOFREU ESCORIAÇÕES; QUE A MOTOCICLETA CITADA ALHURES ACABOU FICANDO BASTANTE DANIFICADA; É ESTE O RELATO.

Acrescentado por Rodrigo Guimaraes Mendonça Moraes - 12/12/2018 às 11:15
 QUE SEU PAI SE CHAMA JOSE CARLOS SANTOS, QUE A PLACA DO VEÍCULO È QKT401B;

Data e hora da comunicação: 08/08/2018 às 10:07**Última Alteração:** 12/12/2018 às 11:10.**Responsável pela Alteração:** Rodrigo Guimaraes Mendonça Moraes

OBS.. As informações noticiadas pelo comunicante não são o seu único responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que falar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro. Art. 340 - Provocada, por autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não existir, a pessoa que, de forma dolosa, ou culposa,

KARLA THAUANE SANTOS
Responsável pela comunicação

Jorge Edelcio dos Santos Filho
Delegado(a) de Policia

RG nº 25224867 SSP/SE



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Jose Carlos Gantos

CPF da Vítima

516.384.875-53

Data do Acidente

24.07.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Bléia, 12 de Dezembro de 2018

Local e Data

Jose Carlos Gantos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

1 F DEZ 2010

RELATÓRIO 01168 / 2018 REFERENTE À OCORRÊNCIA

NÚMERO: 1807240409 / ESUS – SAMU

O SAMU 192 SERGIPE foi acionado às 13h14min do dia 24 de Julho de 2018, para transferência de vítima identificada como **José Carlos Santos**, que se encontrava no **Hospital Regional** do município de Itabaiana, com relato de queda de moto.

A equipe da Unidade de Suporte Básico – Itabaiana removeu a vítima para o **Hospital de Urgência de Sergipe – HUSE** do município de Aracaju, onde deixou o paciente aos cuidados da equipe.

Aracaju, 15 de Agosto de 2018


Andreia Lenir Bastos Paiva Neri
Coordenadora da Regulação Médica
SAMU 192 Sergipe
CRMFSE 0554

Tiemi Sayuri Menezes Oki Fontes

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE