

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: 000000007838-6

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:

Talita Fonseca Medeiros

MIRALDA ALVES FELIPE
PC ANTONIO BISPO, 29 - CENTRO
NOSSA SENHORA APARECIDA / SE CEP. 49540000 (AO: 30)
Emissão: 17/10/2018 Referência: Out / 2018
Class/Subcl: RESIDENCIAL/BAIXA RENDA MONOFÁSICO
Roteiro: 9 - 120 - 220 - 4720 Nº medidor: N1049515727



ENERGISA SERGIPE DISTRIB. ENERGIA SA
Rua Min. Antonio Sales, 81 - Inácio Barbosa
Aracaju / SE - CEP 49040-150
CNPJ 13.017.403/0001-43 Insc. Est. 270.767.436
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº007.702.487
Cód. per. Ddb. Automático: 0000001748

1 DEZ 2018

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAN
Out / 2018	17/10/2018	16/11/2018	690.383.806-30 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 3/690174-8

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
17/09/18	20474	17/10/18	20608	1	134	30

Demonstrativo		Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Aiq.	Unidade (R\$)	Base Calc. Fixa (R\$)	Cobrança (R\$)
CC	Descrição							
0801	Consumo até 30 kWh-BR	30.000	0,243310	7,29	7,29	25	1,92	7,29
0801	Consumo - 31 a 100 kWh-BR	70.000	0,418870	29,32	29,32	25	7,29	29,32
0801	Consumo - 101 a 200 kWh-BR	34.000	0,828480	28,17	28,17	25	5,31	28,17
0801	Adic. B. Vermele			5,62	5,62	25	1,45	5,62
0810	Subsídio			42,56	42,56	25	10,55	42,56

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0807	CONTRIB. LUM. PÚBLICA			0,00	0,00	0	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 09/2018			0,00	0,00	0	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 10/2018			0,00	0,00	0	0,00	0,00
0805	MULTA 09/2018			0,00	0,00	0	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2018			0,00	0,00	0	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2018			0,00	0,00	0	0,00	0,00
0806	Devolução Subsídio			-30,32	0,00	0	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do item TOTAL 66,84 108,11 26,52 108,11 0,70 0,28

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
183	24/10/2018	R\$ 86,84

Histórico de Consumo (kWh)

209 | 243 | 202 | 190 | 201 | 192 | 200 | 187 | 199 | 145 | 111 | 126
Out/17 | Nov/17 | Dez/17 | Jan/18 | Fev/18 | Mar/18 | Abr/18 | Mai/18 | Jun/18 | Jul/18 | Ago/18 | Set/18

77a3.a5af.3998.cbe1.2ca2.2a55.cadc.8258.

Indicadores de Qualidade			8/2018 - NOSSA SENHORA DA SERRA	
	Limites da ANEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIC MENSAL	8,15	0,00	NORMAL	127
DIC TRIMESTRAL	12,30			
DIC ANUAL	34,80			
FIC MENSAL	3,43	0,00	CONSTATADA	119
FIC TRIMESTRAL	9,99		LIMITES SUPERIORES	
FIC ANUAL	12,70		LIMITE SUPERIOR	133
DMC	9,82	0,00		
DICR	12,22			

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/SE	15,47	17,74
Compra de Energia	24,06	27,71
Serviço de Transmissão	2,21	2,54
Encargos Setoriais	9,82	11,30
Impostos Diretos e Encargos	41,34	47,64
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	66,84	100,00

Valor de EUD (Ref. 8/2018) R\$ 15,82

ATENÇÃO

Faturas em atraso

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$20,33.
Atenção: A responsabilidade pela iluminação pública é da prefeitura do município.
- Letura confirmada

SERGIPE		VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
Roteiro: 9 - 120 - 220 - 4720		24/10/2018	R\$ 86,84
Matrícula: 690174-2018-10-7			
83880000000-9 86840049000-9 06901742018-8 10700120019-8			

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
RUA DOS SUCOS, 02177 / CASA A - SUCOS
NOSSA SENHORA DA GLORIA / SE CEP: 49080000 (AG: 430)
Emissão: 09/11/2018 Referência: Nov / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL SFASICO
Roteiro: 5 - 430 - 340 - 7391 Nº medidor: E8003349123

energisa

ENERGISA SERGIPE-DISTRIB ENERGIJA SA
Rua Min Apolônio Sales, 61 - Inácio Barbosa
Aracaju/SE - CEP 48040-150
CNPJ 13.017.452/0001-65 Ins. Est. 270.767.426
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 008.356.394
Cód. para Deb. Automático: 00009127879

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

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

UC (Unidade Consumidora): 3/912787-9

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 10/10/18	Leitura 0410	Data 09/11/18	Leitura 0489	1
			89	30

Demonstrativo									
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Base Calc.	Alíq.	Import. (R\$)	Base Calc.	Porção (R\$)	Correção (R\$)
0801	Consumo em kWh	88.000	0,721170	63,57	85,07	25	16,27	85,07	0,55
0801	Adc. B. Vermelha			4,40	4,40	25	1,10	4,40	0,03
0801	Adc. B. Amarela			0,38	0,38	25	0,09	0,38	0,03
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIB. LUM. PÚBLICA			8,49	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 10/2018			0,02	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 10/2018			1,17	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0904	COMPENSAÇÃO DMIC 09/2018			-0,31	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0902	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2018			0,02	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item: TOTAL 79,24 82,95 17,48 82,95 0,53 0,87

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
85	19/11/2018	R\$ 79,24

Histórico de Consumo (kWh)

83	74	83	87	92	89	84	70	55	85	38	74
Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Maio/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Set/18	Out/18

RESERVADO AO FISCO
3cde.ebd1.8028.0e39.9298.c84b.2528.6810.

Indicadores de Qualidade				Composição da Consumo		
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DC MENSAL	6,15	5,06	NOMINAL 127	Serviços de Dist. da Energia/SE	17,85	22,43
DC TRIMESTRAL	12,30			Contribuição de Energia	24,53	30,84
DC ANUAL	24,60		CONTRATADA LIMITE INFERIOR 117 LIMITE SUPERIOR 133	Serviço de Transmissão	2,96	3,72
FC MENSAL	9,42	2,00		Encargos Setoriais	4,20	5,29
FC TRIMESTRAL	18,85			Impostos Diretos e Encargos	30,41	38,23
FC ANUAL	37,70			Outros Serviços	0,00	0,00
DMC	3,63	4,80				
DICI	12,22					
				Total	79,95	100,00

Valor do EUSD (Ref. 9/2018) R\$ 15,53

ATENÇÃO
Atenção: A responsabilidade pela faturação pública é da Prefeitura do Município.
- Leitura confirmada

Faturas em atraso

energisa
Roteiro: 5 - 430 - 340 - 7391
Matrícula: 912787-2018-11-5
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/BIBLIOTECABWEB/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 JOSE MARCOS DE O. REZA inscrito (a) no CPF/CNPJ 020.003.675/00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE CARLOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 516384875/53, do sinistro de DPVAT cobertura invalido da Vítima JOSE 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 Selos</u>		Número <u>217</u>	Complemento <u>Escritorio</u>
Bairro <u>Brasilia</u>	Cidade <u>N. Gra da Guernia</u>	Estado <u>SE</u>	CEP <u>49.680-000</u>
Email <u>marcosduferia@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>49.9918 9207</u>	Telefone celular (DDD) <u>799925 2568</u>

N. Gra da Guernia, 13 de 12 de 18
Local e Data

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA REZA
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 Nova Senhores Aparecida, no Estado de
Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Praça Antonio Buser, nº 28,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Jose Carlos Santos, cujo o condutor era
Dian Carlos Santos.

Veículo: MOTOCICLO
Modelo: HONDA ICB 250F TWISTER
Ano: 2015/2016
Placa: QKT 4019
Chassi: 9C2MC44006R002345
Data do Acidente: 24.07.2018
Local e Data: _____

 Dian Carlos Santos
Assinatura do Declarante

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

TABELIONATO DE NOTAS	Tony Carlo C. Ferreira Notário Maria Virginia de J. Barrato Escrivente Autorizada
Reconheço e dou fé como verdadeira, por aparentidade a, a firma de <u>Dian Carlos Santos</u>	
Selo T.J.E.: <u>20182960500-530</u>	
Acesso: <u>www.tjse.jus.br/x/</u> <u>FC3895</u>	
N. S. Aparecida(SE): <u>18.10.2018</u>	
_____ Notário/Escrivente	



RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: José Carlos Santos
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 moto.
Apresenta ferimento extenso em couro
cabelado, edema e deformidade de
punho D. O Rx mostra fratura ex-
tense do rádio distal, bilateral.
Realizada sutura de couro cabeludo.
Elevado 3x e foi encaminhado ao cir-
urgião de mão, para avaliação.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx punho D.
GCE
Laboratório

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Thiago Jorge Silveira
Dr. Washington Beliste
Dr. Francisco Lima de Vasconcelos
Dr. Rafael Gonçalves
Dr. José Francisco Meirip

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

ARACAJU, 24 de Setembro de 2018

Ana Luiza Pinheiro Barreto
Especialista em UTI
CPF 139.478.566-53 CRM 788

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

19 JUL 2018

RAJESUS

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
 ELEMENTO: CASA BAIRRO: CENTRO
 MUNICIPIO: NOSSA SENHORA APARECIDA
 U.F.: SE CEP: 49540-000
 NOME PAI/MAE: JOSE ALVES DOS SANTOS
 /ALZIRA DIAS DA COSTA
 RESPONSÁVEL: A ESPOSA
 TELEFONE: 079 995006
 PRECEDENCIA: NSA SRA APARECIDA - SE
 20
 HABILITAMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
 ASS. POLICIAL: NAO
 PLANO DE SAUDE: NAO
 TRABALHO: NAO
 VEIO DE AMBULANCIA: NAO
 TRAUMA: NAO

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

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

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

CLINICOS: Paciente trazido de ambulância com primeiros sintomas de TCE, lesão em nível cefálico, Pd em MSE e D
 movimentos involuntários presentes, ABCD OK. gr. MUALS 70
 13-37 13-37

DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO:

CID:

Prescrição
 SPOC 90. 800mg (1500) (E) 13-37
 Tramadol + Lorazepam SPOC 90 13-37
 CID: 506

SAÍDA: [] DECISÃO MÉDICA [] A PEDIDO [] EVASÃO HORA DA SAÍDA: []
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO [] DESISTÊNCIA
 INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

EXPERIÊNCIA (UNIDADE DE SAÚDE):
 ID: [] ATÉ 48HS [] APÓS 48HS [] FAMÍLIA Samuel Rodrigues da Silva
 Médico [] ANAT. PATOL
 CRM - SE 5360

SINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

SINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Ana Cristina
 Tec. Rad. 1
 CRTR 00081
 Protocolo
 24.07.18
 564+606
 624 657+612

15 DEZ 2018

LABORATÓRIO REGIONAL DR. PEDRO GARCIA MOREIRA CLÍNICA

FOLHA: 1

Endereço: AV. TREZE DE JUNHO, 776

/ Telefone: 3432-9200

Paciente: JOSE CARLOS SANTOS

Ala: SUTURA

BE.: 5566

Data: 24/07/2018 - 14:37

No.: 76164 Idade: 55 Anos

Médico: DR(a)

Conv.: FHS

DEPARTAMENTO DE HEMATOLOGIA

EXAME - HEMOGRAMA COMPLETO

Método: AUTOMÁTICO

Material: SANGUE TOTAL

Resultado: ERITROGRAMA

	V. Encontrado	V. Normal
Eritrocitos.....	4,4 (4,3 a 6,0 milh/mm ³)	
Hemoglobina.....	13,1 (13,6 a 17,8 g/dL)	
Hematócrito.....	39,9 (41,0 a 54,0 %)	
Vol. Globular Médio..	91 (80,0 a 100,0 fL)	
Hemogl. Glob. Média..	30 (27,0 a 33,0 pg)	
Conc. de Hem. Gl. Média:	33 (32,0 a 36,0 g/dL)	
RDW.....	13,6 (11,0 a 14,5 %)	

LEUCOGRAMA

Leucócitos /mm³: 15.600 (3.600 a 11.000)

N. Relativos N. Absolutos

Basófilo.....	0,0 (0-2)	0 (0-200)
Eosinófilo.....	4,0 (1-4)	624 (50-400)
Metamielócitos...	0,0 (0-1)	0 (0-100)
Bastões.....	0,0 (2-5)	0 (100-500)
Segmentados.....	81,0 (36-66)	12.636 (1900-6600)
Linfócitos.....	5,0 (22-44)	780 (1100-440)
Monócitos.....	10,0 (3-10)	1.560 (150-100)

EXAME - CONTAGEM DE PLAQUETAS

Método: DIRETO

Material: SANGUE

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


LAIS CATARINE DE SA
 CRBM: 5918

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



GUIA DE TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

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

HOSPITAL DESTINO: HUSE SAÚDE SOUTHEAST DA JVA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: JOSE 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 100 mmHg GLASGOW: 15
RESUMO: Paciente vítima de queda de altura de 10m
em face de dor abdominal e fraqueza de ante-
coxo e punho e suspeita de lesão
na coluna.

TRATAMENTO INSTITUÍDO ATÉ O MOMENTO

MEDICAÇÃO(ÕES) UTILIZADA(S): ANALGÉSICO

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS (Resumo dos resultados) _____

INFORMAÇÕES DA TRANSFERÊNCIA

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: () falta de vaga () procedimento especializado () outro

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO: JOAO MONTEN

MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ: _____

ENCAMINHAMENTO PARA COPIAS XEROX DOS EXAMES REALIZADOS

ENFº RESPONSÁVEL PELO SETOR

DATA

24/07/15
CRIMSE 686
Dr. João Monteiro
MÉDICO SOLICITANTE
Assinatura / Carimbo

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

CNS: 709005891388012 SETOR: C

NOME	: JOSE CARLOS SANTOS	DOC...	
IDADE.....	55 ANOS NASC: 29/09/1962	SEXO..	MASCULINO
ENDERECO.....	PRACA ANT尼奥 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
ACID. TRABALHO:	NAO	VEIO DE AMBULANCIA:	NAO
		TRAUMA:	NAO

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

EXAMES COMPLEMENTARES: ☐ RAIO X ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ Outros
 ☐ LIQUOR ☐ ECG ☐ ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS: 12 DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Doente vítima de acidente motorista. Negs. perds. de consciência ou vómitos. Negs. dor tens. res. ou abdominal.

ABCD: \emptyset as two types E: FCC unit no. 6 in each corner
Edge no. 12 faces 12 cells in per unit

DIAGNOSTICO: Abol. pes e cho, i ndo ller o palpação CID:

PRESCRIÇÃO

Rescreva do ~~transcrito~~ em um volume de ~~duas~~ páginas

HORARIO DA MEDICACAO

③ K₁ Lin 29, 1/628x = motore de punta

Section 1

Alcornoques *Alcornoque*

Dia Katarina
Gouris/Gara
1-2-13

DATA DA SAIDA: _____ HORA DA SAIDA: _____

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR): _____

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE): _____

OBITO: ☐ ATE 48HS ☐ APOS 48HS ☐ FAMILIA ☐ IML ☐ ANAT. PAR

Alfredo Alves Felipe ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Rio-x de punho (D) e (E) Alpertil

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE



SESGPE
GOVERNO DO PIAUÍ



Fundação Hospitalar de Saúde
Núcleo de Apoio à
Qualidade Hospitalar - NAQH

Qualidade de Cuidado e Segurança - QCS

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 SAIA D SUTURA DA JURI

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

FC: 82 bpm FR: 21 ipm PA: 140 x 101 mmHg GLASGOW: 15
RESUMO: Paciente vítima de queda de 10 metros de altura, com lesão de cabeça e fratura de antebraço e punho. Suspeita de lesão de coluna.

TRATAMENTO INSTITUÍDO ATÉ O MOMENTO

MEDICAÇÃO(ÕES) UTILIZADA(S): ANALGÉSICO

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS (Resumo dos resultados) _____

INFORMAÇÕES DA TRANSFERÊNCIA

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: () falta de vaga ☒ procedimento especializado () outros

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO: JOÃO MONTEIRO

MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ: _____

ENCAMINHAR FOTOCOPIAS (XEROX) DOS EXAMES REALIZADOS

ENFº RESPONSÁVEL PELO SETOR

DATA

MÉDICO SOLICITANTE
Assinatura / Carimbo

24/07/2007

Dr. João Monteiro
Cirurgião Geral
CRM 6961

SUS: 709005891388012

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO
=====

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 174588
Numero do CNS.....: 0000000000000000
Nome.....: JOSE CARLOS SANTOS
Documento.....: Tipo :
Data de Nascimento: 29/09/1962 Idade: 55 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: JOSE ALVES DOS SANOS
Nome da Mae.....: ALZIRA DIAS DA COSTA
Endereco.....: PRACA ANTONIO BISPO 028
Bairro.....: CENTRO Cep.: 00000-000
Telefone.....: 799 9950.0620
Município.....: 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 Saida:
Especialidade:
Tipo de Saida:
CID Principal:
CID Secundario:
Principal:
Secundario:
Outro:

Nome do Paciente: José Carlos Santos
Unidade de Produção: Ala A

Página nº
Idade: 55a Sexo: M

Leito: 04/03

Nº do Prontuário:

DATA	HORA	HISTÓRICO
------	------	-----------

01/08

Nutrição

Paciente sem queixas no momento
Boa aceitação do plano alimentar.
CD: Dieta Normal.

02/08/18

Fe

Dr. João da Silva
Nutricionista
CRM 5.0778

Prontuário de Rodo dist
Cenar. Ok. Apr. Frágil
Assinatura: [Assinatura]

02/08/2018

Serviço Social:

10:35h Pte em tto ortopedico, acompanhado
por familiar, sendo transferido para FBHE
no momento da visita ao leito. Indica

Assinatura: P. dos S. Almeida
Assistente Social
CRM 1329



Sistema Ministério
Único de da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



HOSPITAL
CIRURGIA

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

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. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

ALZIRA DIAS DA COSTA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

MIRALDA ALVES FELIPE/ESPOSA

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

PRACA ANTONIO BISPO Nº28

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Nossa Senhora Aparecida

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

SE

19 - CEP

49540000

1044662

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Queixa de mão há 10 dias
F.P. dor punho (20)
R. Fratura Radial distal (20)

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

R. Fratura Radial distal
(17). 1to Cirurgião

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

R + + EF

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura do Radial distal

24 - CID 10 PRINCIPAL

S52.5

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

V230

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ortopedia

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

01108020407

29 - CLÍNICA

Ortop

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Urgência

31 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

226151388-31

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Paulo Sérgio

02/08/18

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO - 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Paulo Sérgio

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

02/08/18

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Joanne Ferreira da Mota
Supervisão Médica / SES
CRM - SE 3686
CPF - 876.195.735 - 20

281810015264-8

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

ATENDIMENTO

Laudo Fechado

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

RESPONSÁVEL:

NOME DO RESPONSÁVEL: MIRALDA ALVES FELIPE/ESPOSA
 ENDEREÇO:
 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 Cirurgico De Fratura Da Extremidade
 AIH.:

Bb: Anexo Copia dos documentos e exames lançados

R+
pre
pos OK

Lindiane Silva Santos
 Secretária Clínica/FBHC
 Matr. 89440

alta
08.08.18
13:50
Marlete Siewes
 Secretária de Clínica
 Matrícula - 87130
 FBHC

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

SDW0516384875531712131204

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
9. NIS:	11. Escolaridade: 1º Grau incompleto
10. Naturalidade: Ribeirópolis - SE	12. Nome: MIRALDA ALVES FELIPE
13. sexo: Feminino	14. CPF: 590.383.905-30
15. Nome da Mãe: MARIA MACHADO ALVES FELIPE	16. Apelido:
17. Dt de Nasc.: 14/04/1989	18. RG: 1059944
19. UF de Emissão do RG: SE	20. NIS: 16.367.12615-6
21. Naturalidade: Ribeirópolis - SE	22. Escolaridade: 1º Grau completo
23. Nº de pessoas da família residentes no estabelecimento: 3	24. Estado Civil: Amasiado
25. Local de Residência: Local Próximo	26. Local de Residência: Local Próximo

27. Endereço: Praça Antonio Bispo	28. Município: Nossa Senhora Aparecida - SE
29. CEP: 49540-000	30. Bairro: centro

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: Agricultura

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\$ 1.591,40

Renda do estabelecimento	Renda Rebatida	Renda Total
R\$ 1.591,40	R\$ 0,00	R\$ 1.591,40
R\$ 0,00		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. 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

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

5. É proprietário do imóvel principal? Não

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: N. S. Aparecida Data: 17/12/2013

Assinatura: José Carlos Santos

Local: N. S. Aparecida Data: 17/12/2013

Assinatura: Miralda Alves Lima

Polégar direito 1	Polégar direito 2
-------------------	-------------------

V - 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) do Crédito Rural ao amparo do Pronaf no Grupo B.

Grupo Final: B

Instituição: CNPJ 13.181.515/0001-03

Entidade emissora

Representante: CPF 877.668.175-00

Sin. Trab. Rural de N. S. Aparecida

Maria José Santos
Sec. 1ª p/ Agricultura / Agrária
e Meio Ambiente

N. S. Aparecida 17/12/2013

EB - emitida pelo Sítio do MDA/SAR

Atenção: Este documento é gratuito

Assinatura

MODELO 1.8.2 - GRUPOS: B

Data da Geração: 17/12/2013

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

SDW0516384875531712131204

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

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
9. NIS:	11. Escolaridade: 1º Grau incompleto
10. Naturalidade: Ribeirópolis - SE	12. Nome: MIRALDA ALVES FELIPE
13. sexo: Feminino	14. CPF: 590.383.905-30
15. Nome da Mãe: MARIA MACHADO ALVES FELIPE	16. Apelido:
17. Dt de Nasc.: 14/04/1969	18. RG: 1059944
19. UF de Emissão do RG: SE	20. NIS: 16.367.12615-6
21. Naturalidade: Ribeirópolis - SE	22. Escolaridade: 1º Grau completo

23. Nº de pessoas da família residentes no estabelecimento: 3

24. Estado Civil: Amasiado

25. Regime de Casamento: Não se aplica

26. Local de Residência: Local Próximo

27. Endereço: Praça Antonio Bispo

Nº S/N

Bairro: 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\$ 0,00

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

7. Força de trabalho utilizada além da familiar:

i. (X) Não contrata

ii. () Contrata empregados eventuais: quantidade de dias Homens/Ano: 0

iii. () Contrata empregados Permanentes: quantos: 0

II - Informações Complementares

) Destinação da Operação de Crédito (casos especiais):

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

2. Se sim, sob qual grupo? B

) 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: 102.551.505-83

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: N. S. Aparecida Data: 17/12/2013

Assinatura: José Carlos Santos

Local: N. S. Aparecida Data: 17/12/2013

Assinatura: Miralda Alves Felipe

Polegar direito 1

Polegar direito 2

IV - Atestação 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 ao amparo do Pronaf no Grupo B.

Grupo Final: B

Instituição: CNPJ 13.181.615/0001-03

Entidade emissora

Representante: CPF 877.668.175-00

Bnd. Trab. Rural de N. S. Aparecida

Maria José Santos
Sec. 1ª p/ Agrícola / Agrar.
e Meio Ambiente

N. S. Aparecida 17/12/2013

/EB - emitida pelo sítio do MDA/SAF

Atenção: Este documento é gratuito

MODELO 1.8.2 - GRUPOS: B

Data da Geração: 17/12/2013

MT Gmail

nirhuse crpe <nirhuse.crpe@gmail.com>

DUSV E - ORTOPEDIA.- FBHC - JOSE CARLOS SANTOS

1 de agosto de 2018 16:13

Sigau crpe <sigau.crpe@gmail.com>

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

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: Glicosímetro

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
Biomédica
CRBM 1986

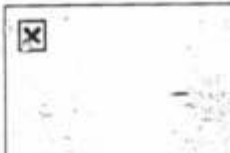
Fernanda S. Almeida
Biomédica
CRBM 2860

Alinne Karla Costa Lial
Biomédica
CRBM 3697

Camilla Figueiredo Chianca
Biomédica
CRBM 4928

Anne Regina P.C. Carvalho
Biomédica
CRBM 0776

Jaqueline Lícia dos Santos
Biomédica
CRBM 2875



Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia

Data: 02/0

Hora: 18:3

Laboratório

Atendimento 1044654

Nome JOSE CARLOS SANTOS

Tp. Atend Urgência

Endereço BRACA ANTONIO BISPO

Cidade

Sexo: Masculino

Data 02/08/2018 10:57

Convênio Sus

Med. Sol:

Bairro:

Telefone: 999950-0620/99925-8513

Idade: 55 anos

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTPA)

Data Coleta: 02/08/2018 11:00

Material: Plasma Citratado
Metodo: Coagulométrico

Tempo de Tromboplastina (TTPA)

46,4 Segundos

Referência

30 a 40 seg.

Mônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo
Biomédica
CRBM 1986Alinne Karla Costa Lial
Biomédica
CRBM 3697Anne Regina P.C. Carvalho
Biomédica
CRBM 0776Fernanda S. Almeida
Biomédica
CRBM 2860Camilla Figueiredo Chianca
Biomédica
CRBM 4928Jaqueline Lícia dos Santos
Biomédica
CRBM 2875

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Jose Carlos Santos Procedência: Med. Geral Matrícula: 1044562
Idade: 55 Sexo: M () F Data de admissão: 07/08/18 Leito: 12-03

TRANS-OPERATÓRIO (Admissão no Centro Cirúrgico)

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

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Estado clínico do paciente)

HORÁRIO: _____:_____.h.



ASSINATURA: _____

INTRA-OPERATÓRIO (Admissão na Sala Operatória - SO)

EQUIPE CIRÚRGICA

- Cirurgião: Roberto Lima
- Instrumentador: Andrey Kleber
- Anestesiologista: Bruno
- Circulante: Bruno 583128

SERVIÇO DE APOIO

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

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

- Proposto: Red. Cirúrgica Realizado: el. Pirocô
- Horário - Início: 14:18h e Término: _____:_____.h. cutâneo
- Monitoração: ECG () Oximetria () PANI () Pressão invasiva: _____
- Técnicas Anestésicas: _____
- () Geral venosa () Geral intravenosa
- () Geral combinada () Peridural com cateter Peridural sem cateter
- () Raqui-anestesia () Bloqueio () Sedação () Local
- Posição Cirúrgica: _____
- () Dorsal () Ventral () Ginecológica () Lateral D () Lateral E
- () Outras _____
- Local da placa dispersiva: _____
- Incisão Cirúrgica - local: 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, procedido, verbalizando, afilul, suprimido, em ato de sedação, com oxím. + R.R. Realizado anest. seq. em seguida iniciado ato cirúrgico. Paciente em monitorado para SRPA, após ato cirúrgico, SP0-99%, FC- bpm; P.A - 115 x 70 mmHg.

ASSINATURA: _____

Bruno 583128

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

DISPOSITIVOS EM USO

() CATETER O2 - ____ L/MIN () MASCARA O2 - FIO2: ____ % () VMI/TOT - Modo: ____ e FIO2: ____ % () VMI/TQT - Modo: ____ e FIO2: ____ % () MARCAPASSO
 () CATETER VENOSO PERIFÉRICO ____ () CATETER VENOSO CENTRAL () CATETER PERITONEAL () Sonda Vesical () Sonda Gástrica/Enteral () OSTOMIA
 () FRALDA () DRENO SUCÇÃO: ____ () DRENO PENROSE: ____ () DRENO TORÁCICO: ____ () DRENO TORÁCICO

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

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

HORARIO: 14:55 h. Paciente (encaminhada) dopo recebida na SRPA procedida de lo em companhia de auxiliares em uso de mack, sedação de efeitos anestésicos. Condição: - se consciente, calma, eupneica, brif, acionados, VE em ambiente, uso de broncoscopia msc, notificados. PA = 109/83 mmHg, FC = 85 bpm, SatO2 = 94%. //

ASSINATURA:

Assinatura 401071

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

HORARIO: 16:30 h. Paciente encaminhada para enfermagem de acordo acordado, consciente, respondendo solicitação verbal. PA = 109/83 mmHg, FC = 96 bpm, SatO2 = 98%, saturando bem. //

DESTINO/UNIDADE:

ASSINATURA:

Assinatura 401071

MENSURAÇÃO DO ÍNDICE DE ALDRET E KROLIK - IAK

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

		Valor	0	30	60	90	1
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					
	Apnéia	0					
Circulação	PA 20% do nível pré anestésico	02					
	PA 20 - 49% do nível pré anestésico	01					
	PA 50% do nível pré anestésico	0					
Consciência	Lúcido, orientado no tempo e no espaço	02					
	Desperta se solicitado	01					
	Não responde	0					
Saturação	Maior que 92% respirando em ar ambiente	02					
	Maior que 90% com oxigênio suplementar	01					
	Menor que 90% com oxigênio suplementar	0					
IAK	TOTAL						

Assinatura 401071
 Dra. Camilla S. M. Passos
 Anestesiologista
 CRM-SE 5484

HORARIO DE ALTA - SRPA:

ASSINATURA ANESTESIOLOGISTA/CRM

ASSINATURA ENFERMEIRO(A)/CRM

LEGENDA:

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

FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
FICHA DE CONSUMO SALA CIRURGICA

PACIENTE: Dr. Carlos Santos MATRÍCULA: 1044662 CONVÊNIO: SUS
CIRURGIA REALIZADA: Proct. unilob. e DATA: 07/08/18 CIRURGIÃO: Roberto Lima
1ª AUXILIAR: Leandro Pinheiro Nuss 2ª AUXILIAR: Biana Real
ANESTESIA: bloqueio de plexo ANESTESIOLOGISTA: Valdeir 583128
braquial + sedação CIRULANTE:

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 (NEOCAÍNA) C\CASO 1200 .00 20ML		PENINSULINA G POTASSICA 5000.000UI	
BUPIVACAÍNA (NEOCAÍNA) S\VASO 0.5% 20ML		PROMETAZINA (FENERGAN) 50MG\2ML	
BUPIVACAÍNA (NEOCAÍNA) 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	
CETOPROFENO (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		DEFRIBILADOR	
CLORETO DE POTÁSSIO 19.1%		ENDOSCÓPIO	
CLORETO DE SÓDIO 20% 10ML		ESTRIBO	
COLAGENASE 30G BISNAGA		FONTE DE ENERGIA/FIBRA ÓTICA	
DESLANOSÍDEO 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 (TELEBRIX)		PROTÓXIDO DE AZOTO	
LIDOCAÍNA (S\VASO) 1% () 2% ()		VÁCUO	
LIDOCAÍNA 10% SPRAY 50ML			SOLUÇÕES PARENTERAIS DE GRANDE VOLUME
LIDOCAÍNA GELEIA (BISNAGA) 30G		ÁGUA DESTILADA 1000ML	
LIDOCAÍNA + EPINEFRINA (C\VASO) 20ML -		SOLUÇÃO SORBITOL + MANITOL 1000ML	
1% () 2% ()		SORO RINGER + LACTATO 500ML	
METOPROLOL 25MG COMP.		SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML	
METOPROLOL 50MG COMP.		SORO GLICOSADO 5% 500ML	
METRONIDAZOL 500MG\100ML		SORO GLICOFISIOLÓGICO 5% 500ML	
METOCLOPRAMIDA (PLASIL) 10MG\2ML			FIOS CIRÚRGICOS
NEOSTIGMINA 0.5MG\ML		ALO MONOFILAMENTO Nº 0 () 1 () 2 () 4 () 5	
ALGODÃO C\AG. Nº () 0 () 2 () 3 () 4 ()		EQUIPO MICROGOTAS-QNT () EQUIPO P\ TRANSFUÇÃO-QNT ()	
ALGODÃO S\AG. Nº () 0 () 2 () 3 () 4 ()		EQUIPO AMBAR - QNT ()	
CATGUT CROM. C\AG. Nº 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()		ESPONJA HEMOSTÁTICA SURGICEL	
		EXTENSOR (INFUSOR) 2 VIAS	
CATGT CROM. S\AG. Nº 0 () 1 () 2 () 3 () 4 ()		FRALDA DESCARTÁVEL ADULTO () INFANTIL ()	
		IRRIGAFIX 4 VIAS	



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

FICHA DE CONSUMO DE SALA

PACIENTE: _____

MATRÍCULA: _____

CONVÊNIO: _____

CIRURGIA REALIZADA: _____

DATA: _____

CIRURGIÃO: _____

1º AUXILIAR: _____

2º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESIOLOGISTA: _____

CIRURGANTE: _____

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 ESTÉRIL 7.0	
9 () 10 ()		LUVA ESTÉRIL 7.5	
POLIESTER (ETIBOND) Nº 0 () 5 ()		LUVA ESTÉRIL 8.0	
POLIPROPILENO (PROLENE) Nº 0 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ()		PLACA DE BISTURI ELÉTRICO	
7 ()		SCALP Nº 19 () 21 () 23 () 25 () 27 ()	
POLYCRYL Nº 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 8 ()		SERINGA DESCARTAVEL 1ML () 60ML ()	
		SERINGA DESCARTAVEL 3 ML () 5 ML ()	
VICRYL Nº 0 S/AG.		SERINGA DESCARTAVEL 10ML	
CATGUT. SIMPLES C/AG. Nº () 0 () 1 () 2 () 3 ()		SERINGA DESCARTAVEL 20 ML	
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/ OSSEO		SONDA CATETER P/ OXIGÊNIO Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 ()	
ELETRODO DESCARTAVEL P/ MARCAPASSO		16 ()	
FITA CARDÍACA 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 0 REF Y967H 3.5CM		SONDA ENDOTRAQUEAL ARAMADA C/ BALÃO Nº 3.0 () 3.5 ()	
MONOCRYL 3 REF Y305 1.5CM		4.0 () 4.5 () 5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 () 7.0 () 7.5 () 8.0 () 8.5 ()	
MONOCRYL 3.0 REF 8450-30			
MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR	QNT	SONDA ENDOTRAQUEAL C/ BALÃO Nº 3.0 () 3.5 () 4.0 () 4.5 ()	
ALGODÃO HIDROFILO		5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 () 7.0 () 7.5 () 8.0 () 8.5 () 9.0 () 9.5 ()	
A CATH Nº () 14 () 16 () 18 () 20 () 22 () 24 ()	01		
ABAIXADOR DE LINGUA (ESPATULA)		SONDA ENDOTRAQUEAL S/ BALÃO Nº 2.0 () 2.5 () 3.0 () 3.5 ()	
AGULHA DESCARTAVEL Nº () 35X0.45 () 30X0.70 ()	05	4.0 () 4.5 () 5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 ()	
30X0.80 () 40X0.12			
AGULHA PERIDURAL Nº () 16 () 18 () 19 () 20		SONDA ENDOTRAQUEAL S/ BALÃO Nº 2.0 () 2.5 () 3.0 ()	
AGULHA DE RAQUI Nº () 25 () 27		3.5 () 4.0 () 4.5 () 5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 ()	
ATADURA ALGODÃO ORTOPÉDICO 10CM ()			
15CM () 20CM ()	05	SONDA GÁSTRICA Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 () 16 () 18 ()	
ATADURA CREPOM 10CM	05	20 () 22 ()	
ATADURA CREPOM 15CM	05	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 ()		SONDA CATETER TIPO OCULOS	
9.0 ()		TORNEIRA PLÁSTICA 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 ()		ESPARADRAPO COMUM	
DRENO DE SUÇÃO Nº 3.2 () 4.8 () 6.4 ()		ESPARADRAPO ANTIALÉRGICO	
DRENO DE TORAX Nº 28 () 36 ()		ETER SULFÚRICO	
DRENO PENROSE Nº 1 () 2 () 3 () 4 ()		FORMOL 10%	
ELETRODO DESCARTAVEL	06	GORRO TURBANTE	
EQUIPO MACROGOTAS C/ INJETOR LATERAL	01	MÁSCARA DESCARTAVEL	
ESCOVA PVPI	04	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 / 08 / 2018

Especialidade: 01 - CIRURGICO Orgão Emissor: M280030801 CRC:
Doc autorizador: 190136126980000 Doc med resp: 206790614650009 Doc diretor clínico: 206790614650009 Doc médico solic: 980016282474154
CNES: 0002283 - FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA CNS: 70900589138801-2

Paciente: JOSE CARLOS SANTOS Prontuário: 1044662

Data Nasc.: 29 / 09 / 1982 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 Raza/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

Complementar: Causa Obito: Modalidade: HOSPITALAR

Carater atendimento: 02 - URGENCIA

Data internação: 02 / 08 / 2018 Data saída: 08 / 08 / 2018 Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIO1: AIH Anterior: - AIH Posterior: -

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNPJ do Empregador: - CNAER: -

Vínculo Previdência: - CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtde	Cmp	Descrição
1	0408020407	107995559862004	225151(6)	0002283	0002283	2	08/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
2	0408020407	980016285016998	225151(6)	3359948	3359948	2	08/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
3	0302050018	990016289296235	223605	0002283	0002283	4	08/2018	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM
4	0302040021	980016289296235	223605	0002283	0002283	4	08/2018	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE

VALORES DA PRÉVIA

VALORES DA PRÉVIA	Serviço Hospitalar		Serviço Profissional				TOTAL
	Direto		Direto		Rateado		
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	
03.02.04-ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA							18,68
03.02.05-ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS	25,40						25,40
04.08.02-MEMBROS SUPERIORES				56,58	132,04		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. R-TRANSITO

Número de Nascidos

Número de Saídas

Nº Pré-Natal:

Vivos: Mortos: Altas: Transf.: Óbitos:

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

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

Dr. Camilla Soares Tavares
Auditora Médica CRM-165

11/09/18



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

VTH JOSE CARLOS

DG-ART Synth

31.8 s

0.99 r

(I) FI

DG-PT

17.3 s

73.9 %

1.20 r

1.23 INR

(B) (I) (I) FI

Antônia Francilina Santos Aguiar
Biotécnica
CREM 2197

* Amostra identificada manualmente (-ID) (Q) Revisto sem nenhuma política de qualidade (I) Há incidências CN Cancelada FI Finalizada
(A) Produto beneficiado manualmente (C) Erro de CV (I) Resultado fora do intervalo de normalidade PE Pendente RV Revisado
(B) Curva de calibração editada manualmente (D) Duplicado (R) Técnica não validada PR Em curso EX Exportada
(P) Produto educado (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

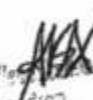
Data/hora da colheita:

Localização:

Médico:

Ensaio	Resultado	Unidades	Alertas	Intervalo	Data da conclusão Hora 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 12:30

Fim do registo da amostra

Antônia F. F. 
Enfermeira
C.O. 2797

Impresso em: 30.07.2018
12:33:03PM

ARCHITECT

Página: 1 de 1

HOSPITAL DE URGENCIA DE SERGIPE

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 Patient

DN

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

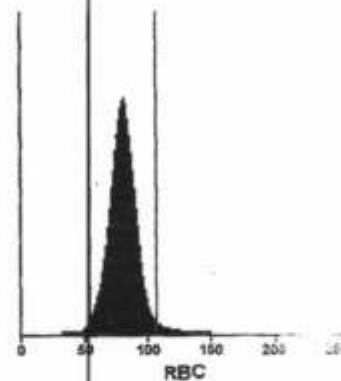
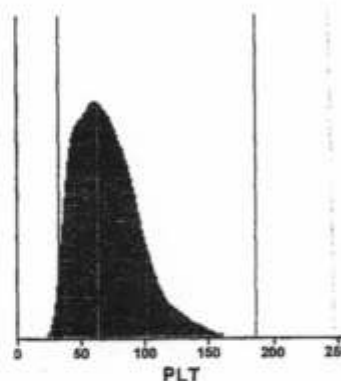
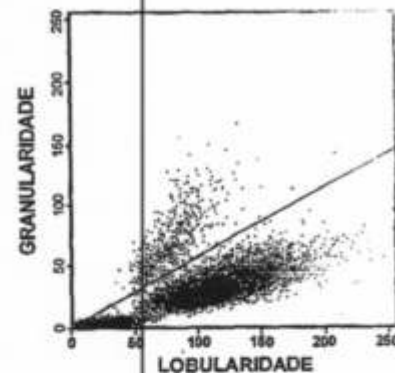
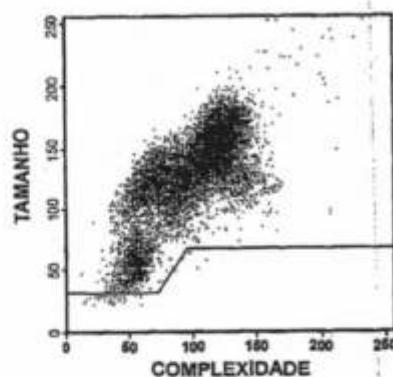
Modo Fechado Param 1

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 7.25 5.20 %
 BASO 2.21 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 6.82 fL



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

LIM. REF			
WBC	3.70-10.1	RBC	4.06-5.58
NEU	1.63-6.96	HGB	12.9-15.9
LYM	1.09-2.99	HCT	37.7-53.7
MONO	0.240-0.790	MCV	81.1-96.0
EOS	0.030-0.440	MCH	27.0-31.2
BASO	0.000-0.080	MCHC	31.8-35.4
		RDW	11.5-14.5

INTERPRETAÇÃO

LEUC — HEM — PLT

ANORMAL. DEF. POR USUÁRIO :

Leucocitose

Neutrofilia

Monocitose

Eosinofilia

Basofilia

Trombocitose
PLT Microcítica

Dr. Manoel...
 FARMACÊUTICA - BIOQUÍMICA

LAUDO ENVIADO
30/07/2018
Código de Faturamento HOSP-SPTSA

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1759140 DATA: 24/07/2018 HORA: 16:04 USUARIO: VDMSANTOS
CNS: 29005891388012 SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE CARLOS SANTOS DOC....:
IDADE.....: 55 ANOS NASC: 29/09/1962 SEXO...: MASCULINO
ENDEREÇO.....: PRACA ANTÔNIO BISPO NUMERO: 028
COMPLEMENTO....: BAIRRO: CENTRO
MUNICÍPIO.....: NOSSA SENHORA APARECIDA UF: SE CEP....: -
NOME PAI/MAE...: JOSE ALVES DOS SANTOS /ALZIRA DIAS DA COSTA
RESPONSÁVEL...: A ESPOSA-MIRALDA COM SAMU TEL....: 799 9950.
PROCEDÊNCIA...: 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 [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS: Paciente vítima de acidente motorista
to. Negro profundo de consciência e membros inferiores Negro das
tensas e no abdômen
ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

ABCD: O A B C D E: Faltam no exame de consciência
Edema/difusão de de v. no punho

DIAGNOSTICO: Abol. do punho, onde quer o punho CID:

Prescrição de tramadol em unidades de de origem HORARIO DA MEDICACAO

① Ketorolac 10/150mg - 12h de punho
Dutuna
A. ortopedico

Dr. Katarine Caetano
Cirurgia Geral
CRM 324736

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

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

Assinatura do paciente/responsável: Alvaro Edilene
Assinatura e Carimbo do Médico: Alperthil

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO

EVOLUÇÃO DIÁRIA

DIH:

8º

DATA:

07, 08 / 2018.

CORREDOR:

q

LEITO:

20

NOME:

João Carlos Sá

SS

A

VT 2

DIAGNÓSTICO(S):

FRATURA ANTO BILÓPE, EICOMP NO ANTEBRO E

Evolução do período passado:

q imm sc, 14x8, 3º

Hoje:

Vque Afim, q saunas, q hestividade, e xtnidoe
Apur e Acumate, q edem volume
De 27/07 usou 2 a. Hestons y longin H37,6 (16.07)

Solicitações:

Ece ou 103 de 30/7 Pr Transf? Usou 2 (H Novo 13 Apr 01/7

Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º. Dieta RICA EM FIBRA	SND
2º. SOL.FISIOLOGICA 0,9% 500 ML EV 8/12 HS	500 500 500
3º. KEFLIN 1G EV 6-6HS OU KEFAZOL 1G EV 8-8HS	14-16-22-02
4º. GENTAMICINA 240MG /200ML EV 1X AO DIA	NB
5º. Dipirona 2ml + 8 ml AD EV ou Paracetamol 30gts VO 6/6hs	14-18-24-06
6º. Nausebron 8mg EV 08/08hs SOS	SOS
7º. Omeprazol 40mg VO às 6hs OU ANTAK 150 VO 12-12HS	SOS
8º. Tramal 50mg + 100 ml SF 0,9% EV ou VO 8/8hs	14-02
9º. Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% EV 12/12hs	SOS
10º. Captopril 25mg Sub lingual se PAS > 180 mmHg ou PAD > 100 mmHg	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 filap no Antebro 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
20. LUFTAL 25 GOTAS VO 8-8HS	14-22-06
21. CLONAZEPAM GOTAS : 10 GTS VO A NOITE	20
22. RISCO CIRURGICO COM A CARDIOLOGIA	NB

* NA ADMISSÃO NA HÁ relato de exposição por Dr. Thiago Jorge Mota Gomes

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

Ina Hbr 4 o HC

Jose Carlos Santos

HÓRARIO:

LEITO:

REGISTRO:

UNIDADE:

35

D-03

1042662

Unidade 11

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso

2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional

3-LOCOMOÇÃO: ☒ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Doloroso

5-ORIENTAÇÃO: ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível

6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não

7-NUTRIÇÃO: ☒ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero

8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anorético

9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☒ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero

10-DIURESE: Ausente: _____ horas Presente: _____ vezes

11-ALTERAÇÕES NAS FEZES: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade

Alterações na urina:

07:00 Recebeu sonda no litto ventral com uso de gelo hidrolizado
07:30 Fez evacuação normal
08:00 Recebeu sonda no litto ventral com uso de gelo hidrolizado
09:00 Fez evacuação normal
09:30 Fez evacuação normal
10:00 Adm. Xarapinha de heroína
11:00 Adm. Xarapinha de heroína
12:00 Adm. Xarapinha de heroína
13:00 Fez evacuação normal

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso

2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional

3-LOCOMOÇÃO: ☒ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Doloroso

5-ORIENTAÇÃO: ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível

6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não

7-NUTRIÇÃO: ☒ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero

8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anorético

9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☒ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero

10-DIURESE: Ausente: _____ horas Presente: _____ vezes

Alterações nas fezes:

Alterações na urina:

13:00 Recebeu sonda no litto ventral com uso de gelo hidrolizado
14:00 Fez evacuação normal
15:00 Fez evacuação normal
16:00 Fez evacuação normal
17:00 Fez evacuação normal
18:00 Adm. Xarapinha de heroína
19:00 Fez evacuação normal

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME:

Paula Santa

IDADE:

55

LEITO:

003

UNIDADE:

04662 Cirurgia II

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 checked="" type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorético	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	Alterações nas fezes:	
10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	Alterações na urina:	

07:00 h - Paciente acordado, bem-estar, sem dor, sem náusea, sem vômito. Ingestão normal. Evacuação normal. Diurese normal. Alterações nas fezes: nenhuma. Alterações na urina: nenhuma.

08:00 h - Paciente acordado, bem-estar, sem dor, sem náusea, sem vômito. Ingestão normal. Evacuação normal. Diurese normal. Alterações nas fezes: nenhuma. Alterações na urina: nenhuma.

09:00 h - Paciente acordado, bem-estar, sem dor, sem náusea, sem vômito. Ingestão normal. Evacuação normal. Diurese normal. Alterações nas fezes: nenhuma. Alterações na urina: nenhuma.

10:00 h - Paciente acordado, bem-estar, sem dor, sem náusea, sem vômito. Ingestão normal. Evacuação normal. Diurese normal. Alterações nas fezes: nenhuma. Alterações na urina: nenhuma.

11:00 h - Paciente acordado, bem-estar, sem dor, sem náusea, sem vômito. Ingestão normal. Evacuação normal. Diurese normal. Alterações nas fezes: nenhuma. Alterações na urina: nenhuma.

12:00 h - Paciente acordado, bem-estar, sem dor, sem náusea, sem vômito. Ingestão normal. Evacuação normal. Diurese normal. Alterações nas fezes: nenhuma. Alterações na urina: nenhuma.

13:00 h - Paciente acordado, bem-estar, sem dor, sem náusea, sem vômito. Ingestão normal. Evacuação normal. Diurese normal. Alterações nas fezes: nenhuma. Alterações na urina: nenhuma.

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorético	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	Alterações nas fezes:	
10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	Alterações na urina:	

13:00 h - Paciente acordado, bem-estar, sem dor, sem náusea, sem vômito. Ingestão normal. Evacuação normal. Diurese normal. Alterações nas fezes: nenhuma. Alterações na urina: nenhuma.

14:00 h - Paciente acordado, bem-estar, sem dor, sem náusea, sem vômito. Ingestão normal. Evacuação normal. Diurese normal. Alterações nas fezes: nenhuma. Alterações na urina: nenhuma.

15:00 h - Paciente acordado, bem-estar, sem dor, sem náusea, sem vômito. Ingestão normal. Evacuação normal. Diurese normal. Alterações nas fezes: nenhuma. Alterações na urina: nenhuma.

16:00 h - Paciente acordado, bem-estar, sem dor, sem náusea, sem vômito. Ingestão normal. Evacuação normal. Diurese normal. Alterações nas fezes: nenhuma. Alterações na urina: nenhuma.

17:00 h - Paciente acordado, bem-estar, sem dor, sem náusea, sem vômito. Ingestão normal. Evacuação normal. Diurese normal. Alterações nas fezes: nenhuma. Alterações na urina: nenhuma.

18:00 h - Paciente acordado, bem-estar, sem dor, sem náusea, sem vômito. Ingestão normal. Evacuação normal. Diurese normal. Alterações nas fezes: nenhuma. Alterações na urina: nenhuma.

19:00 h - Paciente acordado, bem-estar, sem dor, sem náusea, sem vômito. Ingestão normal. Evacuação normal. Diurese normal. Alterações nas fezes: nenhuma. Alterações na urina: nenhuma.

20:00 h - Paciente acordado, bem-estar, sem dor, sem náusea, sem vômito. Ingestão normal. Evacuação normal. Diurese normal. Alterações nas fezes: nenhuma. Alterações na urina: nenhuma.

21:00 h - Paciente acordado, bem-estar, sem dor, sem náusea, sem vômito. Ingestão normal. Evacuação normal. Diurese normal. Alterações nas fezes: nenhuma. Alterações na urina: nenhuma.

22:00 h - Paciente acordado, bem-estar, sem dor, sem náusea, sem vômito. Ingestão normal. Evacuação normal. Diurese normal. Alterações nas fezes: nenhuma. Alterações na urina: nenhuma.

23:00 h - Paciente acordado, bem-estar, sem dor, sem náusea, sem vômito. Ingestão normal. Evacuação normal. Diurese normal. Alterações nas fezes: nenhuma. Alterações na urina: nenhuma.

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input 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"/> Anoréxico	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	Alterações nas fezes: _____ vezes	
10-DIURSE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina: _____

11:00hs Paciente retornou do Centro cirúrgico foi realizado a cirurgia e recebeu o RX.

18:00hs Paciente recebeu transição e Cefalotina e Gentamicina a dieta foi iniciada

NOME: 7010 CARLW 14-00

DATA: 02/03/13 DATA-INTERNO: 1/1

MATRÍCULA

DATA DA FRATURA: 1/1

IDADE: SEXO: F () M ()

DATA DA CIRURGIA: 1/1

(Dr.)

UNIDADE: D03

ASSINATURA: [Signature]

	1º TURNO		2º TURNO		3º TURNO	
	07:00 AS 13:00	ASSINATURA	13:00 AS 19:00	ASSINATURA	15:00 AS 07:00	ASSINATURA
1. DIETA	UO CUM					
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 5.000UI SC 12/12H.						
8. RANITIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H. OU OMEPRAZOL 20MG VO 6:00HS						
9. BROMOPRIDA 02ML+18ML AD EV 8/8H						
10. Sonda Vesical de Alívio						
11. GLUCEMIA CAPILAR DE 6/6H.						
INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA:						
200-250 2UI 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						
14. MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H.						
15. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA.						
16. CCGG+SSVV 6/6H.						
16. CURATIVO DIÁRIO						
17.						
18.						
19. Afirmação [Signature]						
20.						
21.						
22.						

HORÁRIO	PA (mmHg)	GLUCEMIA (mg/dl)	T(eC)	PULSO
06	140x50	—	36.5	79
12	120x40	—	36.1	83
18	125x40	—	36.2	80
24				

Dr. Gilson Teixeira
Ortopedia/Traumatologia
CRM-SE 4003

[Signature]

Assinatura: _____
Téc de E. Imagem
CORREIA 1201506

06				
----	--	--	--	--

[illegible]

[illegible][illegible]

Assinatura e identificação

Glicemia	166
Escala de Dor	8/10
	7.5

[illegible]



NOME: 7^{ma} CARLOS (A-11) MATRÍCULA: 12345 IDADE: 45 SEXO: F () M () LEITO: 12 UNIDADE: 03/02
DATA: 08/08/12 DATA INFERMENTO: 12/08/12 DATA DA FRATURA: 12/08/12 DATA DA CIRURGIA: 12/08/12 (Dr. 12345)

	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>U-6-1</u>	<u>SND</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>
2. GELCO HIDROLISADO.	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H.	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>
4. DAPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H.	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINA 5.000UI SC 12/12H.	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>
8. RANITIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H. OU OMEPRAZOL 20MG VO 6:00HS	<u>SOS</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>
9. BROMOPRIDA 02ML+18ML AD EV 8/8H	<u>SOS</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>
10. Sonda VESICAL DE ALÍVIO	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>
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>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>
12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70 MG/DL	<u>SOS</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180mmHg OU PAD > 110mmHg	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>
14. MUDANÇA DE DECÚBITO 4/H.	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>
15. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>
16. CCGG+SSV 6/6H.	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>
16. CURATIVO DIÁRIO	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>
17.	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>
18.	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>
19.	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>
20.	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>
21.	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>
22.	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>

Dr. Gilson Tebeteira
Ortopedia/Traumatologia
CRM-SE 4003

HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	T (°C)	PULSO
06	<u>140/90</u>	<u>80</u>	<u>36,3</u>	<u>80</u>
12				
18				
24				

[Signature]
FUND. DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



HOSPITAL DE CLÍNICAS
"DR. AUGUSTO LEITE"

Data: 07/08/18 Convênio: S/S Matrícula: 1044662
Paciente: José Carlos Santos Idade: 55 anos
Internado em: 1/1 Unidade: 123

PRESCRIÇÃO MÉDICA		Distribuição de horário			Requisição de Enfermagem		
		1º Turno	2º Turno	3º Turno	Quant.	Discriminação	
Item	Dieta Branda Livre	07 às 13h	Ass.	13 às 19h	Ass.	19 às 07h	Ass.
1	SF 0,9% ----- 1000 ml					21	
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: IV, 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						
8	Clexane 40mg ----- amp						
	Uso: SC/dia						
9	Ranitidina ----- amp						
	Uso: IV, 12/12 h						
10	Plasil ----- amp + 18 AD						
	Uso: EV, 8/8 h, SOS						
11	Cetoprofeno 100 mg ----- amp						
	Uso: IV, 12/12h, diluído p/ 250 ml, SF 30 gts/min, SOS						
12	Rx de controle						
	Cuidados Gerais						
	Dr. Roberto Lima						
	Ortopedia e Traumatologia						
	CRM: 1173						

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

Andreza de Melo Alatos
Téc. de Enfermagem
CORFEN-SP 1201508

MR. GABRIEL L. LIMA
Téc. de Enfermagem
CORFEN-SP 752058

24/08

16

24

20

06

23

Ton Nino Santana Mendes
Enfermeiro
CORFEN-SP 191182 - ENF

HOSPITAL CIRURGIA		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM					
Paciente: Jose Carlos Santos		IDADE:	LEITO:	REGISTRO:	UNIDADE:		
R.S.		B-03	1044662			Bate-pé e II	
1-BIOTIPO:	<input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA:	<input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO:	<input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado		
4-CONSCIÊNCIA:	<input type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO:	<input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESAÃO 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"/> Anorético				
9-EVACUAÇÃO:	<input type="checkbox"/> Sólido <input checked="" type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	Alterações nas fezes:					
10-DIURESE:	Ausente: _____ horas <input checked="" type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade		Alterações na urina:			
11:00	Paciente encontra-se no leito em decúbito dorsal sem uso de gelo hidratiçado						
17:30	Paciente desajeitado						
18:00	Encaminhado ao banho de aspersão						
19:00	Realizado curativo no membro do braço apresentando grande quantidade de secreção com coloração amarelada						
20:00	Adm. Propofol de horário						
22:00	Adm. Kefton e dipirona de horário, acetato almoeço oferecido						

Assinatura e Identificação
Enfermeiro(a)

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso		2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional		3-LOCOMOÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilidade	
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso		5-ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inapercível		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"/> Anorético			
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input checked="" type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero		Alterações nas fezes:			
10-DIURSE: Ausente: _____ horas <input checked="" type="checkbox"/> Presente: _____ vezes		<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade		Alterações na urina:	
13:00 Paciente ao leito sem repouso _____ n _____ n _____ n					
14:00 Dormindo no momento _____ n _____ n _____ n					
15:30 Fez fezes, lanche oferecido _____ n _____ n _____ n					
18:00 Adm. Keflin e dipirona de horário, acetou fezes _____ n _____ n _____ n					
Segue mantendo fezes _____ n _____ n _____ n					

Paciente: João Carlos Santos REGISTRO: 1044662 UNIDADE: ortopediá
LEITO: 23 IDADE: 43

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

07:00 Paciente em leito acordado calmo bem humorado, arcos pupílicos bidolados.
08:00 Paciente segue de dieta zero aguardando o chamado do Centro Cirúrgico.
09:00 Paciente em leito acordado, arcos pupílicos bidolados.
10:00 Paciente segue de dieta zero aguardando o chamado do Centro Cirúrgico.
12:00 Paciente em leito acordado, arcos pupílicos bidolados.
13:00 Paciente segue de dieta zero aguardando o chamado do Centro Cirúrgico.
14:00 Paciente em leito acordado, arcos pupílicos bidolados.
15:00 Paciente em leito acordado, arcos pupílicos bidolados.
16:00 Paciente em leito acordado, arcos pupílicos bidolados.
17:00 Paciente em leito acordado, arcos pupílicos bidolados.
18:00 Paciente em leito acordado, arcos pupílicos bidolados.
19:00 Paciente em leito acordado, arcos pupílicos bidolados.

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

13:00 Paciente em leito acordado, arcos pupílicos bidolados.
14:00 Paciente em leito acordado, arcos pupílicos bidolados.
15:30 Paciente em leito acordado, arcos pupílicos bidolados.
16:00 Paciente em leito acordado, arcos pupílicos bidolados.
17:00 Paciente em leito acordado, arcos pupílicos bidolados.
18:00 Paciente em leito acordado, arcos pupílicos bidolados.
19:00 Paciente em leito acordado, arcos pupílicos bidolados.

Assinatura Identificação: Data: Hora:



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

João Carlos Santos

IDADE: 55 LEITO: 23 REGISTRO: 2044662 UNIDADE: Enfermaria #

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

11:45 Paciente admitido neste setor procedente do HUSP de Caduquê de modo acompanhado de enfermeira e enfermeiro. Paciente recebeu atendimento conforme a prescrição médica. 12:00 Paciente recebeu analgésico e paracetamol conforme a prescrição médica e foi encaminhado para o quarto. 13:00 Paciente recebeu atendimento conforme a prescrição médica.

Assinatura e identificação

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

13:00h Paciente encontra-se no leito, calma, em uso de 1.
14:00h Paciente 65h.
15:00h Paciente recebeu atendimento conforme a prescrição médica. 16:00h Paciente recebeu atendimento conforme a prescrição médica. 17:00h Paciente recebeu atendimento conforme a prescrição médica. 18:00h Paciente recebeu atendimento conforme a prescrição médica. 19:00h Paciente recebeu atendimento conforme a prescrição médica. 20:00h Paciente recebeu atendimento conforme a prescrição médica.

Assinatura e identificação

[illegible]

Assinatura e identificação
Ariane de Jesus Lima

HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
Temperatura	35,3				36	36	36,1 x 119	60 x 60				
Pressão Arterial	117 x 70				140 x 90							
F. Cardíaca	78				96	91		60				
F. Respiratória	17				18							

[illegible]

CONCH / DE-277942

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

UNIDADE:

PACIENTE:

José Carlos Santos

IDADE:

55a

MATRÍCULA:

1044652

APTO:

QUARTO:

ENFERM:

LEITO:

CONVENIO:

SUS

DATA II
FICHA:

01/08/18

EVOLUÇÃO

Paciente portador de fratura dos rádios - bilateral
Submetido a redução cirúrgica com fixação das fraturas -
fios de Kirschner.

Dr. Roberto Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1173

02/08/18

02/08/18

02/08/18

02/08/18

03/08/18

A 177

Dr. Gilson Teixeira
Ortopedia/Trauma
CRM-SE 4003

Dr. Gilson Teixeira
Ortopedia/Traumatologia
CRM-SE 4003

HOSPITAL DE CLINICAS "DR. AUGUSTO LEITE"

EVOLUÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

PACIENTE: <u>Jose Carlos Sader</u>		MATRÍCULA:	
IDADE:	SERVIÇO:	APTO:	QUARTO:
		ENFERMIA:	LEITO:
		CONVENIO:	

DATA II	MOBIL	EVOLUÇÃO
02/08/15		<p>1.177 Francisco Sader de S. C. C.</p> <p>1.177 Sader // Cirurgião</p>
03/09/11		<p>1.177 F. Sader de S. C. C.</p> <p>1.177 Sader de S. C. C.</p> <p>Dr. Paulo Ortopedia CRM-SE 12315</p>
03/09/11		<p>1.177 F. Sader de S. C. C.</p> <p>1.177 Sader de S. C. C.</p> <p>Dr. Gilson Teixeira Ortopedia/Traumatologia CRM-SE 4003</p>
04/09/11		<p>1.177 F. Sader de S. C. C.</p> <p>1.177 Sader de S. C. C.</p> <p>Dr. Gilson Teixeira Ortopedia/Traumatologia CRM-SE 4003</p>
05/09/11		<p>1.177 F. Sader de S. C. C.</p> <p>1.177 Sader de S. C. C.</p> <p>Dr. Gilson Teixeira Ortopedia/Traumatologia CRM-SE 4003</p>
06/09/11		<p>1.177 F. Sader de S. C. C.</p> <p>1.177 Sader de S. C. C.</p> <p>Dr. Gilson Teixeira Ortopedia/Traumatologia CRM-SE 4003</p>

LAUDO MÉDICO SUPLEMENTAR

Nº DO LAUDO DE AIH	SEQUÊNCIA	Nº DO LAUDO DE ALTO CUSTO :	Nº DO CARTÃO SUS : 7090058911388012	Nº DO PRONTUÁRIO 1044662
UNIDADE SOLICITANTE FUNDAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL DE CIRURGIA			CÓDIGO DA UNIDADE 0002283	CGC 13.016.332.0001-06
NOME DO(A) PACIENTE Jose Carlos Santos				DATA DO NASCIMENTO 29/09/1962
NOME DA MÃE Alzira Elias da Costa				SEXO: Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>
ENDEREÇO COMPLETO Rua Antonio Bispo, Centro Novo Leão, APARECIDA				MUNICÍPIO EM QUE RESIDE
DATA DE INTERNAÇÃO 02/08/19	HORA DE INTERNAÇÃO 11 Hs 22 Min.	CARÁTER <input checked="" type="checkbox"/> URG <input type="checkbox"/> ELETIVA	TIPO 3	NÚMERO DO LEITO 3
		ENFERM. 1	CPF MÉDICO SOLICITANTE	

TIPO DE SOLICITAÇÃO

<input type="checkbox"/> 1 - PERMANÊNCIA A MAIOR	<input type="checkbox"/> 4 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	<input type="checkbox"/> 7 - DIÁLISE
<input type="checkbox"/> 2 - MEDICAMENTOS ESPECIAIS	<input type="checkbox"/> 5 - HEMODINÂMICA	<input type="checkbox"/> 8 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
<input type="checkbox"/> 3 - NUTRIÇÃO PARENTERAL	<input type="checkbox"/> 6 - DIÁRIA DE RECÉM NASCIDO	
<input type="checkbox"/> 9 - HEMODERIVADOS	<input type="checkbox"/> 12 - UTI II	
<input type="checkbox"/> 10 - USO DE ÓRTESE/PRÓTESE	<input type="checkbox"/> 13 - UTI III	
<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	
<input type="checkbox"/> 17 - MUDANÇA DE PROCEDIMENTO		
<input type="checkbox"/> 21 - NOVA AIH	<input type="checkbox"/> 23 - CUIDADOS PROLONGADOS	<input type="checkbox"/> 25 - REABILITAÇÃO
<input type="checkbox"/> 22 - PSIQUIATRIA	<input type="checkbox"/> 24 - ACOMPANHANTE PÓS-TRANSPLANTE	

PROCEDIMENTO 1 QTDE

PROCEDIMENTO 2 QTDE

PROCEDIMENTO 3 QTDE

PROCEDIMENTO 4 QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

☐ 18 - MUDANÇA DE AIH 1 PARA AIH 5

☐ 19 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5

☐ 20 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5 - PÓS TRANSPLANTE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

MÉDICO SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO)
Dr. Roberto Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3173

DIRETOR CLÍNICO DA UNIDADE (ASSINATURA E CARIMBO)

DATA DA SOLICITAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

DADOS DA HISTÓRIA CLÍNICA E DO EXAME FÍSICO

03 Fios de Kirschner

EXAMES COMPLEMENTARES

TRATAMENTO

PROCEDIMENTO AUTORIZADO

DESCRIÇÃO DO NOVO PROCEDIMENTO

AUTORIZADO

☐ SIM ☐ NÃO

MOTIVO DA REJEIÇÃO

MÉDICO SUPERVISOR
(ASSINATURA / CARIMBO)

MÉDICO AUTORIZADOR
(ASSINATURA / CARIMBO)

CPF / MÉDICO AUTORIZADOR

MÉDICO COORDENADOR DA AUDITORIA
(ASSINATURA / CARIMBO)



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

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: João Carlos Santos Matrícula: 1044662
Enfermaria: _____ Convênio: SOS
Diagnóstico: fratura do rádio
Procedimento realizado: redução cirúrgica c/ fixação das placas
Data da utilização: 07 / 08 / 18

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome: Dr Roberto Lima
CRM: 1173

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

Nome: F.B.H.C. CNPJ: _____
Carimbo e assinatura: _____

CONTROLE DA FARMÁCIA

Data do recebimento: _____ / _____ / _____
Farmacêutico: _____

1ª via - Prontuário

2ª via - Fornecedor

3ª via - Farmácia

DATA: 07 / 08 / 2018

PACIENTE: José Carlos Santos

MATRICULA:

CONVÊNIO: SUS

IDADE: 55

SEXO: M

COR:

ENF:

QUARTO:

LEITO:

APTO:

CIRURGIÃO: Dr. Roberto Lima

ANESTESISTA: Dra. Bianca Leal

1º ALXILAR:

2º AUXILIAR:

DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fraturas de rádio distal bilateral

DIAGNOSTICO PÓS-OPERATÓRIO: os mesmos

CIRURGIA PROPOSTA: Tto. cirúrgico de fraturas

CIRURGIA REALIZADA: os mesmos

CÓDIGO CIRURGICO

PRÉ-MEDICAÇÃO:

HORA:

RESULTADO:

1-2-3-4-5-6

INÍCIO DA ANESTESIA

13:55

INÍCIO DA OPERAÇÃO

14:18

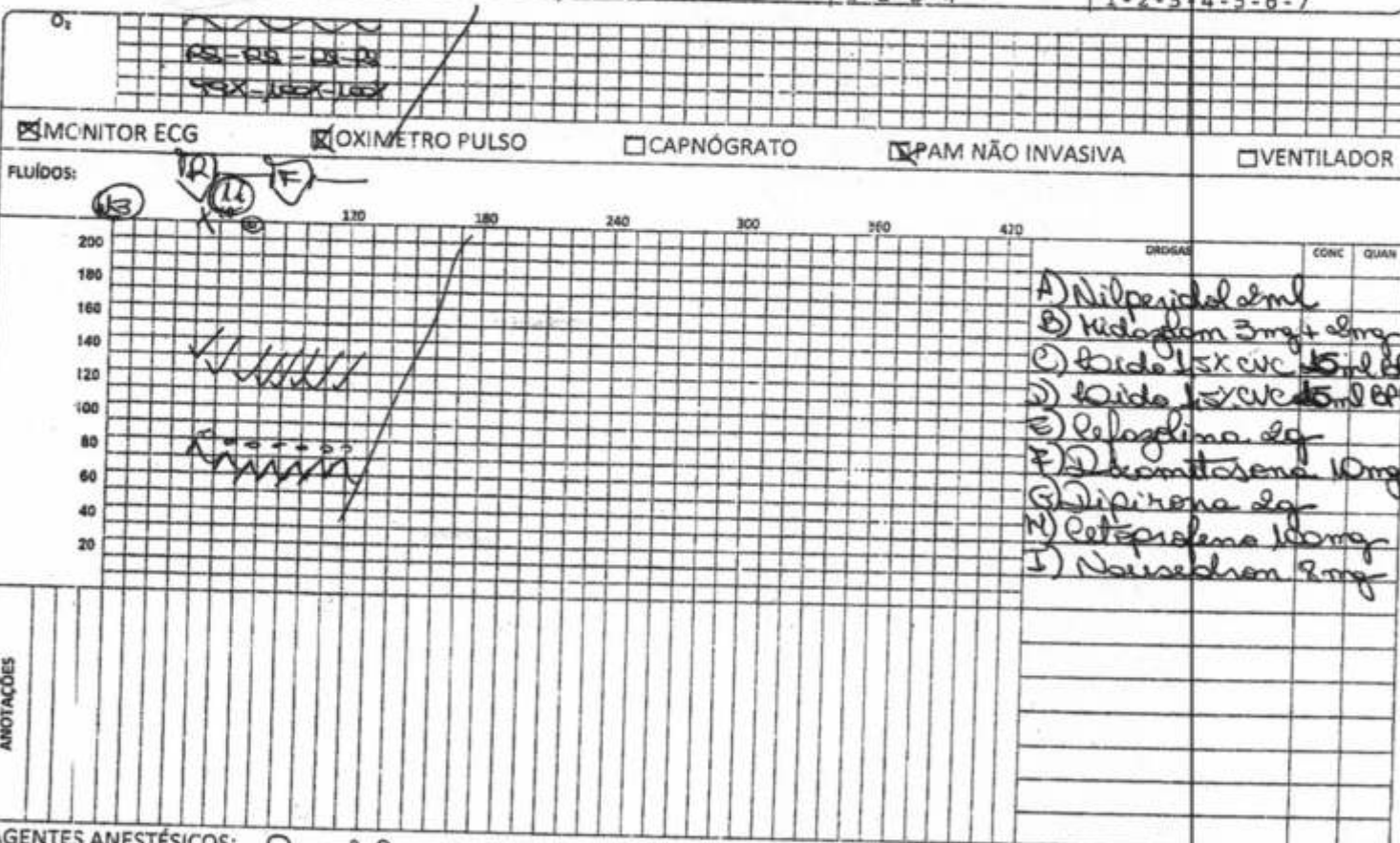
ALT DA ANESTESIA

RISCO OPERATÓRIO

1-2-3-4

ESTADO FÍSICO

1-2-3-4-5-6-7



AGENTES ANESTÉSICOS:

Propofol ACA + Lido 2% CVC + Lido 1% CVC

TÉCNICA: ASA + Monitorização + VNC MSE prévia + Cateter 18g + Sedação + Antiespasmódico + Bloq. Plexo Braquial via axilar bilateral.

INDUÇÃO:

POSICÃO: DDH

LOCAL PUNÇÃO: axilar

LÍQUIDO RETIRADO:

TÉCNICA: Bloq. P. Braquial + Sedação

POSICÃO APÓS: DDH

POSICÃO OPERATÓRIA: DDH

RESULTADO: B.R.M.

DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: 40 min

DURAÇÃO DA ANESTESIA: 1h

CONSCIÊNCIA: sonolento

PÓS-OPERATÓRIO: ☐ UTI ☒ SRPA

DESTINO DA SRPA: ☒ LEITO ☐ ALTA HOSPITALAR

CONDIÇÕES: satisfatórias

OBSERVAÇÕES:

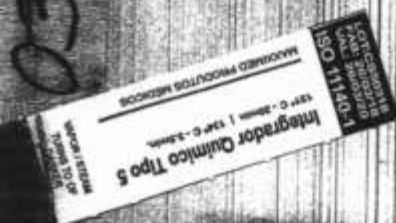
ASSINATURA DO ANESTESISTA: Bianca Souza Leal



NOME: José Carlos Santos
 NUMERO DE INTERNAMENTO: 1044662
 PROCEDIMENTO CIRURGICO: Red. areolar e fixação percutânea
 CIRURGIÃO: Roberto Lima
 ENFERMEIRO: Semente
 CIRCULANTE DE SALA: Cristiane
 ANESTESIOLOGISTA: Biera Real
 INSTRUMENTADOR: Anderson; Kleber
 DATA: 07/08/18
 SALA CIRÚRGICA: 07

LOTES		LOTES	

Obs.: permanecer junto ao prontuario





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 %

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 %

LEUCOGRAMA

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

10.700 mm³...../mm³

63.8%

6826.6

04.8%

513.6

00.7%

74.8

18.9%

2022.2

11.8%

1262.6

481.000 /mm³

Referência

Homem	Mulher
4.0 - 5.5	4.0 - 5.0
13.0 - 17.0	12.0 - 16.0
40 - 50	35 - 47
82 - 95	
26 - 34	
30 - 35	
10 - 15	
5.000 a 10.000/mm ³	
40 a 70	1.600 a 7.300
01 a 04	50 a 400
00 a 02	00 a 200
20 a 50	1000 a 5000
03 a 10	150 a 1000
150.000 a 400.000/mm ³	

Mônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo
 Biomedica
 CRBM 1986

Fernanda S. Almida
 Biomédica
 CRBM 2860

Alinne Karla Costa Lial
 Biomedica
 CRBM 3697

Camilla Figueiredo Chianca
 Biomédica
 CRBM 4928

Anne Regina P.C. Carvalho
 Biomedica
 CRBM 0776

Jaqueline Licia dos Santos
 Biomédica
 CRBM 2875

Nº: 1001
Idade: 25
Nº: 1001
Idade: 25

Nome: José Carlos Alves
Matrícula: 10446662
Leito: 13

Admissão: 05/08/18
Data: 05/08/18

FICHA DE EVOLUÇÃO
FISIOTERAPIA

CIRURGIA

M () T () N ()	DATA: 05/08/18	FC:	FR:	PA:	T:
AP:	VA:	RASS:	IMS:	MRC:	NC:
VA:	Sedação:	DVA:			
Ventilação	Modo:	PC:	TI:	VC:	SpO ₂ :
Mecânica:	FIO ₂ :	PEEP:	I:EI:	FR:	Fluxo:
Monit. Vent:	Cest:	IRR:			Sens:
PROTÓCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOCE:	NÍVEL 1 / () NÍVEL 2 / () NÍVEL 3 / () NÍVEL 4				
Reavaliação:					

Realizado por: José Carlos Alves, de Oliveira, M.T.A.

Realizado por: José Carlos Alves, de Oliveira, M.T.A.

CONDUTA: FISIOTERAPIA MOTORA FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA						
DESEMPENHO: () S / () D / () P - Horas: () 2 / () 4 / () 6 - FALHOU PRQ?:						
() THB	() ENIM	() MRA	() TRE	VNI (tipo):	Tempo:	
() TEP	() Ex. Resp	() Transporte	() TMR	() Monit	() Intub	Outras:
() RPPi	() Posic	() Cuff	() MAN	() RCP	() Extub	
Motora: () Passiva	() Ativo-assistida	() Ativo	() Resistido			
() SL	() S c / MMII pend	() SP	() ORT	() S / L	() ME	() DEA
Secreção: () P () M () G () F () E	() MU () S () MS	() MP	() Am	() Esc	() Ros	
OBS: Dr. André de Oliveira Santos FISIOTERAPEUTA CREFITO 140203-F						

EXAMES REALIZADOS		EXAMES REALIZADOS	
EXAME	HORA	EXAME	HORA
GASO:	pH:	GASO:	pH:
GASO:	pH:	GASO:	pH:
RAIO X:		RAIO X:	
DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:		DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:	

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA		CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA	
DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:		DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:	
CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA		CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA	
Fisioterapeuta/CREFITO		Fisioterapeuta/CREFITO	



NOME: João Carlos MATRÍCULA: 12-001 IDADE: 53 SEXO: F () M () LEITO: 03 UNIDADE: D3

DATA: 03/03/13 DATA INTERNAMENTO: 13 DATA DA FRATURA: 13 DATA DA CIRURGIA: 13 (dr.)

	1º TURNO		2º TURNO		3º TURNO	
	07:00 AS 13:00	ASSINATURA	13:00 AS 19:00	ASSINATURA	19:00 AS 07:00	ASSINATURA
1. DIETA						
2. GELCO HIDROLISADO.						
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H.						
4. DIIPIRONA, 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 5.000UI SC 12/12H.						
8. RANITIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H. OU OMEPRAZOL 20MG VQ 6:00HS						
9. BROMOPRIDA 02ML+18ML AD EV 8/8H						
10. Sonda vesical de alívio						
11. GLUCEMIA CAPILAR DE 6/6H.						
INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA:						
200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI 400 > 10UI.						
12. GLUCOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLUCOSE < 70 MG/DL						
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180mmHg OU PAD > 110mmHg						
14. MUDANÇA DE DECÚBITO 4/H.						
15. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA.						
16. CCGG+SSVV 6/6H.						
16. CURATIVO DIÁRIO						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						

Dr. Gilson Ferreira
Ortopedia/Traumatologia
CRM-SE 4003

HORÁRIO	PA (mmHg)	GLUCEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO
06	160x101	110	35.5	60
12	117x70	110	35.3	17
18	140x50	131	36	26
24	101x51	124	36	26

Margalide da Silva
COFENISE

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



UNIDADE: 03/12

NOME: 2010-1120-140-00 DATA INTERNAMENTO: 04/08/13 DATA DA FRATURA: / / DATA DA CIRURGIA: / / IDADE: SEXO: F () M () LEITO: (Dr.)
MATRÍCULA

	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						
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 5.000UI SC 12/12H.						
8. RANITIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H. OU OMEPRAZOL 20MG VO 6:00HS						
9. BROMOPRIDIA 02ML+18ML AD EV 8/8H						
10. Sonda vesical de alívio						
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.						
12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70 MG/DL						
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180mmHg OU PAD > 110mmHg						
14. MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H.						
15. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA						
16. CCGG+SSVV 6/6H.						
16. CURATIVO DIÁRIO						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						

Dr. Gilson Teixeira
Ortopedia Traumatologia
CRM-SE 4003

HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO
06	150x110		36,8	75
12	140x90		36,8	80
18			36,8	82

Lucimara S. S. Nêto
Enfermeira
CRM-SE 206464

Tony Nino Santana Moraes
Enfermeiro
CRM-SE 191182 - ENF



NOME: Paulo Silva MATRÍCULA: 12-53 IDADE: SEXO: F () M () LEITO: 03/12
DATA: 03/08/15 DATA INTERNAMENTO: 1/1 DATA DA FRATURA: 1/1 DATA DA CIRURGIA: 1/1 (Dr.)

	1º TURNO		2º TURNO		3º TURNO	
	07:00 AS 13:00	ASSINATURA	13:00 AS 19:00	ASSINATURA	19:00 AS 07:00	ASSINATURA
1. DIETA	SNVD					
2. GELCO HIDROLISADO.	Branco					
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H.	12g	Kaline	18g	Kaline	24g	Kaline
4. DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.	12g	Kaline	18g	Kaline	24g	Kaline
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.	12g	Kaline			22g	
6. TRAMAL 100MG + 100ML 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 VO 6:00HS						
9. BROMOPRIDA 02ML+18ML AD EV 8/8H	SOS					
10. Sonda Vesical de Alívio	SOS					
11. GLUCEMIA CAPILAR DE 6/6H. INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI 400 > 10UI.						
12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70 MG/DL	SOS					
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180mmHg OU PAD > 110mmHg	SOS					
14. MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H.						
15. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA.						
16. CCGG+SSVV 6/6H.						
16. CURATIVO DIÁRIO						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						

Andressa da Silva Matos
Téc. de Enfermagem
COREN-SE 201508

Dr. Gilson Teixeira
Ortopedia/Traumatologia
CRM-SE 41003

HORÁRIO	PA (mmHg)	GLUCEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO
06	160x100			79
12	150x90	140	36	75
18	140x90		35,9	80
24				

Karen Trunam Santos
Enfermeira
COREN-SE 480816



GOVERNO DE SERGIPE

SISTEMA INTERFEDRATIVO DE GARANTIA DE ACESSO UNIVERSAL - SIGAU

COMPLEXO REGULATÓRIO DE SAÚDE DO ESTADO

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS

DOCUMENTO ÚNICO PARA SOLICITAÇÃO DE VAGAS EM ENFERMARIA-DUSV E

NOME DO PACIENTE: JOSE CARLOS SANTOS

NOME DA MÃE: ALZIRA DIAS DA COSTA

ENDEREÇO: PRAÇA ANTONIO BISPO Nº28

CNS: 709005891388012 PLANO DE SAÚDE: NÃO

NATURALIDADE: NOSSA SENHORA
APARECIDA -SE

TELEFONE PARA CONTATO: 79 - 999500620

DATA DE ADMISS

DATA DE NASCIM

IDADE:

ESTADO:

NOSSA
SENHORA DE
APARECIDA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

REGIÃO DE SAÚDE:

24/07/11

29/09/62

55

SERGIPE

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 MOTOCICLISTICO

ANTECEDENTES PESSOAIS E COMORBIDADES:

NÃO

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

RX + LABORATORIO + ECG

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

FRATURA BILATERAL DE RADIO

RESUMO DA TERAPÊUTICA INSTITUÍDA E RESULTADOS

ANALGESIA + PROFILAXIA DE TVP

PARAMÉTROS CLÍNICOS E LABORATORIAIS

PRESSÃO ARTERIAL	SATURACÃO DE O2	FREQUÊNCIA CARDÍACA	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	GLICEMIA	URÉIA	CREATININA
130x80	99%	75	16	94	36	0.79

HEMOGLOBINA	LEUCÓCITOS	POTÁSSIO	USO DE O2: 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 CARDÍACA: SIM/NÃO	ALIMENTAÇÃO: ORAL () SNE () NPT () GTT ()	ISOLAMENTO: SIM () RESP () CONTATO () NÃO ()	INSUF. RENAL: SIM/NÃO	ANTIBIÓTICOS: DIAS DE USO (Dx)	ESCALA DE COMA DE GLASGOW: AO/MRV/MRM
NAO	NAO	ORAL	NÃO	NÃO		15
NUTRIÇÃO						
DEAMBULA	CADEIRANTE	ACAMADO	OUTROS			
NÃO	NÃO	SIM				
HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)						
FRATURA BILATERAL DE RADIO						
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO						
FALTA DE VAGA						
É VEDADO AO MÉDICO						
Art. 35. Exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.			Art. 41. Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.			
Médico Solicitante					NIR	
Data:	Assinatura:				Data:	Hora:
	Carimbo:				Responsável:	
Médico do NIR					CRL (RECEBIMENTO)	
Data:	Assinatura:				Data:	Hora:
	Carimbo:				Responsável:	
Comentários Médico CRL					CRL (Autorização)	
					Data:	Hora:
					MIR:	
					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: Jose Carlos Santos
 LEITO: _____ MATRÍCULA: _____
 HAS () DM () NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA (X)

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

DATA FRATURA: 31/07/2018

DATA INTERNAMENTO: 09/08/20

EXAMES LABORATORIAIS: SIM (X) NÃO ()

COLHIDOS: SIM () NÃO (X)

IMPRESSOS: SIM (X) NÃO ()

RX: (X) PELÍCULAS DE BOA QUALIDADE ()

SEM QUALIDADE ()

ECG: SIM (X) NÃO ()

ECO: SIM () NÃO ()

PEDIDO: SIM () NÃO ()

REALIZADO: SIM () NÃO (X)

REALIZADO: SIM () NÃO ()

TOMOGRAFIA: SIM () NÃO ()

PEDIDA: SIM () NÃO ()

REALIZADO: SIM () NÃO ()

FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

CHECKLIST ORTOPÉDICO DA ENFERMARIA

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

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

EXAMES LABORATORIAIS: OK () ALTERADO ()

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

ECO: SIM () NÃO () FEITO; NÃO SE APLICA ()

RISCO CIRÚRGICO: SIM () NÃO () SOLICITADO; SIM () NÃO () FEITO

TOMOGRAFIA: SIM () NÃO () FEITO; () NÃO SE APLICA

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

DATA DA CIRURGIA ____/____/____ ORTOPEDISTA: _____

FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

CHECKLIST ORTOPÉDICO DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME: _____ IDADE: _____ SEXO: M () F ()
 LEITO: _____ MATRÍCULA: _____ HAS () DM () NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA ()
 DATA FRATURA (/ /) DATA INTERNAMENTO (/ /) CONVÊNIO: SUS () IPES () PLANO ()
 EXAMES LABORATORIAIS: () ; SOLICITADO NOVOS EXAMES LABORATORIAIS ()
 RX: () PELÍCULAS; SOLICITADO NOVO RX () ; ECG: OK () ; ECO: OK ()
 TOMOGRAFIA: OK () ; NÃO SE APLICA () ; RISCO CIRÚRGICO: OK () ; NÃO SE APLICA ()
 PRESCRIÇÃO: OK () ; EVOLUÇÃO: OK () ; ATO CIRÚRGICO: OK ()
 OPME: OK () ; NÃO SE APLICA ()
 CIRURGIA: SIM () REALIZADA POR DR. _____ ; NÃO () REALIZADA POR DR. _____
 MOTIVO DA SUSPENSÃO _____
 REMARCADA PARA (/ /)



nirhuse crpe <nirhuse.crpe@gmail.com>

DUSV E - ORTOPEDIA - FBHC - JOSE CARLOS SANTOS

Sigau crpe <sigau.crpe@gmail.com>

1 de agosto de 2018 16:13

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

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



RECEITUÁRIO

PACIENTE:

José Carlos Santos

Relatório

Período de afastamento: Tem considerações

CID: S92.5; M84.0 - Bilateral

Considerações: Portador de sequelas de fraturas nos punhos.

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

Apresenta dor e limitação dos movimentos próprios do punho.

A capacidade laboral encontra-se comprometida.

Rblse

04/05/2019

Dr. Roberto Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1173

18 DEZ 2018

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 662.340 2.VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 05/07/2011

NOME JOSE CARLOS SANTOS

FILIAÇÃO JOSE ALVES DOS SANTOS
ALZIRA DIAS DA COSTA

NATURALIDADE RIBEIROPOLIS-SE DATA DE NASCIMENTO 29/09/1962

DIGIT. ORIGEM CT. NASCIMENTO NR 29002/LN 004 DT 32
OFF CART. DO DIST. COM. DE RIBEIROPOLIS-SE
516.384.875-53

EVERETT FERREIRA DA SILVA
ASS. SUPLENTE

LEI Nº 7.116 DE 29/03/1983

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO SERGIPE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
COORDENADORIA GERAL DE PESSOAS
BOMFIM DE IDENTIFICAÇÃO DO ESTADO MINEIRO

Jose Carlos Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

16 DEZ 2018

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

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

CPF: 21233829 SEX: M

RG: 020.003.875-00 DATA DE NASCIMENTO: 28/11/1965

NOME: JOSE LUIZ ROSA

SOBRENOME: SANTOS DE OLIVEIRA ROSA

PROFISSÃO: [] MILITAR [] CIVIL []

DATA DE EMISSÃO: 07/01/2019 VALIDADE: 02/04/2020

SEM OBSERVAÇÃO

DETRAN-SE (SERGIPE)

863977539

863977539

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 enviei relatório médico que comprovam as lesões que foram **FRATURA EM PUNHOS / RADIOS DISTAIS CID:S52.6** 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.

Jose Carlos Santos

JOSE CARLOS DOS SANTOS

NOSSA SENHORA DA GLÓRIA-SE 16/05/2019

TESTEMUHAS:

Vanessa Rosa Aragão

Helaineide O. Rosa

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) Jose Carlos Santos
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) hormadaz, portador da cédula
de identidade RG nº 662.340, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 516.384.875-53, residente na (endereço
completo) Braco Antonio Bispo, na cidade de
Nossa Senhora Aparecida (UF) SE, CEP 49.540-000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) Jose Marcos da Rosa
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) consultor, portador da cédula
de identidade RG nº 21033829, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 000.003.675-00, residente na (endereço
completo) Rua dos Silos nº 217, na cidade de
Nossa Senhora da Blima (UF) SE, 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) Jose Carlos Santos
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

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

(assinatura) Jose Carlos Santos
(RG) 662.340



TABELIONATO DE NOTAS	Tony Carlo C. Ferreira Notário Maria Virginia de J. Barreto Escritor Autorizada
Reconheço e dou fé como verdadeira, por autenticidade a, a firma de <u>Jose Carlos Santos</u>	
Selo T-SE <u>2018.2960800-45-11</u>	
Asses: <u>www.tjse.jus.br/xi</u>	
N. S. (Assesida) <u>18.10.2018</u>	
Notário/Escritor	

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 médico-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

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

RODRIGO SILVEIRA DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455620/18

Número do Sinistro: 3180594171

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

Documentação médico-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

Data da entrega: 04/06/2019
Nome: JOSE CARLOS SANTOS
CPF: 516.384.875-53

JOSE CARLOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/06/2019
Nome: RODRIGO SILVEIRA DE OLIVEIRA
CPF: 011.995.625-05

RODRIGO SILVEIRA DE OLIVEIRA

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

Carta nº 14423159



1º DEZ 2018



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

516.384.875-53

Nome completo da vítima

Jose Carlos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Jose Carlos Santos		CPF titular da conta	516-384-875-53	Profissão	Camada
Endereço	Praça Antonio Bispo		Número	28	Complemento	Casa
Bairro	Centro	Cidade	Boa Senhora Aparecida	Estado	SE	CEP
Email	marcosdegloria@gmail.com				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

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

CONTA

NRO.

7838

D/V

6

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

D/V

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.

Boa Senhora Aparecida, 12 de Dezembro de 2018

Local e Data

Jose Carlos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

AUTO-ATENDIMENTO - AG NOSSA SENHORA DA GLORIA
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: 0512483027
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
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

18 DEZ 2018

AUTO-ATENDIMENTO - AG NOSSA SENHORA DA GLORIA
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: 0512483027
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
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br



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

16 DEZ 2018

POLÍCIA ON-LINE



DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE N. SRA DA GLÓRIA

RUA DA PALMA, CENTRO FONE: (3411-1356 EMAIL: deaol.nsgloria@pc.se.gov.br

Boletim de Ocorrência 2018/06570.0-001266 - Alterado

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE N. SRA DA GLÓRIA

Endereço: RUA DA PALMA, CENTRO FONE: (3411-1356 EMAIL: deaol.nsgloria@pc.se.gov.br

FATO

Natureza: LESÃO CORPORAL LEVE

Data e Hora do Fato: 24/07/2018 - 11:30 até 24/07/2018 - 12:00

Endereço: RODOVIA SE-235 Número: 549 Complemento: CEP: 49535-000

Bairro: Centro Cidade: NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - SE Circunscrição: DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE N. SRA DA GLÓRIA

Tipo de local: OUTROS Meio Empregado: OUTRO

NOTICIANTE

Nome: KARLA THAUANE SANTOS

Nome do pai: JOSE CARLOS SANTOS Nome da mãe: MIRALDA ALVES FEUPE

Pessoa: Física CPF/CGC: 034.118.745-80 RG: 23824590 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: ARACAJU Data de nascimento: 09/01/1993 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 998849565

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 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 Guimarães Mendonça Moraes - 12/12/2018 às 11:15
QUE SEU PAI SE CHAMA JOSE CARLOS SANTOS, QUE A PLACA DO VEÍCULO É QKT401B;

Data e hora da comunicação: 08/09/2018 às 10:07

Responsável pela Alteração: Rodrigo Guimarães Mendonça Moraes

Última Alteração: 12/12/2018 às 11:10

OBS.: As informações noticiadas pelo Notificante são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro Art. 340 - Proibição ao uso de autoridade: comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não ter ocorrido. Pena - detenção, de um a três meses, ou multa.

KARLA THAUANE SANTOS
Responsável pela comunicação

RG nº 25224867 SSP/SE

Jorge Eduardo dos Santos Filho
Delegado(a) de Polícia



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 Santos

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.

Blávia 12 de Dezembro de 2018
Local e Data

Jose Carlos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal


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

 **Andria Lenir Bastos Patra Nery**
Coordenadora da Regulação Médica
SAMU 192 Sergipe
CRM/SE 4554

Tiemi Sayuri Menezes Oki Fontes

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE