

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
RUA DOS SILOS 3217 CASA A - SILOS
NOSSA SENHORA DA GLORIA / SE CEP: 4900000 (AR: 420)

Ligação: BIFÁSICO
Código: RES MTC-B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: S-430-340-7391 Referência: Out/2019
Medidor: E6000348123 Emissão: 10/10/2019



ENERGISA SERGIPE DISTRIBUIÇÃO S.A.
Rua Min. Antônio Sales, 81 - Inaco Barroca
Aracaju/SE - CEP: 49040-180
CNPJ: 13.017.462/0001-65 Ins. Est. 270.797.456
Nota Fiscal: Contas de Energia Elétrica 17/017.599.311
Cód. para 2ª Via Automática: 0000127879

Atendimento ao Cliente ENERGISA 08000 79 0196

Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAM
* Out / 2019	10/10/2019	08/11/2019	020.003.675-00

UC (Unidade Consumidora): 3/912787-9

Canal de contato

Compre e Onda, nossa rede de atendimento virtual de WhatsApp?
Ela pode te ajudar com informações sobre seus dados.
Enviar e receber via de conta de energia
e realizar pedido de ligação.
Salve nosso número e não chame sem antes que precisar.
79 99101-0715

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
10/09/19	8421	10/10/19	8509	1	88	20
Demonstrativo						
001 - Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base (R\$)	Alíq. ICMS (R\$)	Base Calc. Fc (R\$)	Cofins (R\$)
	Tributos Totais (R\$)			ICMS (R\$)	ICMS	Pot (R\$) (1,36779%) (4,1676%)
0801 - Consumo em kWh	88.000	0.755530	66.78	08.78	25	18.59
0801 - Adic. B. Vermeht			0.31	0.31	25	0.80
0801 - Adic. B. Ampara			0.84	0.84	25	0.16
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0901 - CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			9.78	0.00	0	0.00
0904 - JUROS DE MORA 09/2019			0.04	0.00	0	0.00
0905 - MULTA 05/2019			1.08	0.00	0	0.00
0901 - REST. BANC. AMAR. RESIDENCIAL 09/2019			-3.07	0.00	0	0.00

CC: Código de Classificação do Item: TOTAL 00.81 10.10 11.67 70.70 0.63 2.82
Tributos Totais: 0.85732

Antes últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
95	17/10/2019	R\$ 80,51

Histórico de Consumo (kWh)

74 | 72 | 70 | 73 | 120 | 172 | 125 | 78 | 79 | 75 | 54 | 57
Out/18 | Nov/18 | Dez/18 | Jan/19 | Fev/19 | Mar/19 | Abr/19 | Mai/19 | Jun/19 | Jul/19 | Ago/19 | Set/19

RESERVADO AO FISCO

7c58.c680.aaf.17a8.26de.123e.3e3e.d825.

Indicadores de Qualidade

SEMPRE FOCANDO NA QUALIDADE

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DI MENSAL	4.9	0.00
DI TRIMESTRAL	4.9	0.00
DI ANUAL	24.65	0.00
DI MENSAL	3.78	0.00
DI TRIMESTRAL	14.40	0.00
DI ANUAL	17.32	0.00

Composição do Consumo

Discriminações	Valor (R\$)	%
Serviços de Transmissão	18.00	22.33
Serviços de Distribuição	48.75	60.44
Serviços de Transmissão	0.75	0.93
Serviços de Distribuição	0.80	1.00
Serviços de Transmissão	0.10	0.13
Serviços de Distribuição	0.00	0.00
TOTAL	80.50	100.00

Valor de R\$ 80,51 (R\$ 16,36)

ATENÇÃO

Atenção: A responsabilidade pela cobrança pública é da Prefeitura do município.

Faturas em atraso

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
00190.00009 03087.893008 03406.857171 1 80450000008051

PAGADOR: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA - CPF/CNPJ: 020.003.675-00
RUA DOS SILOS 3217 CASA A - SILOS - NOSSA SENHORA DA GLORIA / SE CEP: 4900000

Nº da Fatura	Nº do Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
30878930000408667	000912787201910	17/10/2019	R\$ 80,51	

ENERGISA ENERGISA SERGIPE DISTRIBUIÇÃO S.A. CNPJ: 13.017.462/0001-65
Rua Min. Antônio Sales, 81 - Inaco Barroca - Aracaju / SE - CEP: 49040-180

Agência / Código do beneficiário: 3064-3/178003-4



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 928.438.325-00 Nome completo da vítima: Deora de Farias Rocha

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Deora de Farias Rocha CPF: 928.438.325-00
Profissão: Barreador Endereço: Rua dos Leaguim de Meneses Número: 195 Complemento: casa
Bairro: Centro Cidade: Itaú Senhora da Glória Estado: SE CEP: 49680-000
E-mail: Marcosdeglória@gmail.com Tel.(DDD): 79-99958-1516

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENTA MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3303 CONTA: 40104 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, Itaú Senhora da Glória, 24/10/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Deora de Farias Rocha
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA ECON MICA FEDERAL

INA: sorte os de segunda-feira a sábado. Após

281-541728266-5

08/OUT/201

HORA DE 08:56:50

LOT. 22.00 569-0

TERM 027423

LOCALIDADE NOSSA SENHORA DA GLORIA

AG. VINCUL DA: 3303

CONTROLE: 281100186

COMPROVAN E DE ABERTURA DE POUP CAIXA

NOME: JEOV. DE FARIAS ROCHA

AGENCIA: 3303

OPERAÇÃO: 013

CONTA-DV: 000.000.040.104-5

DATA DA AB RTURA: 08/10/2019

LOTÉRIAS CAIXA

281-541728266-5

1ª VIA



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

POLÍCIA ON-LINE



DELEGACIA DE POLÍCIA DE POÇO REDONDO

RUA NOVA, CENTRO FONE: (79) 3337-1757 EMAIL: depol.pocoredondo@pc.se.gov.br

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2018/06570.0-001530

DELEGACIA RESPONSÁVEL

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

Endereço: RUA DA PALMA, CENTRO FONE: (79) 3411-1356 EMAIL: depol.nsgloria@pc.se.gov.br

FATO

Data e Hora do Fato: 16/07/2018 - 09:00 até 16/07/2018 - 09:00

Endereço: Número: Complemento: CEP: 49680-000

Bairro: CENTRO Cidade: NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - SE Circunscrição: DELEGACIA DE POLÍCIA DE POÇO REDONDO

Tipo de local: VIA PÚBLICA Meio Empregado: OUTRO



VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: JEOVÁ DE FARIAS ROCHA

Nome do pai: ANTONIO VIEIRA DA ROCHA Nome da mãe: MARIA DE LOURDES DE FARIAS ROCHA

Pessoa: Física CPF/CGC: 000.000.000-00 RG: 14043351 UF: SE Órgão expedidor:

Naturalidade: PORTO DA FOLHA Data de nascimento: 28/10/1975 Sexo: Masculino Cor da cutis: Parda

Profissão: SERVIÇOS GERAIS Estado civil: Solteiro Grau de instrução: 1º Grau Incompleto

Endereço: TRAVESSA 15 DE AGOSTO Número: 195 Complemento: BAIRRO BRASÍLIA

CEP: Bairro: Cidade: NOSSA SENHORA DA GLÓRIA UF: SE

Proximidades: Telefone: 99806-3151

HISTÓRICO

NARRA o noticiante que no dia 16/07/2018, por volta das 09:00hs, estava na garupa de uma motocicleta conduzida por um amigo trafegando pela avenida Leste, (próximo a clínica de saúde), Nossa Senhora da Glória/Se, quando ao chocar com um cachorro perdeu o equilíbrio vindo a cair, sofrendo fraturas no tornozelo do pé esquerdo, sendo conduzido em uma unidade da SAMU para o HUSE/ARACAJU; QUE a motocicleta se trata de uma HONDA/CG 125 FAN KS COR PRETA ANO 2010 PLACA IAM8754/SE CHASSI 9C2JC4110AR679414 RENAVAL 228387450 em nome de ADRIANA VELOSO SILVA. é o Relato.

Data e hora da comunicação: 10/12/2018 às 10:56

Última Alteração: 10/12/2018 às 10:51.

OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima 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 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que não se ter verificado; Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

JeoVá de Farias Rocha
JEOVÁ DE FARIAS ROCHA
Responsável pela comunicação

Jose Roberto de Melo Santos
Jose Roberto de Melo Santos
Responsável pelo preenchimento

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 928.438.325-00 Nome completo da vítima: Deora de Farias Rocha

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Deora de Farias Rocha CPF: 928.438.325-00
Profissão: Barreador Endereço: Rua dos Leaguim de Meneses Número: 195 Complemento: casa
Bairro: Centro Cidade: Itaú Senhora da Glória Estado: SE CEP: 49680-000
E-mail: Marcosdeglória@gmail.com Tel.(DDD): 79-99958-1516

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENTA MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3303 CONTA: 40104 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, Itaú Senhora da Glória, 24/10/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Deora de Farias Rocha
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA ECON MICA FEDERAL

INA: sorte os de segunda-feira a sábado. Após

281-541728266-5

08/OUT/201

HORA DE 08:56:50

LOT. 22.00 569-0

TERM 027423

LOCALIDADE NOSSA SENHORA DA GLORIA

AG. VINCUL DA: 3303

CONTROLE: 281100186

COMPROVAN E DE ABERTURA DE POUP CAIXA

NOME: JEOV. DE FARIAS ROCHA

AGENCIA: 3303

OPERAÇÃO: 013

CONTA-DV: 000.000.040.104-5

DATA DA AB RTURA: 08/10/2019

LOTÉRIAS CAIXA

281-541728266-5

1ª VIA

Rio de Janeiro, 12 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190609524

Vítima: JEOVA DE FARIAS ROCHA

Data do Acidente: 16/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JEOVA DE FARIAS ROCHA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **JEOVA DE FARIAS ROCHA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003303**

Conta: **0000040104-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190609524

Vítima: JEOVA DE FARIAS ROCHA

Data do Acidente: 16/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JEOVA DE FARIAS ROCHA

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



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: 06/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JEOVA DE FARIAS ROCHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03303

CONTA: 000000040104-5

Nr. da Autenticação 936D5D8046578FF5

RELATÓRIO 01248 / 2018 REFERENTE À OCORRÊNCIA

NÚMERO: 1807160221 / ESUS – SAMU

O **SAMU 192 SERGIPE** foi acionado às **08h59min** do dia **16 de Julho de 2018**, para atendimento de vítima identificada em ficha de ocorrência como **Jeová de Farias Rocha**, relato de **colisão moto x animal**, no município de Nossa Senhora da Glória.

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

Aracaju, 10 de Setembro de 2018

P/ *[Assinatura]*
Dr. Antônio Leônir Bastos Pinheiro
Coordenador da Regulação Médica
SAMU 192 Sergipe
CRM/SE 4554

Tiemi Sayuri Menezes Oki Fontes

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE



HOSPITAL DE CLÍNICAS "DR. AUGUSTO LEITE"
RELATÓRIO DO ATO CIRÚRGICO

UNIDADE:

PACIENTE:

MATRÍCULA:

1043278

IDADE:

42 anos

CONVÊNIO:

SUS

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

CIRURGIA REALIZADA:

CIRURGIÃO:

AUXILIAR:

AUXILIAR:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

ANESTESIOLOGISTA:

AUXILIAR:

ANESTESIA UTILIZADA:

EQUIPAMENTOS

☐ B. E. / BIPOLAR

☐ SET. RA ELÉTRICA

☐ FONTE DE LUZ / FIBRA ÓTICA

☐ TRÉPANO ELÉTRICO

☐ MICROSCÓPIO CIRÚRGICO

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO:

Desbridamento

Antissepsia

Campos

Exatidão - Direção

Redução cirúrgica com fixação

Síntese do ferimento

Curativo

24.07.18

DATA

MOD. 042-HCAL

ASSINATURA DO CIRURGIÃO

ORTO

INFORMATICA

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

Nº. DO BE: 1755091
CNS:

DATA: 16/07/2018 HORA: 11:27 USUARIO: ACFERREIRA
SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JEOVA DE FARIAS ROCHA DOC...:
IDADE.....: 42 ANOS NASC: 28/10/1975 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: TRV 15 DE AGOSTO NUMERO: 195
COMPLEMENTO....: 126285670770003 BAIRRO: BRASILIA
MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE CEP....: 49680-00
NOME PAI/MAE...: ANTONIO VIEIRA DA ROCHA /MARIA DE LOURDES DE FARIAS
RESPONSAVEL....: IRMA LIZIMA TEL....: 79/9997
PROCEDENCIA....: NOSSA SENHORA DA GLORIA 09
ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: SIM VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

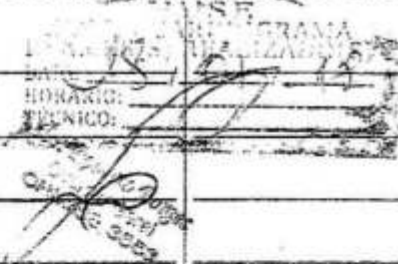
Dois dias antes de ser admitido no hospital. Aumento da dor no abdome.
ANOTACOES DA ENFERMAGEM: *reforço da dor no abdome*

Local: urgência, n.º 15 - Am. Mololo
DIAGNOSTICO: *Gastrite* CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

D. Pulso ortopédico
Alto de c. g.



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

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Assinatura do paciente/responsável
14/07/2018

EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA 17/07/18

NOME: JEOVA DE FARIAS ROCHA

ALA: VERDE TRAUMA 1 LEITO: CORREDOR GÊNERO: MASCULINO IDADE: 42

DIAGNÓSTICOS: FRATURA / LUXAÇÃO BIMALEOLAR DE TORNOZELO ESQ.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

*Ph - sem med
G. L. L. L.*

PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta VO LIVRE			SND
2	SF0,9% 500ML EV 8/8HS			11 11 11
3	Keflin 1g, IV, 6h/6h OU Kefazol 1g, IV, 8h/8h SUSP			06
4	Ranitidina, 02 mL + 18 mL AD, IV, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, VO, às 6:00			18-24-06-12
5	Dipirona, 02 mL + 08 mL AD, IV, 6h/6h			22-10
6	Profenid, 01 ampola IV + 100mL SF0,9%, 12h/12h			20-04-12
7	Trarnal 100mg + 250 ml SF0,9, IV, 8/8H			20
8	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia			SOS
9	Bromoprida, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos			
10	Glicemia capilar, 6h/6h, se diabético			
11	Insulina regular, conforme glicemia:			
12	<200 = 0	251 – 300 = 4U	351 – 400 = 8U	
13	201 – 250 = 2U	301 – 350 = 6U	> 400 = 10U	
14	Glicose 25%, 40ml, IV, se glicemia < 70			
15	Captopril 25mg, VO, se PAS > 180mmHg ou PAD > 110mmHg SOS			
16	CCGG + SSVV 6h/6h			
17	Gentamicina 240mg, EV, 1x/dia SUSP			
18	CURATIVO DIARIO 1X/DIA			
19				
20				
21				
22				
23				

DR. FRANCISCA DE ASSIS
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM - SE 3971

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO EVOLUÇÃO DIÁRIA

4

DATA: 19 / 07 / 2018.

CORREDOR: 0

LEITO: 11

NOME: Jovana Farias Rocha

42 A VT 2

DIAGNÓSTICO(S): FRATURA Lux. tornozelo (E)

Evolução do período passado: Plintagem, 12x80, 36°

Hoje: 19/07, 15h, 1º dia de internação, ex-luxação de tornozelo. Plintagem com 12x80 e 36°

Solicitações:

19/07



Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º. Dieta RICA EM FIBRA	SND
2º. SOL.FISIOLOGICA 0,9% 500 ML EV 8/9 HS	SND
3º. KEFLIN 1G EV 6-6HS OU KEFAZOL 1G EV 8-8HS	SND
4º. GENTAMICINA 240MG /200ML EV 1X AO DIA	SND
5º. Dipirona 2ml + 8 ml AD EV ou Paracetamol 30gts VO 6/6hs	19/07 15h 24 06
6º. Nauseadron 8mg EV 08/08hs SOS	SOS
7º. Omeprazol 40mg VO às 6hs OU ANTAK 150 VO 12-12HS	19/07 06
8º. Tramal 50mg + 100 ml SF 0,9% EV ou VO 8/8hs	19/07 22 06
9º. Profenid 100mg + 100ml-SF 0,9% EV 12/12hs	19/07 22
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)	6hs: 14hs: 22hs:
13º Insulina Regular SC, após o GLICEMIA CAPILAR	
201 - 250: 02UI	301 - 350: 06UI
251 - 300: 04UI	351 - 400: 08UI
> ou = 401: 10UI	
14º. Curativos Diários 1x dia COM SF 0,9%	
15º GLICOSE 50% 4 AMPOLAS EM 250ML SF0,9% EV SE GLICEMIA CAPILAR MENOR OU IGUAL A 70MG-DL	
16º FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA	
17. MEDIDAS ANTI ULCERA DE PRESSAO	
18. MANTER MEMBRO FRATURADO ELEVADO	
19. LAVAGEM INTESTINAL COM 500ML SOL GLICERINADA: GOTA /GOTA	SOS 19/07
20. LUFTAL 25 GOTAS VO 8-8HS	19/07 20
21. CLONAZEPAM GOTAS : 10 GTS VO A NOITE	19/07 20

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO EVOLUÇÃO DIÁRIA

2165

DATA: 19 / 07 / 2016.

CORREDOR: 0

LEITO: 11

NOME: Jôia de Farias Rocha

42 A VT 2

DIAGNÓSTICO(S): FRATURA Lux. Simples da torção (E)
Evolução do período passado: 12x80, 36, 60FC

Hoje: Evolucao, 08/07, 08/07, 08/07, 08/07, 08/07

Solicitações: EC + OK 08/07

Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º. Dieta RICA EM FIBRA 3000 or 12/1	
2º. SOL.FISIOLOGICA 0,9% 500 ML EV 8/8 HS	SOS 30 30 30
3º. KEFLIN 1G EV 6-6HS OU KEFAZOL 1G EV 8-8HS	
4º. GENTAMICINA 240MG /200ML EV 1X AO DIA	
5º. Dipirona 2ml + 8 ml AD EV ou Paracetamol 30gts VO 6/6hs	24 06
6º. Nauseadron 8mg EV 08/08hs SOS	SOS
7º. Omeprazol 40mg VO às 6hs OU ANTAK 150 VO 12-12HS	
8º. Tramal 50mg + 100 ml SF 0,9% EV ou VO 8/8hs	SOS 08 08 08 08 08 08 08 08
9º. Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% EV 12/12hs	
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	
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%	
15º GLICOSE 50% 4 AMPOLAS EM 250ML SF0,9% EV SE GLICEMIA CAPILAR MENOR OU IGUAL A 70MG-DL	
16º FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA	
17. MEDIDAS ANTI ULCERA DE PRESSAO	
18. MANTER MEMBRO FRATURADO ELEVADO	
19. LAVAGEM INTESTINAL COM 500ML SOL GLICERINADA: GOTA /GOTA	SOS
20. LUFTAL 25 GOTAS VO 8-8HS	
21. CLONAZEPAM GOTAS : 10 GTS VO A NOITE	
22. RISCO CIRURGICO COM A CARDIOLOGIA NÃO	

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

Ruam A...
Enfermeira
COREN

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

6 -

DATA: 20.07.2013

° DIH

616

NOME: Rony ob Forno

DIAGNÓSTICO (S): fbi. Síndrome

Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º. Dieta Livre 3P10	ZERO
2º. Gelco Salinizado	Em uso
3º. Kefazol 1 g EV 8/8hs ou Keflin 1 g EV 6/6hs	14 20 02 08
4º. S. Fisiológico 0,9% 1000CC 24HS	000 000
5º. Dipirona 2ml + 8 ml AD EV ou Paracetamol 40gts VO 6/6hs SOS	000
6º. Nausebron 8mg EV 08/08hs SOS	000
7º. Antak 50mg EV ou 150mg VO / Omeprazol 40mg EV ou VO às 6hs	00
8º. Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% EV ou VO 8/8hs SOS	000
9º. Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% EV 12/12hs SOS	000
10º. Captopril 25mg VO 8/8hs se PAS > 180 mmHg e PAD > 110 mmHg SOS	000
11º. Luftal 40 gts VO de 8/8 hs	14 22 00
12º. Clexane 40mg SC 1 x dia ou Heparina 5000UI SC 2 x dia	000
13º. Dextro 6/6hs se Diabético	18 24 00 12
14º Insulina Regular SC, após o dextro. 201 - 250: 02UI 251 - 300: 04UI 301 - 350: 06UI 351 - 400: 08UI > 401: 10UI	
15º. Curativos Diários 1 x dia (x) SF 0,9% + Gazes	M
16º SSVV 6/6hs	18 24 00 12
17º	
18º	
19º	
20º	

EVOLUÇÃO:

Unidade de Pronto Atendimento
Enfermeiro
JOSEY-SS 382.288

4.24

Dr. Antonio Franco Cabral
Ortopedia/Traumatologia
CRM 680

[Handwritten signature]

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Definitivo....: 174240
Código do CNS.....: 000000000000000000
Nome.....: JEOVA DE FARIAS ROCHA
Sexo.....: Tipo :
Data de Nascimento: 28/10/1975 Idade: 42 anos
Estado Civil.....: MASCULINO
Nome do Pai.....: ANTONIO VIEIRA DA ROCHA
Nome da Mãe.....: MARIA DE LOURDES DE FARIAS ROC
Data de Admissão.....: TRV 15 DE AGOSTO 195 126285670770003
Localidade.....: BRASILIA Cep.: 49680-000
Telefone.....: 79/999726109
Município.....: 2804508 - - SE
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Estado de Origem.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Data de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 1755091
Clínica.....: 945 - PS VERDE TRAUMA II
Código.....: 999.0217
Data de Internacao: 17/07/2018
Hora de Internacao: 12:00
Médico Solicitante: 026.754.214-30 - ROBERTO RIBEIRO BORGES NETO
Médico Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnóstico.....: NAO INFORMADO
Método de Tratamento: ESBSANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

Data Realizada:
Local de Saída:
Motivo de Saída:
Tipo de Saída:
Principal:
Secundário:
Médico Principal:
Médico Secundário:
Outros:

EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA 16/17/2018

NOME: Jéssica de Faria Rocha

ALA: VERDE TRAUMA 1 LEITO: CORREDOR GÊNERO:

IDADE:

DIAGNÓSTICOS: Fratura Luxação Braço
Tornozelo (E)

EVOLUÇÃO MÉDICA:

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta VO LIVRE	1 SNO
2	SFO, 9% 500ML EV 8/8H5	500 500 500
3	Kefazol 1g IV, 6h/6h OU Kefazol 1g IV, 8h/8h	
4	Ranitidina, 02 mL + 18 mL AD, IV, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, IV, às 6:00	06
5	Dipirona, 02 mL + 08 mL AD, IV, 6h/6h	06 12
6	Profenid, 01 ampola IV + 100mL SFO, 9%, 12h/12h	06 12
7	Tramal 100mg + 250 ml SFO, 9, IV, 8h/8h	06 12
8	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia	12
9	Bromoprida, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos SOS	SOS
10	Glicemia capilar, 6h/6h, se diabético	
11	Insulina regular, conforme glicemia:	
12	<200 = 0 251 – 300 = 4U 351 – 400 = 8U	
13	201 – 250 = 2U 301 – 350 = 6U > 400 = 10U	
14	Glicose 25%, 40ml, IV, se glicemia < 70	
15	Captopril 25mg, VO, se PAS > 180mmHg ou PAD > 110mmHg SOS	
16	CCGG + SSVV 6h/6h	
17	Gentamicina 240mg, EV, 1x/dia	
18	CURATIVO DIÁRIO 1X/DIA	
19		
20		
21		
22		
23		

Antônio Lopes Freitas
Ortopedia, Médico
CPMA-SE 5830

Nome do Paciente:

Idade:

Sexo:

Unidade de Produção.

Leito:

Nº do Prontuário:

DATA	HORA	HISTÓRICO
02.07	7	PACIENTE DE SEXO MASCULINO
02.07		DE 42 ANOS VITIMIZADO DE ACIDENTE
		MOTOCICLETA HOJE SOFRENDO TRA-
		MA EM MEMBRO INFERIOR (E)
		+ NEOS NERVOS
		+ NEOS H25 - DM.
		Apresenta Luxação Tornozelo (E)
		em redução
		TRAU BOTO
		em controle
		internado

Pélio Antonio Lopes Faria
 Médico
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM 5.535

~~Pelux Antonio López Fierro
Ortorenia - Médico
CRM 9533~~

O.E: M280030801

ESFERA: PRIVADO

APRESENTAÇÃO: 08 / 2018

PAG.: 1

Num AIH: 281810015134-0

Situação: APURADA

Tipo: 01-INICIAL

DATA: 04/08/2018

Especialidade: 01 - CIRURGICO

Orgão Emissor: M280030801

CRC:

Apresentação: 08/2018

Data Autorização: 20 / 07 / 2018

Doc autorizador: 190136126980000

Doc med resp: 206790614650009

Doc diretor clínico: 206790614650009

Doc médico solte: 170295658990000

CNES: 0002283 - FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

CNS: 70560145014711-9

Paciente: JEOVA DE FARIAS ROCHA

Prontuário: 1043278

Data Nasc.: 28 / 10 / 1975 Sexo: MASCULINO

Nacionalidade: 010 - BRASIL

Tipo Doc.: Identidade

Doc: 1404335

Responsável pac.: JEOVA DE FARIAS ROCHA

Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES DE FARIAS ROCHA

Endereço: TRAVESSA 15 DE AGOSTO 195 Bairro: CENTRO

Raça/Cor: 99-SEM INFORMACAO Etnia: 0000-NAO SE APLICA

Telefone: (79)9997-26109 Muda Proc.?: NÃO

Município: 280450 - NOSSA SENHORA DA GLORIA/UF: SE CEP: 49880-000

Procedimento solicitado: 04.08.05.049-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO

Procedimento principal: 04.08.05.049-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO

Diag. principal: S930-LUXACAO DA ARTICULACAO DO TORNOZELO

Diag. secundário:

Causa Obito:

Modalidade: HOSPITALAR

Complementar:

Carater atendimento: 01 - ELETIVO

Data internação: 20 / 07 / 2018

Data saída: 25 / 07 / 2018

Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIH01:

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

AIH Anterior:

AIH Posterior:

CNPJ do Empregador:

CNAER: -

CBOR: -

Vínculo Previdência:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtd	Compt	Descrição
1	0408050497	980016287809073	225151(6)	3359948	1	07/2018 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA
2	0408050497	980016287809073	225151(6)	3359948	1	07/2018 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA
3	0702030830	02681701000169	02681701000169	02681701000169	1	07/2018 PLACA 1/3 TUBULAR 3.5 MM (INCLUI PARAFUSOS)

DADOS DE OPM

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Reg. ANVISA	CNPJ Fabricante
3	0000036622	02.681.701/0001-69		0000036622		
4	0000036622	02.681.701/0001-69		0000036622		

VALORES DA PRÉVIA

VALORES DA PREVIA		Serviço Hospitalar		Serviço Profissional				TOTAL
		Direto		Direto				
		Próprio	Terceiro	Direto		Rateado		
				Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	
04.08.05-ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA								
04.08.05-MEMBROS INFERIORES								
07.02.03-OPM EM ORTOPEDIA		263,01			50,73	118,40		432,14
Total Geral:		275,71	178,11		50,73	118,40		620,95
CID SECUNDÁRIO								
Cid - Características								

CID SECUNDÁRIO

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

Número de Nascidos

Número de Saídas

Nº Pré-Natal:

Vivos: Mortos: Altas: Transf.: Óbitos:

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

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

07/08/18
Dra. Arianna Ferreira da Motta
Supervisora Médica / SES
CPF: 876.198.735 - 20

SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

HOSPITAL
CIRURGIA

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

2 - CNES

0002283

4 - CNES

0002283

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
JEOVA DE FARIAS ROCHA7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
7056014501471198 - DATA DE NASCIMENTO
28/10/1975

9 - SEXO

Masc. ☐ 1Fem. ☒ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

MARIA DE LOURDES DE FARIAS ROCHA

DDD

79

12 - TELEFONE DE CONTATO

999726109

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

999726109

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

O MESMO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

TRAVESSA 15 DE AGOSTO N.195 BAIRRO BRASILIA

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

NOSSA SENHORA DA GLORIA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

SE

19 - CEP

49680000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fracasso em fazer o E.M. de 25 dias
último de paciente motor acut. es.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Munido de Tratamento urgente.

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

Rx + radiografia fratura

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRIMÁRIO

S930

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

V230

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

W. cirurgia

29 - CLÍNICA

ORTOPÉDICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

URGÊNCIA

31 - DOCUMENTO

CNS

CPF

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

60157127391

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. João de Deus

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

28/07/18

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

CRM 1828 - SE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - 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

28/07/18

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

d. roanne Fereira
Supervisão Médica / SES
CRM 554886
CPF 876.111.205 - 20

281810015134-0

UPE

nirhuse crpe

Boa tarde! Segue em anexo documentação do referido paciente para avaliação. A

 Sigau crpe

para REGULAÇÃO, mim

Segue o código

CG1907HCO1C5FC2

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

enviada
15:34
19/07/18

NOME DO PACIENTE: JEOVA DE FARIAS ROCHA

DATA DE ADMISS

16/07/18

NOME DA MÃE: MARIA DE LOURDES DE FARIAS ROCHA

DATA DE NASCIM

28/10/75

ENDEREÇO: TRAVESSA 15 DE AGOSTO Nº 195

IDADE:

42

CNS: 126285670770003 PLANO DE SAÚDE: NÃO

ESTADO:

SERGIPE

NATURALIDADE: PORTO DA FOLHA - SE

NOSSA SE
NHORA DA
GLORIA

TELEFONE PARA CONTATO: 79 - 999726109

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:
REGIÃO DE SAÚDE:UNIDADE
PRODUTIVA:

PRONTO SOCORRO ÁREA AZUL () ÁREA VERDE (X)

OUTROS:

QUEIXA PRINCIPAL E DURAÇÃO:

DOR EM TORNOZELO D

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLITICO

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/ LUXAÇÃO BIMALEOLAR DE TORNOZELO ESQ.

RESUMO DA TERAPÊUTICA INSTITUÍDA E RESULTADOS

ANALGESIA + PROFILAXIA DE TVP

PARÂMETROS CLÍNICOS E LABORATORIAIS

PRESSÃO ARTERIAL	SATURAÇÃO DE O2	FREQUÊNCIA CARDÍACA	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	GLICEMIA	URÉIA	CREATININA
148x74	97%	66	18	150	20	0.95

HEMOGLOBINA	LEUCÓCITOS	POTÁSSIO	USO DE O ₂ : SIM () NÃO ()	SECRETIVO: SIM () NÃO ()	INTUBADO: SIM () NÃO ()	COLAR CERVICAL: SIM () NÃO ()
14.4	15.1	3.7	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/NARM
NAO	NAO	ORAL	NÃO	NÃO		15
MORBILIDADE						
DEAMBULA	CADEIRANTE	ACAMADO	OUTROS			
NÃO	NÃO	SIM				

HIPOTESE(S) DO DIAGNÓSTICO(S)

FRATURA/ LUXAÇÃO BIMALEOLAR DE TORNOZELO ESQ.

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: 19-07-18	Assinatura:	Data: 19/07/18
Carimbo:		Responsável: 201.158

Médico do NIR		CRL (RECEBIMENTO)
Data:	Assinatura:	Data:
Carimbo:		Responsável:

CRL (Autorização)	
Data:	Assinatura:
Carimbo:	
Comentários Médico CRL	
Data:	
Hora:	
MR:	
Código:	
Assinatura:	

ATENÇÃO

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

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.

DUSV UTI. 2017. COPYRIGHT SIGAU. COMPLEXO REGULATÓRIO DE SAÚDE. REDE ESTADUAL DE SAÚDE.

Amexu
de
RX Pré e Pós 10 An

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

ATENDIMENTO

ACOMODACAO: Enfermaria

DIREITO A ACOMPANHANTE? Sim

DATA: 20/07/2018 15:25:08

LEITO: ORT BUCO C05 - Ortopedia I

TIPO: Urgência

CONVENIO: SUS INTERNO

PROFISSIONAL: 1828-JOSE LEOPOLDO ALVES DE LIMA

PACIENTE

CARTÃO SUS: 705601450147119

ATENDIMENTO: 1043278

NOME: JEOVA DE FARIAS ROCHA

ENDEREÇO: TRAVESSA 15 DE AGOSTO N.195 Nº: 195

BAIRRO: Centro

UF: SE CEP: 49680000

CIDADE: Nossa Senhora da Glória

CPF

FONE: 999726109

R.G: 1404335

DATA NASC.: 28/10/1975

IDADE: 42 SEXO: Masculino

EST. CIVIL: Solteiro

PROFISSÃO

NOME DO PAI: ANTONIO VIEIRA DA ROCHA

NOME DA MAE: MARIA DE LOURDES DE FARIAS ROCHA

RESPONSÁVEL:

NOME DO RESPONSÁVEL: JEOVA DE FARIAS ROCHA

ENDEREÇO:

BAIRRO:

CIDADE:

UF:

DADOS COMPLEMENTARES:

ID: S82.7-Fraturas múltiplas da perna

ORIGEM: Nossa Senhora da Glória

DIAS INTERNAMENTO: 4

PROC. SUS: 040805049-7 Tratamento Cirurgico De Fratura Bimaleolar / T

DIAGN.:

OBS: Sol e com Segur. Cópia do doc lab.
lançado e impresso anexo ao prontuário

Carina dos Santos Souza
Matrícula 197249
Secretaria Clínica / FBHC
Dr. Sug. DUSY
RX Pré e Pós

Emitente.....: ORTOPLAN SERRAPE LTDA
 Endereço.....: AV. RIO BRANCO-EDF.OVIEDO TEIXEIRA -S.613 186, CENTRO, ARACAJU - SE, 49010-030
 Fone.....: 3222-0250/ 3222-0383 CNPJ/CPF: 02.681.761/0001-69 Ins.Est.: 27.097.585-3
 Destinatário: (37) FUNDACAO DE BENEFICENCIA N. DE CIRURGIA CNPJ/CPF: 13.016.322/0001-06 Ins.Est.: ISENTO Data Emissao: 30.07.20
 Endereço.....: AV. DESMARCADOR MAYNARD, 174 Bairro.: CIRURGIA CEP.....: 49055-170
 Cidade.....: ARACAJU Fone.....: (0079) 212 -7312/ 211 -8817 UF.....: SE
 Faturas.....: 005805000 / CONTRA-APRESENTACAO / 176,11

Código	Descrição	Cf St	Und	Qtde	Valor Unitario	Vi.Desc	Valor Total	ICMS	IPI	Valor IP
07.02.03.072-4	PARAFUSO ESPONJOSO 4.0 MM	(80128580095)	A	040 UND	1,000	27,7100	27,71			
Cote(s): 130317-	1,000 Val.INDETERMIN /									
07.02.03.083-0	KIT PLACA 1/3 TUBULAR 3.5 + PARAFUSO	(80006400000)	B	040 KIT	1,000	148,4000	148,40			
Cote(s): 259116-	1,000 Val.INDETERMIN /									
PARAFUSO CORTICAL 3.5X18 F 1.75 TRAUMEDICA	(1,000)									
Cote(s): 148316-	1,000 Val.INDETERMIN /									
PARAFUSO CORTICAL 3.5X20 F 1.75 TRAUMEDICA	(1,000)									
Cote(s): 235916-	2,000 Val.INDETERMIN /									
PARAFUSO CORTICAL 3.5X16 F 1.75 TRAUMEDICA	(2,000)									
Cote(s): 130417-	1,000 Val.INDETERMIN /									
PLACA 1/3 TUBULAR 5F TRAUMEDICA	(1,000)									

Hospital: FUNDACAO DE BENEFICENCIA N. DE CIRURGIA Paciente/Id.: JEOVA DE FARIAS ROCHA / Dt.Cirurgia: 24.07.201
 Medico.: JOSE ROBERTO LIMA RIM/Convenio: / SUS - SISTEMA UNICO DE SAUDE
 Instrum.: KLEREN SANTOS DA ROCHA Procedimento: 0408050497
 Prontuario.: 1043378

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

Base ICMS:	0,00	Valor ICMS:	0,00	Base ICMS Subst:	0,00	Valor ICMS Subst:	0,00	Valor Produtos:	176,11
1. Frete:	0,00	Vi. Seguro:	0,00	Outras Despesas:	0,00	Valor Total IPI:	0,00	Valor Fre-Nota:	176,11

Endereço.....: IVO LEAL Pedido.....: 058050 A/9021.10.20 B/9021.19.20
 Pedido Cliente: Ordem e Página: 00 1/1

Declaro que recebi os produtos constantes deste documento.

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

RECEBEMOS DE ORTOPLAN SERGIPE LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

Nº 000.036.622

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

SÉRIE: 3

ORTOPLAN SERGIPE LTDA

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

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - Entrada
1 - Saída

Nº 000.036.622

SÉRIE: 3

Página 1 de 1

CONTROLE DO FISCO



CHAVE DE ACESSO
2818 0802 6817 0100 0169 5500 3000 0366 2210 5000 9022

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
328180011370017 - 03/08/2018 09:28

NATUREZA DA OPERAÇÃO
5102-VENDA MERCANTIL

INSCRIÇÃO ESTADUAL
270975853

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ
02.681.701/0001-69

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL
FUNDAÇÃO DE BENEFICENCIA H. DE CIRURGIA

ENDEREÇO
AV: DESEMBARGADOR MAYNARD, 174, 0 -

MUNICÍPIO
ARACAJU

CNPJ/CPF
13.016.332/0001-06

DATA DA EMISSÃO
03/08/2018

BAIRRO/DISTRITO
CIRURGIA

CEP
49055-170

DATA DE ENTRADA/SAÍDA
03/08/2018

UF
SE

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE ENTRADA/SAÍDA
00:00

FATURA

/ Num.: 36622 / V. Orig.: 176,11 / V. Desc.: 0,00 / V. Liq.: 176,11

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	0,00	VALOR DO ICMS	0,00	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS ST	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	176,11
VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO SEGURO	0,00	DESCONTO	0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	0,00	VALOR DO IPI	0,00
								VALOR TOTAL DA NOTA	176,11

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0 - Emitente	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
20850	PARAFUSO ESPONJOSO 4.0X50 TRAUMEDICA TRAUMEDICA INSTRUMENTAIS E IMPL. LTDA Cod.: 793 Simpro: 0084546 Anvisa: 80057410008 Lote (s): 130417-1,000-V.INDETERMIN	90211020	040	5102	UND	1,0000	27,7100	27,71					
20618	PARAFUSO CORTICAL 3.5X18 P 1.75 TRAUMEDICA TRAUMEDICA INSTRUMENTAIS E IMPL. LTDA Cod.: 8339 Simpro: 0084544 Anvisa: 80057410010 Lote (s): 259118-1,000-V.INDETERMIN	90211020	040	5102	UND	1,0000	16,9700	16,97					
20620	PARAFUSO CORTICAL 3.5X20 P 1.75 TRAUMEDICA TRAUMEDICA INSTRUMENTAIS E IMPL. LTDA Cod.: 8354 Simpro: 0084544 Anvisa: 80057410010 Lote (s): 148316-1,000-V.INDETERMIN	90211020	040	5102	UND	1,0000	16,9700	16,97					
20616	PARAFUSO CORTICAL 3.5X16 P 1.75 TRAUMEDICA TRAUMEDICA INSTRUMENTAIS E IMPL. LTDA Cod.: 8578 Simpro: 0084544 Anvisa: 80057410010 Lote (s): 235916-2,000-V.INDETERMIN	90211020	040	5102	UND	2,0000	16,9700	33,94					
60205	PLACA 1/3 TUBULAR SF TRAUMEDICA TRAUMEDICA INSTRUMENTAIS E IMPL. LTDA Cod.: 9211 Simpro: 0084562 Anvisa: 80057410012 Lote (s): 130417-1,000-V.INDETERMIN	90211020	040	5102	UND	1,0000	80,5200	80,52					

CONTINUAÇÃO - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

EC 2995 DE 19/03/1999, Fatura: 003662203 28.01.2019 176,11

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Duplicata - Num.: 001, Venc.: 28/01/2019, Valor: 176,11
Vendedor: IVO LEAL, Pedido: 038050, Pedido Cliente: , Ordem : 03, Hospital: FUNDAÇÃO DE BENEFICENCIA H. DE CIRURGIA, Médico: JOSE ROBERTO LIMA, Paciente: JEOVA DE FARIAS ROCHA, Id: , Prontuario: 1043278, Dt Cirurgia: 24.07.2018, AIH: 281.810.015.134-0, Convenio: SUS, Procedimento: 0408050497, Ms g ICMS: 040/ISENTO DE ICMS CF ART. 8 INCISO IV DEC 17.037/97, Ms g IPI: ITENS (1-5) ISENTOS IPI CONF CAP.90 DA TIPI E D

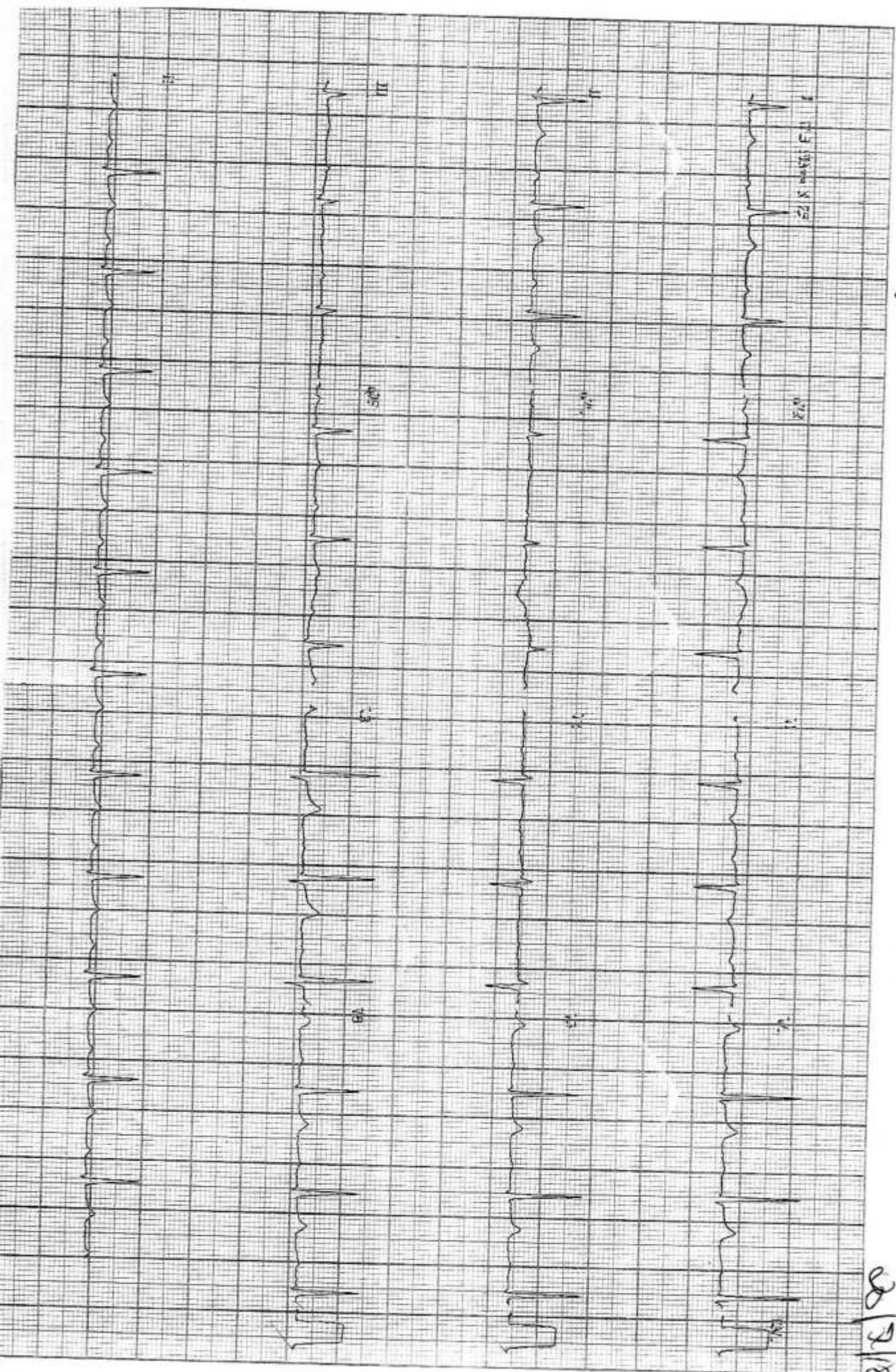
RESERVADO AO FISCO

Spencer de Faria
Jocena

CS

Dr. K. K.

22/2/12



[illegible]



HOSPITAL DE CLÍNICAS
"DR. AUGUSTO LEITE"

Data:

Paciente:

Convênio:

Idade: anos

Matrícula:

Interação:

Unidade:

Leito:

Item

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Diet:

Selec hidrolizadg

Onieprazol 20mg O1 CP VO às 6h

Cefalotina 1g EV de 6/6h

Dipirona 2.8ml AD EV 6/6h SOS

Plasil 2.8ml AD EV 8/8h SOS

Captopril 25mg VO se PA > 160x100mmHg SOS

Profenid 100mg + 100ml SF EV 12/12h SOS

Tramal 100mg + 100ml AD EV 6/6h SOS

Clexane 40mg 1x/dia SC

Glicemia capilar de 6/6h

Glicose 25% - 04 amp. IV se glicemia < 70mg/dl

Insulina Regular, SC, conforme esquema:

180-0U 181-250=02U 251-300=04U

350-06U 351-400=08U 401-10U

Sinais vitais e cuidados gerais de 6/6h

Até

301-

João Leonardo A. Lima

CRM: 128-SE

Cirurgião de Cabeça e Pescoço

Clínica de Cirurgia

Clínica de Cirurgia

Clínica de Cirurgia

Clínica de Cirurgia

Clínica de Cirurgia

Clínica de Cirurgia

Clínica de Cirurgia

Clínica de Cirurgia

Clínica de Cirurgia

Clínica de Cirurgia

Clínica de Cirurgia

Clínica de Cirurgia

Clínica de Cirurgia

Clínica de Cirurgia

Ana Paula Oliveira Santos

Enfermeira

COREN-SE 489400

Tony Nino Santana Moraes

Enfermeiro

COREN-SE 191182 - ENF

NOME: 2000 N FARIAS MATRÍCULA: 1111 IDADE: 35 SEXO: F M () LEITO: 65 UNIDADE: C-5
 DATA: 11/12/10 DATA INTERNAMENTO: 11/12/10 DATA DA FRATURA: 11/12/10 DATA DA CIRURGIA: 11/12/10 (Dr.)

	1º TURNO		2º TURNO		3º TURNO	
	07:00 AS 13:00	ASSINATURA	13:00 AS 19:00	ASSINATURA	19:00 AS 07:00	ASSINATURA
1. DIETA	<u>U, L</u>					
2. GELCO HIDROLISADO.						
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H.						
4. DAPIRONA, 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. GLEAXANE 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						
10. Sonda VESICAL DE ALÍVIO						
11. GLICEMIA CAPILAR DE 6/6H.						
INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA:						
200-250 2UJ 250-300 4UJ 300-350 6UJ 350-400 8UJ 400 > 10UJ.						
12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70 MG/DL						
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180mmHg OU PAS > 110mmHg						
14. MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H.						
15. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA.						
16. CCGG+SV 6/6H.						
16. CURATIVO DIÁRIO						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						

Dr. Gilson Teixeira
 Ortopedia/Traumatologia
 CRM-SE 4003

HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	T _{te} (°C)	PULSO
06	144/107		36,7°C	89
12	112/66		35,7°C	53
18				
24				

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NAME: John M. Farley NO. 10114
 DATA: 0307 / 18 DATA INTERVIEW: /

MATRICULA _____
DATA DA FRATURA: _____

IDADE: _____ SEXO: F () M () LEITO: _____
/ DATA DA CIRURGIA _____ / _____UNIDADE: _____
 (Dr. _____)

				1º TURNO	2º TURNO	3º TURNO
				07:00 AS 13:00	13:00 AS 19:00	19:00 AS 07:00
				ASSINATURA	ASSINATURA	ASSINATURA
1. DIETA	u	Clv				
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 HEPARINAS 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. SONDAS VESICAL DE ALVIO						
11. GLUCEMIA CAPILAR DE 6/6H.						
INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA:						
200-250-2U - 251-300 4U - 301-350 6U - 351-400 8U - 400 > 10U.						
12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70 MG/DL						
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>180mmHg OU PAD>110mmHg.						
14. MUDANÇA DE DECUBITO 4/4H.						
15. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA.						
16. CCGG+SSV 6/6H.						
16. CURATIVO DIÁRIO						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						
HORÁRIO	PA (mmHg)	GLUCEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO		
06	112x82			82		
12	120x80			82		
18						
24						

1º TURNO

07:00 AS 13:00

ASSINATURA

13:00 AS 19:00

ASSINATURA

19:00 AS 07:00

ASSINATURA

2º TURNO

07:00 AS 13:00

ASSINATURA

13:00 AS 19:00

ASSINATURA

19:00 AS 07:00

ASSINATURA

3º TURNO

07:00 AS 13:00

ASSINATURA

13:00 AS 19:00

ASSINATURA

19:00 AS 07:00

ASSINATURA

1º TURNO

07:00 AS 13:00

ASSINATURA

13:00 AS 19:00

ASSINATURA

19:00 AS 07:00

ASSINATURA

2º TURNO

07:00 AS 13:00

ASSINATURA

13:00 AS 19:00

ASSINATURA

19:00 AS 07:00

ASSINATURA

3º TURNO

07:00 AS 13:00

ASSINATURA

13:00 AS 19:00

ASSINATURA

19:00 AS 07:00

ASSINATURA

1º TURNO

07:00 AS 13:00

ASSINATURA

13:00 AS 19:00

ASSINATURA

19:00 AS 07:00

ASSINATURA

2º TURNO

07:00 AS 13:00

ASSINATURA

13:00 AS 19:00

ASSINATURA

19:00 AS 07:00

ASSINATURA

3º TURNO

07:00 AS 13:00

ASSINATURA

13:00 AS 19:00

ASSINATURA

19:00 AS 07:00

ASSINATURA

1º TURNO

07:00 AS 13:00

ASSINATURA

13:00 AS 19:00

ASSINATURA

19:00 AS 07:00

ASSINATURA

2º TURNO

07:00 AS 13:00

ASSINATURA

13:00 AS 19:00

ASSINATURA

19:00 AS 07:00

ASSINATURA

3º TURNO

07:00 AS 13:00

ASSINATURA

13:00 AS 19:00

ASSINATURA

19:00 AS 07:00

ASSINATURA

1º TURNO

07:00 AS 13:00

ASSINATURA

13:00 AS 19:00

ASSINATURA

19:00 AS 07:00

ASSINATURA

2º TURNO

07:00 AS 13:00

ASSINATURA

13:00 AS 19:00

ASSINATURA

19:00 AS 07:00

ASSINATURA

3º TURNO

07:00 AS 13:00

ASSINATURA

13:00 AS 19:00

ASSINATURA

19:00 AS 07:00

ASSINATURA

1º TURNO

07:00 AS 13:00

ASSINATURA

13:00 AS 19:00

ASSINATURA

19:00 AS 07:00

ASSINATURA

2º TURNO

07:00 AS 13:00

ASSINATURA

13:00 AS 19:00

ASSINATURA

19:00 AS 07:00



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

C-05

NOME: 25007 M FERNANDES NINA IDADE: SEXO: F () M () LEITO/UNIDADE: 1
DATA: 23/07/18 DATA INTERNAMENTO: 1 DATA DA FRATURA: 1 DATA DA CIRURGIA: 1 (Dr. 1)

	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 VO LIVRE.						
2. GELCO HIDROLISADO.						
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H.	<u>SUSPEND</u>	<u>Fernando</u>	<u>ada</u>	<u>ada</u>	<u>ada</u>	<u>ada</u>
4. DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.	<u>SOS</u>	<u>Fernando</u>				
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.	<u>SOS</u>					
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H.	<u>SOS</u>					
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINA 5.000UI SC 12/12H.						
8. RANITIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H.	<u>SOS</u>					
9. BROMOPRIDA 02ML+18ML AD EV 8/8H SOS.						
10. Sonda VESICAL DE ALÍVIO SOS.						
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>SUSPEND</u>					
12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70 MG/DL	<u>SOS</u>					
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180mmHg OU PAD > 110mmHg						
14. MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H.						
15. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA.						
16. CCGG+SSVV 6/6H.						
16. <u>Dr. Gilson Tebete</u> Ortopedia/Traumatologia CRM-SE 4003						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						

HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO
06				
12	<u>120 X 80</u>		<u>36,6</u>	<u>80</u>
18	<u>133 X 82</u>		<u>36,6</u>	<u>65</u>
24				

Ana Paula Oliveira Santos
Enfermeiro
COREN-SE 489400

Coren-SE 191182 - ENF
Nina Santana Menezes
Enfermeiro



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

NOME: Dr. F. de S. P. da Silva

DATA: 25/08/18 DATA INTERNAMENTO: 1/1 DATA DA FRATURA: 1/1

IDADE: 1 SEXO: F () M () LEITO/UNIDADE: C-5/12

DATA DA CIRURGIA: 1/1 (Dr. 1/1)

	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 VO LIVRE.	<u>300</u>					
2. GELCO HIDROLISADO.	<u>100</u>					
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H.	<u>100</u>		<u>18</u>		<u>24</u>	<u>06</u>
4. DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.	<u>100</u>		<u>18</u>		<u>24</u>	<u>06</u>
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.	<u>100</u>				<u>22</u>	
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H.	<u>100</u>	<u>Fernando</u>	<u>16</u>		<u>24</u>	
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINA 5.000UI SC 12/12H.	<u>100</u>	<u>Fernando</u>			<u>20</u>	
8. RANITIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H.	<u>100</u>		<u>18</u>		<u>06</u>	
9. BROMOPRIDA 02ML+18ML AD EV 8/8H SOS.	<u>100</u>					
10. Sonda Vesical de Alívio SOS.	<u>100</u>					
11. GLICEMIA CAPILAR DE 6/6H.	<u>12</u>		<u>18</u>		<u>24</u>	<u>06</u>
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	<u>100</u>					
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180mmHg OU PAD > 110mmHg	<u>100</u>					
14. MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H.	<u>100</u>		<u>18</u>		<u>24</u>	
15. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA.	<u>100</u>					
16. CCGG+SSW 6/6H.	<u>100</u>					
16. <u>Cirurgia</u>	<u>100</u>		<u>18</u>		<u>24</u>	
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						

HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO
06				
12				
18				
24				

Dr. Gilson Teixeira
Clínica Geral
Ortopedia/Traumatologia
CRM-SE 4003

Mon 23/9/197 35,9°C 52 - 40 bpm

CIRURCI

HOSPITAL DE CLÍNICAS "DR. AUGUSTO LEITE"

EVOLUÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

UNIDADE

PACIENTE

Don de Tan Rolin

MATRÍCULA:

IDADE

SERVIÇO:

APTO:

QUARTO:

ENFERM:

LEITO:

CONVÊNIO:

DATA
HORA

EVOLUÇÃO

22/01/13

Netur Buech

Netur

Netur

João Roberto A. Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 4003

21/01/13

Netur Buech

Netur Buech

Dr. Gilson Teixeira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 4003

22/01/13

Netur Buech

Netur Buech

Dr. Gilson Teixeira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 4003

23/01/13

Netur Buech

Netur Buech

Dr. Gilson Teixeira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 4003

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

UNIDADE:

PACIENTE:

MATRÍCULA:

IDADE:

SERVIÇO:

APTO:

QUARTO:

ENFERM:

LEITO:

CONVENIO:

SUS

DATA E
HORA

EVOLUÇÃO

24/07/18 Paciente portador de fratura bimalar do tornozelo es-
querdo.

Submetido a redução cirúrgica com fixação-

Ortopedia/Traumatologia

COM IM

24/07/18

71 706066 706066

25/07/18

A 170

Dr. Gilson Teixeira

Clinico Geral

Ortopedia/Traumatologia

CRM-SE 4003

NOME:

Genovê de Farias Rocha

IDADE:

LEITO:

REGISTRO:

UNIDADE:

42, C-05, 1043248, ortopedia I

24/10/18

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

7:30 Petu no leito acordado, acamado, calmo, consciente, orientado, eufórico, alegre, agnóstico, anictérico, verbalizando. Em uso de gelco hidrolisado. Com dieta zero aguardando entrada do C.C.

8:00 Administrado profenid 100mg E.V. de horário

8:55 Petu encaminhado ao C.C., per mto de maca em companhia de funcionaria + maquiagem

Fernando Rodrigues
Auxiliar de Enfermagem

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 ☐ Anoréxico	
9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero	Alterações nas fezes:	
10-DIURESE: Ausente: _____ horas ☐ Presente: _____ vezes	Alterações na urina: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade	

DATA:

Assinatura e Identificação

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME:

Genálio de Faria Rocha

DATA:

42

LEITO:

C-05

REGISTRO:

11043278

UNIDADE:

Ortopedia I

23/07/18

1-BIOTIPO: ☒ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso

2-COMPANHIA: ☒ Desacompanhado ☐ Familiar ☐ Profissional

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

4-CONSCIÊNCIA: ☒ Alerta ☒ Verbal ☐ Delirioso

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

6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não

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

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

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

Alterações nas fezes:

10-DIURESE: Ausente: _____ horas ☒ Presente: 2 vezes

Alterações na urina:

7:30 Ppt no litto acordado calmo, encianito, orientado, supnicio, otebril
ocianitico, micetico, verbosando. Em uso de gelo hidralinico
8:00 Ateito do ptm operado pelo S.N.D.
admitido do ptm operado 100mg k.v de heronico
10:00 Ateito do ptm operado 100mg k.v de heronico
12:00 Admitido do ptm operado 100mg k.v de heronico
12:30 Ateito do ptm operado 100mg k.v de heronico
12:30 Ppt no litto o ptm operado 100mg k.v de heronico

Fernando de S. S. S.
Auxiliar de Enfermagem

23/07/18

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☐ Eutrófico ☐ Obeso

2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☐ Familiar ☐ Profissional

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

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☐ Verbal ☐ Delirioso

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

6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não

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

8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico

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

Alterações nas fezes:

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

Alterações na urina:

13:18 Ppt. caquético, encianito, verbosando, encianito, encianito, encianito
de gelo hidralinico - segue em cuidados pelo enfermeiro
14:00 Ppt. caquético, encianito, verbosando, encianito, encianito, encianito
15:00 Ppt. caquético, encianito, verbosando, encianito, encianito, encianito
16:00 Ppt. caquético, encianito, verbosando, encianito, encianito, encianito
17:00 Ppt. caquético, encianito, verbosando, encianito, encianito, encianito
18:00 Ppt. caquético, encianito, verbosando, encianito, encianito, encianito
Segue em cuidados pelo enfermeiro

Assinatura e identificação

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME:

Seu de Faria Roene

IDADE:

42

LEITO:

C-5

REGISTRO:

1043278

UNIDADE:

Otorrela I

DATA: 22-07-18

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

7:00 Paciente no leito em decúbito dorsal, calma, Orientado, consciente etc
 8:00 Paciente aceitou o desjejum oferecido pela equipe de nutrição.
 10:00 Paciente aceitou o lanche oferecido pela equipe de nutrição.
 12:00 Paciente aceitou o almoço oferecido pela equipe de nutrição.
 14:00 Paciente aceitou o jantar oferecido pela equipe de nutrição.
 16:00 Paciente aceitou o lanche oferecido pela equipe de nutrição.
 18:00 Paciente aceitou o jantar oferecido pela equipe de nutrição.
 20:00 Paciente aceitou o jantar oferecido pela equipe de nutrição.
 22:00 Paciente aceitou o jantar oferecido pela equipe de nutrição.

Assinatura e identificação
 Josélice Andrade
 Técnica de Enfermagem
 COREN-PA nº 186.709

DATA: 22-07-18

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

13:00 Paciente no leito em decúbito dorsal, calma, Orientado, consciente, etc
 15:00 Paciente no leito em decúbito dorsal, calma, Orientado, consciente, etc
 17:00 Paciente no leito em decúbito dorsal, calma, Orientado, consciente, etc
 19:00 Paciente no leito em decúbito dorsal, calma, Orientado, consciente, etc
 21:00 Paciente no leito em decúbito dorsal, calma, Orientado, consciente, etc
 23:00 Paciente no leito em decúbito dorsal, calma, Orientado, consciente, etc

Assinatura e identificação
 Josélice Andrade
 Técnica de Enfermagem

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME:

Leandro de Carvalho Rocha

IDADE:

42

LEITO:

25

REGISTRO:

1043278

UNIDADE:

ORTOPEDIA

DATA: 21/07/18

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

4m. Pac. com consciência verbalizando claramente
em relação ao momento presente.
8m. admissão no pré-operatório e realização do exame
9m. Teste de Tó e teste da sensibilidade
9m. PNT. 147/107
FC 89b/min
TA x 34 mmHg
10m. Segue a cuidados pela enfermeira
12m. Admissão no pré-operatório e realização do exame
Admissão no pré-operatório e realização do exame
e medicação IV.

Assinatura e identificação

DATA: 21/07/18

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

15m. Segue em cuidados pela enfermeira
16m. Pac. em pré-operatório e realização do exame
17:20 PNT 112/66
FC 53b/min
TA x 33 mmHg
18m. Pac. em pré-operatório e realização do exame
admissão no pré-operatório e realização do exame
e medicação IV.

Assinatura e identificação

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

2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☐ Familiar ☐ Profissional

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☐ Eutrófico ☐ Obeso

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☐ Verbal ☐ Doloroso

6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não

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

9-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico

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

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

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

Alterações nas fezes:

☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade

Alterações na urina:

Assinatura e Identificação

338269

19:00 presente no leito caloso reordenado, conveniente, orientado

em leito de AVP hidratisado prescrito de horário

20:00 administração medicamentosa prescrito de horário

21:00 administração medicamentosa prescrito de horário

seguintes unidades da seguinte

06:00 administração medicamentosa prescrito de horário

seguintes unidades da seguinte

HORÁRIOS

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

1-Aspiração (1) TOT (2) TOT (3) Orofaringe (4) Nasal

2-Troca de Fralda

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

4-Banho (1) Leito (2) Cadeira de banho (3) Banheiro

5-Curativo Operatório:

6-Curativo de Lesão por Pressão:

7-Mudança de Decúbito:

8-Elevação de cabeceira

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso

4-CONSCIÊNCIA: ☒ Alerta ☐ Verbal ☐ Doloroso

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

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

10-DIURESE: Ausente: ☐ Presente: ☒ horas

2-COMPANHIA: ☒ Desacompanhado ☐ Familiar ☐ Profissional

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

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

Alterações nas fezes: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade

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

6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não

Alterações na urina: ☐

Assinatura e Identificação

For: *Assinatura* 658861

19-07-18 19:00 às 07:00 h

19-07-18, no dia 19 de julho de 2018, compareci ao consultório de enfermagem da Unidade de Pronto Atendimento para a realização de um exame físico e de enfermagem. O paciente encontra-se em estado de saúde satisfatório, com sinais vitais estáveis. Foi realizada a administração de medicamentos conforme prescrição médica. O paciente não apresentou queixas ou alterações. Foi realizada a troca de fralda e o banho de higiene. O paciente foi orientado sobre a importância de seguir as orientações médicas e de enfermagem.

HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
Temperatura												
Pressão Arterial												
F. Cardíaca												
F. Respiratória												
1-Aspiração (1) TOT (2) TQT (3) Orofaringe (4) Nasal												
2-Troca de Fralda												
3-Higiene (1) Oral (2) Ocular (3) Intima												
4-Banho (1) Leito (2) Cadeira de banho (3) Banheiro												
5-Curativo Operatório:												
6-Curativo de Lesão por Pressão:												
7-Mudança de Decúbito:												
8-Elevação de cabeceira												



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME:

JEDVA DE FARIAS ROCHA

IDADE:

LEITO:

REGISTRO:

UNIDADE:

42 205 1043278 ORTOPEDIA +

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

6- LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não

2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☐ Familiar ☐ Profissional

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☐ Eutrófico ☐ Obeso

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☐ Verbal ☐ Doloroso

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

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

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

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

8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico

Alterações nas fezes:

Alterações na urina:

Assinatura e identificação

DATA: 20/07/18

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

6- LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não

2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☐ Familiar ☐ Profissional

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☐ Eutrófico ☐ Obeso

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☐ Verbal ☐ Doloroso

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

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

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

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

8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico

Alterações nas fezes:

Alterações na urina:

Assinatura e identificação

DATA: 20/07/18

16h Pac. admitido neste setor por paciente da urgência
Ortopédica - para submeter-se a procedimento cirúrgico
multiplas do tornozelo aos cuidados do enfermeiro
PNT: 34, 144/184
FC 70/51

18h exames laboratoriais 19h IV conforme conduta médica
Segue em cuidados pela enfermeira

Assinatura e identificação

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

DATA: 20/01/2018

° DIH

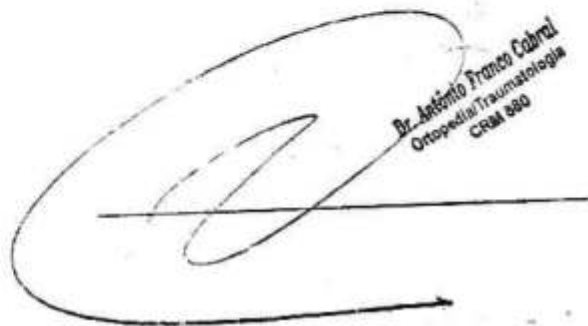
116

NOME:

DIAGNÓSTICO(S):

Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º. Dieta Livre 3 PNO	
2º. Gelco Salinizado	
3º. Kefazol 1 g EV 8/8hs ou Keflin 1 g EV 6/6hs	
4º. S. Fisiológico 0,9% 1000CC 24HS	
5º. Dipirona 2ml + 8 ml AD EV ou Paracetamol 40gts VO 6/6hs SOS	
6º. Nauseadron 8mg EV 08/08hs SOS	
7º. Antak 50mg EV ou 150mg VO / Omeprazol 40mg EV ou VO às 6hs	
8º. Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% EV ou VO 8/8hs SOS	
9º. Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% EV 12/12hs SOS	
10º. Captopril 25mg VO 8/8hs se PAS > 180 mmHg e PAD > 110 mmHg SOS	
11º. Luftal 40 gts VO de 8/8 hs	
12º. Clexane 40mg SC 1 x dia ou Heparina 5000UI SC 2 x dia	
13º. Dextro 6/6hs se Diabetico	
14º Insulina Regular SC, após o dextro. 201 - 250: 02UI 251 - 300: 04UI 301 - 350: 06UI 351 - 400: 08UI > ou = 401: 10UI	
15º. Curativos Diários 1 x dia (x) SF 0,9% + Gazes	
16º SSVV 6/6hs	
17º	
18º	
19º	
20º	

EVOLUÇÃO:


Dr. Antônio Franco Cabral
Ortopedia/Traumatologia
CRM 880

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA
 PRESCRIÇÃO EVOLUÇÃO DIÁRIA

L16

DATA: 19 / 07 / 2018.

CORREDOR: ϕ

LEITO: 11

NOME: Joana de Farias Rodas

42 A VT 2

DIAGNÓSTICO(S): FRATURA Lux. Bimaleolar Torso (E)
 Evolução do período passado: 12x80, 36, 60FC

Hoje: EOLógico, OFICIN, ϕ dr, ϕ feixes, ϕ desliza no tronco

Solicitações:	Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º.	Dieta RICA EM FIBRA	SND
2º.	SOL.FISIOLOGICA 0,9% 500 MLEV 8/8 HS	SND
3º.	KEFLIN 1G EV 6-6HS OU KEFAZOL 1G EV 8-8HS	SND
4º.	GENTAMICINA 240MG /200ML EV 1X AO DIA	SND
5º.	Dipirona 2ml + 8 ml AD EV ou Paracetamol 30gts VO 6/6hs	SND
6º.	Nauseidron 8mg EV 08/08hs SOS	SND
7º.	Omeprazol 40mg VO às 6hs OU ANTAK 150 VO 12-12HS	SND
8º.	Tramal 50mg + 100 ml SF 0,9% EV ou VO 8/8hs	SND
9º.	Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% EV 12/12hs	SND
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	SND
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 > ou = 401: 10UI	301 - 350: 06UI 351 - 400: 08UI
14º.	Curativos Diários 1x dia COM SF 0,9%	
15º.	GLICOSE 50% 4 AMPOLAS EM 250ML SF 0,9% EV SE GLICEMIA CAPILAR MENOR OU IGUAL A 70MG-DL	
16º.	FISIOTERAPIA MOTORA : 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	SND
21.	CLONAZEPAM GOTAS : 10 GTS VO A NOITE	SND
22.	RISCO CIRURGICO COM A CARDIOLOGIA	NÃO

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

Duam Apolito A. Vaz
 Enfermeiro
 COREN/SE 383.944

Rx: + Tumbado (E) 28/10

+ FORTES Bimacina
uso de tumbado

+ RESUS

+ Tolo bato

+ Rx on trole - moa, tubigide

+ Intermos

Felix Antonio Lopez Freitas
Medico
Ortopedia - Traumatologia
CRM-SE 5839

Felix Antonio Lopez Freitas
Medico
Ortopedia - Traumatologia
CRM-SE 5839

Dr. Felix Antonio Lopez Freitas
Ortopedia - Traumatologia
CRM-SE 13858

Nome do Paciente: Jeovs de Farias Rocha Idade: 42 Sexo: M
 Unidade de Produção: Leito: Nº do Prontuário:

DATA	HORA	HISTÓRICO
16/7/18	18h	Paciente de sexo masculino de 42 anos vítima de acidente com motocicleta hoje sofrendo trauma em membro inferior (E)
		* Nega alergias
		* Nega HTA ou DM.
		Apresenta luxação do joelho (E)
		CD: redução
		FAIXA BOTAS
		Px controle internado

Pêlix Antonio Lopes Faria
 Médico
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM nº 5535

Relatório de amostras

s/n: 518-0000528

ver: 2.0.0.166

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

DG-APT Teynth

32.0 s

IND r

FI

DG-PT

17.3 s

73.9 %

1.20 r

1.23 INR

(B)(II) FI

Ana Carolina A. V. Lissón

BIO MÉDICA
08/04/2018

* Amostra identificada manualmente (-ID)

(O) Revisto sem nenhuma política de qualidade

(I) Há incidências

CN Canceleada

FI Finalizada

(A) Produto identificado manualmente

(C) Erro de CV

(II) Resultado fora do intervalo de normalidade

PE Pendente

RV Revista

(B) Curva de calibração editada manualmente

(D) Duplicado

(R) Técnica não validada

PR Em curso

EX Exportada

(P) Produto caducado

(R) Reperição

HOSPITAL DE URGENCIA DE SERGIPE

EQUIPAMENTO 2

Pág Diagrama

ID Amost 016
 Nome Pac JEOVA DE FARIAS ROCHA
 ID Pac V TRAUMA I
 Dr.
 Anotação

RRTT R2 T6

Tipo Am Patient
 DN 28/10/1975 Sex Ignorado
 DT/HR Coleta 16/7/2018 0:00
 Obs 1
 Obs 2

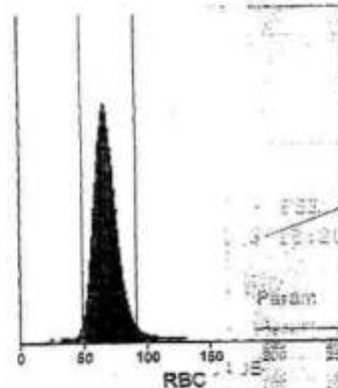
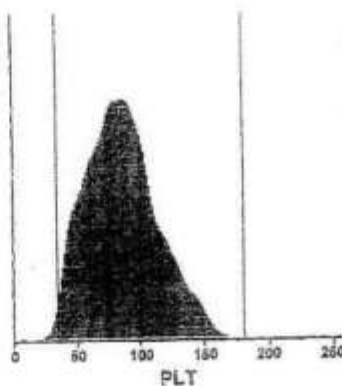
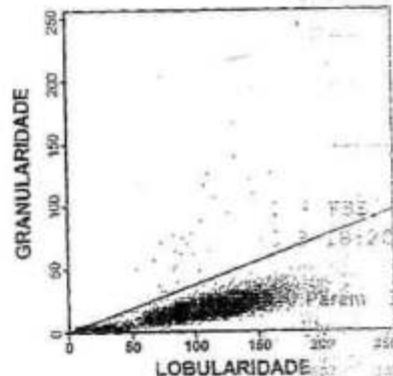
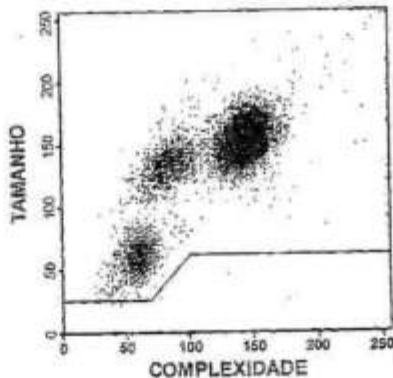
SEQ# 4253 IDOP FSE
 Corrida 16/7/2018 18:20
 Test CBC
 Modo Fechado Param 1
 Limites Padrão (2)

WBC 15.1 10e3/uL
 NEU 11.6 76.8 %
 LYM 1.91 12.7 %
 MONO 1.48 9.82 %
 EOS .041 270 %
 BASO .060 .401 %

RBC 6.84 10e6/uL
 HGB 14.4 g/dL
 HCT 48.7 %
 MCV 71.1 fL
 MCH 21.1 pg
 MCHC 29.6 g/dL
 RDW 12.3 %

RBC MORPH

PLT 208. 10e3/uL
 MPV 7.71 fL



LIM. REF			
WBC	3.70-10.1	RBC	4.06-4.69
NEU	1.63-6.96	HGB	12.9-14.2
LYT	1.08-2.99	HCT	37.7-53.7
MONO	240-790	MCV	81.1-96.0
EOS	.030-.440	MCH	27.0-31.2
BASO	0.00-.080	MCHC	31.8-35.4
		RDW	11.5-14.5
		PLT	155-365
		MPV	6.90-10.6

INTERPRETAÇÃO

LEUC HEM PLT
 POPULAÇÕES ANORMAIS SUSPEITAS:

Morfologia HEM

ANORMAL DEF. POR USUÁRIO :

Leucocitose Policitemia
 Neutrofilia HEM Microcítica
 Monocitose Hipocromia

Handwritten signature and date: 16/7/18

HUSE-HOSPITAL DE URGENCIA DE SERGIPE

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

Validado

Nome: JEOVA DE FARIAS, ROCHA

Sexo: Desconhe.

ID do doente: VERDE TRAUMA

Data nascimento: 28.10.1975

ID da amostra: 112

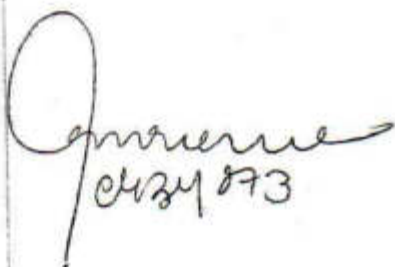
Data/hora da colheita:

Localização:

Médico:

Ensaio	Resultado	Unidades	Alertas	Intervalo	Data da conclusão Hora da conclusão
Cl-C	103	mmol/L		98 - 107	16.07.2018 18:22
C _u	0.95	mg/dL	CNTL	0.50 - 1.30	16.07.2018 18:27
GluC	116	mg/dL	CNTL, HIGH	70 - 99	16.07.2018 18:23
K-C	3.7	mmol/L		3.5 - 5.1	16.07.2018 18:22
Na-C	137	mmol/L		136 - 145	16.07.2018 18:22
Urea	20	mg/dL		15 - 56	16.07.2018 18:27

Fim do registo da amostra



J. M. Almeida
04/24/2018

Impresso em: 16.07.2018
6:27:49PM

ARCHITECT

Página: 1 de 1

ECG de Repouso

Exame: 16959

Nome: JEOVA DE FARIAS ROCHA

FC 51 bpm

Reg.Clin.: TRAUMA

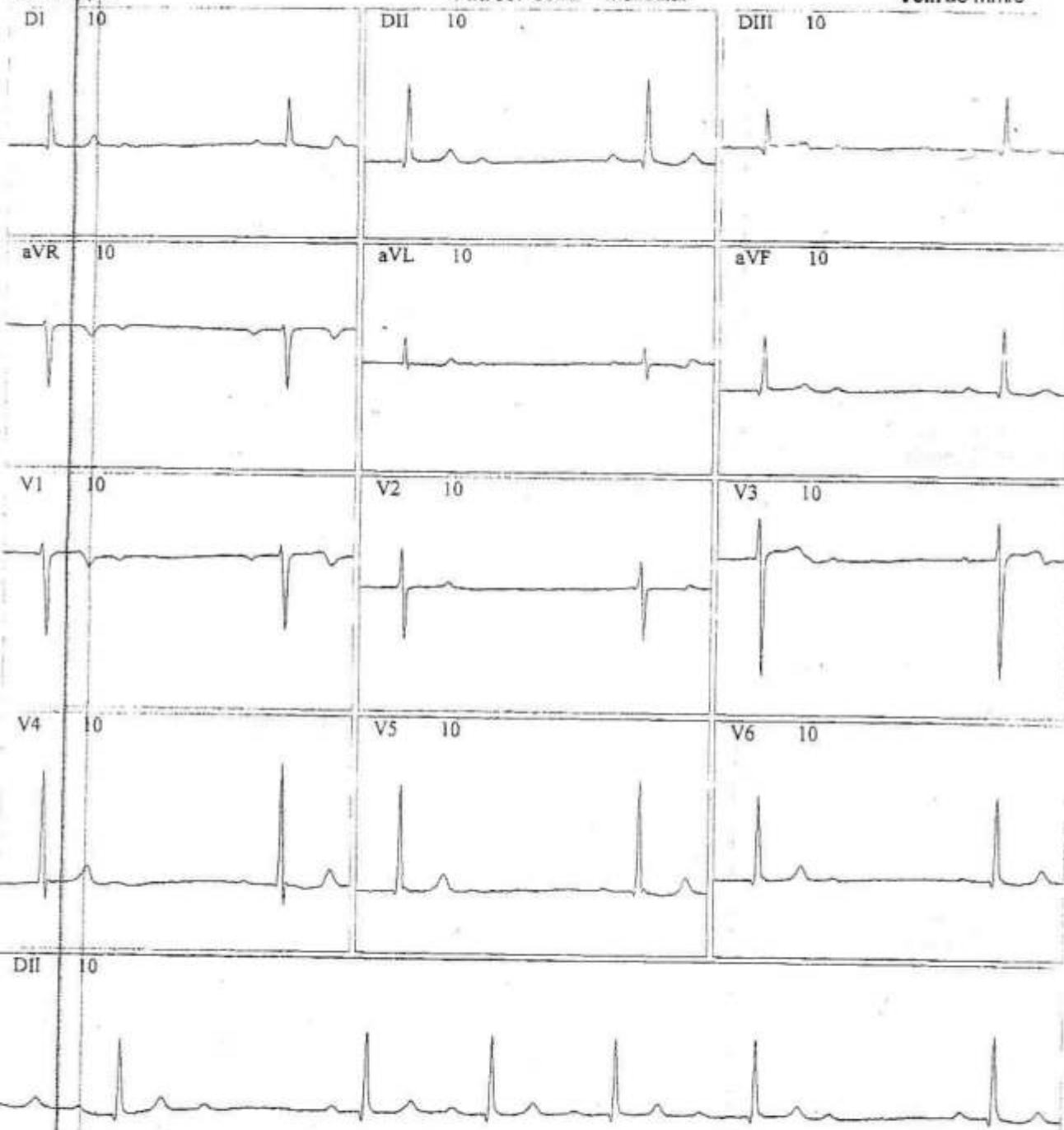
18.07.2018

Filtros: 60Hz Muscular

Data: 18/07/2018

Nasc.: 28/10/1975

Vel.: 25 mm/s



PRÉ - OPERATÓRIO ORTOPEDICO

ORTO

MS/DATASUS HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO
 No. DO BE: 1755091 DATA: 16/07/2018 HORA: 11:27 USUARIO: ACFERREIRA
 CNS: SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE
 NOME : JEOVA DE FARIAS ROCHA DOC...:
 IDADE: 42 ANOS NASC: 28/10/1975 SEXO...: MASCULINO
 ENDEREÇO: TRV 15 DE AGOSTO NUMERO: 195
 COMPLEMENTO: 126285670770003 BAIRRO: BRASILIA
 MUNICIPIO: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE CEP...: 49680-000
 NOME PAI/MAE: ANTONIO VIEIRA DA ROCHA /MARIA DE LOURDES DE FARIAS RO
 RESPONSÁVEL: IRMA LIZIMA TEL...: 79/9997261
 PROCEDENCIA: NOSSA SENHORA DA GLORIA 09
 ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS) TRAUMA: NAO
 CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE...: NAO
 ACID. TRABALHO: SIM VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA: [X mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []
 EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAO X [] SANGUE [] URINA [] TC
 [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS:
 Zito trazido pela mãe com fratura de fêmur
 Audição notavelmente baixa em ambos os ouvidos
 ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM: referir de fratura em

DIAGNOSTICO: hipoacusia bilateral CID:
 PRESCRIÇÃO HORARIO DA MEDICACAO:

1) Pulso ortopédico
 Alto de c/sem

HUSE
 ELETROCARDIOGRAMA
 EXAMINADO REALIZADO
 DATA: 16/07/2018
 HORARIO: 11:27
 TECNICO: [assinatura]
 CRP 3582

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

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

Assinatura do Paciente/Responsável

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

REALIZADO EM 16/07/2018
 AS 14:43 HORAS
 TÉCNICO EM RADIOLOGIA

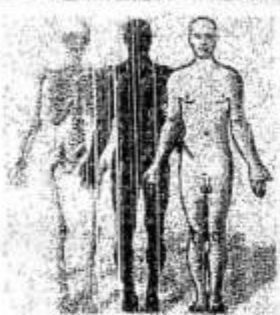
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: João de Farias Rocha Procedência: Oto Rino Matrícula: 1043278
Idade: 42 Sexo: M () F Data de admissão: 24/07/08 Leito: E-5

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: André; Kleber
- Anestesiologista: Fabiano
- Circulante: Priscila 58318

SERVIÇO DE APOIO

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

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

- Proposto: Red. da orelha Realizado: el fixação
- Horário - Início: 17:45 h e Término: _____ h. MIC
- 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: MIC
- Curativo - Tipo e local: oclusão

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Ocorrências e Intercorrências)

HORÁRIO DE ENTRADA NA SO: 17:30 h. HORÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA SRPA: _____ h.
Paciente admitido na S.O. para submeter-se a ato cirúrgico, acordado, verbalizado, apêndice, supnato, em uso de seroterapia, com oxím. + RX. Realizado o teste sup + ato cirúrgico. Paciente encaminhado para SRPA, ato cirúrgico, sob apêndice anestésico, em uso de seroterapia com oxím. + RX, SPO-99%, FC-77 bpm; P.A-130x72 mmHg.

ASSINATURA:

Priscila 58318

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

DISPOSITIVOS EM USO

() CATETER O2 - ____ L/MIN () MÁSCARA O2 - FIO2: ____% () VMI/TOT - Modo: ____ e FIO2: ____% () VMI/TQT - Modo: ____ e FIO2: ____% () MARCAPASSO
 () CATETER VENOSO PERIFÉRICO ____ () CATETER VENOSO CENTRAL ____ () CATETER PERITONEAL ____ () Sonda Vesical ____ () Sonda 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: ____ : ____ h.
 Paciente admitido na SRPA após avaliação pré-anestésica em uso de sedação leve após procedimento.

ASSINATURA: _____

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

HORARIO: ____ : ____ h.
 Paciente encaminhado para enfermagem de recuperação pós-anestésica em uso de sedação leve.

DESTINO/UNIDADE: _____

ASSINATURA: *Dee Silva Torres*

MENSURAÇÃO DO ÍNDICE DE ALDRET E KROLIK - IAK

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

		Valor	0	30	60	90	120
Atividade Motora	Capaz de mover os 04 membros	02	2		2		
	Capaz de mover os 02 membros	01					
	Incapaz de mover os membros	0			2		
Respiração	Respira profundamente ou tosse livremente	02	2				
	Dispnéia ou limitação de respiração	01					
	Apnéia	0					
Circulação	PA 20% do nível pré anestésico	02	2		2		
	PA 20 - 49% do nível pré anestésico	01					
	PA 50% do nível pré anestésico	0					
Consciência	Lúcido, orientado no tempo e no espaço	02	2		2		
	Desperta se solicitado	01					
	Não responde	0					
Saturação	Maior que 92% respirando em ar ambiente	02	2		2		
	Maior que 90% com oxigênio suplementar	01					
	Menor que 90% com oxigênio suplementar	0					
IAK	TOTAL		0		0		

HORARIO DE ALTA - SRPA: ____ : ____ h.

ASSINATURA: ANESTESIOLOGISTA CRM: ____

Larissa Smith
 Anestesiologista
 CRM-SE 3679

LEGENDA:

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

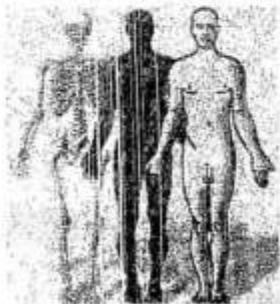
Nome: João de Farias Rocha Procedência: Outro Local Matrícula: 1043278
Idade: 42 Sexo: M () F Data de admissão: 24/07/18 Leito: 2-5

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: _____ / ____ / ____ () Puncção 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: André J. Kleber
- Anestesiologista: Fabiano
- Circulante: Priscilla 58318

SERVIÇO DE APOIO

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

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

- Proposto: Red. craniotomia Realizado: el pivoção
- Horário - Início: 17:45 h e Término: _____ h. MIC
- Monitoração: () ECG () Oximetria () PANI () Pressão Invasiva;
- Técnicas Anestésicas: () Geral venosa () Geral intravenosa () Geral combinada () Peridural com cateter Peridural sem cateter () Raquianestesia () Bloqueio () Sedação () Local
- Posição Cirúrgica: () Dorsal () Ventral () Ginecológica () Lateral D () Lateral E () Outras _____
- Local da placa dispersiva: _____
- Incisão Cirúrgica - local: MIC
- Curativo - Tipo e local: oclusivo

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Ocorrências e Intercorrências)

HORÁRIO DE ENTRADA NA SO: 17:30 h. HORÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA SRPA: _____ h.

Paciente admitido na S.O. para submeter-se a ato cirúrgico, acordado, verbalizado, apnéia, eufórico, em uso de sedotéropio, com oxímetros + RX. Realizado o teste de apnéia + ato cirúrgico. Paciente encaminhado para SRPA, após ato cirúrgico, sob apnéia oxiestático, em uso de sedotéropio com oxímetros + RX, PO-99%, FC-77 bpm; P.A-130x72 mmHg.

ASSINATURA: _____

Priscilla 58318

LAUDO MÉDICO SUPLEMENTAR

Nº DO LAUDO DE AIH	SEQUÊNCIA	Nº DO LAUDO DE ALTO CUSTO	Nº DO CARTÃO SUS	Nº DO PRONTUÁRIO
UNIDADE SOLICITANTE FUNDAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL DE CIRURGIA			CÓDIGO DA UNIDADE 0002283	CGC 13.016.332.0001-06
NOME DO(A) PACIENTE João de Farias Rocha				DATA DO NASCIMENTO 28/10/75
NOME DA MÃE Mônica de Lourdes de Farias Rocha				SEXO Masculino ☒ Feminino ☐
ENDEREÇO COMPLETO Travessa 45 de Agosto - 195				MUNICÍPIO EM QUE RESIDE M. S. S. S. S.
DATA DE INTERNAÇÃO 20/07/18	HORA DE INTERNAÇÃO 15 Hs. 25 Min.	CARÁTER ☒ URG ☐ ELETIVA	TIPO 05	ENFERM. 2
CPF MÉDICO SOLICITANTE				

TIPO DE SOLICITAÇÃO

☐ 1 - PERMANÊNCIA A MAIOR	☐ 4 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	☐ 7 - DIÁLISE
☐ 2 - MEDICAMENTOS ESPECIAIS	☐ 5 - HEMODINÂMICA	☐ 8 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
☐ 3 - NUTRIÇÃO PARENTERAL	☐ 6 - DIÁRIA DE RECÉM NASCIDO	
☐ 9 - HEMODERIVADOS	☐ 12 - UTI II	
☐ 10 - USO DE ÓRTESE/PRÓTESE	☐ 13 - UTI III	
☐ 11 - CIRURGIA MÚLTIPLA	☐ 14 - OUTROS	
☐ 15 - DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	☐ 16 - DIÁRIA DE UTI I	
☐ 17 - MUDANÇA DE PROCEDIMENTO		
☐ 21 - NOVA AIH	☐ 23 - CUIDADOS PROLONGADOS	☐ 25 - REABILITAÇÃO
☐ 22 - PSIQUIATRIA	☐ 24 - ACOMPANHANTE PÓS-TRANSPLANTE	
MÉDICO SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO)		DIRETOR CLÍNICO DA UNIDADE (ASSINATURA E CARIMBO)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

DADOS DA HISTÓRIA CLÍNICA E DO EXAME FÍSICO

01 Placa 1/3 tubular 3,5
01 Parafuso esponjoso 4.0
04 Parafusos corticais 3,5mm

EXAMES COMPLEMENTARES

TRATAMENTO

PROCEDIMENTO AUTORIZADO

DESCRIÇÃO DO NOVO PROCEDIMENTO

AUTORIZADO

☐ SIM ☐ NÃO

MOTIVO DA REJEIÇÃO

DATA DA AUTORIZAÇÃO

MÉDICO SUPERV. SOR
(ASSINATURA / CARIMBO)

MÉDICO AUTORIZADOR
(ASSINATURA / CARIMBO)

CPF / MÉDICO AUTORIZADOR

MÉDICO COORDENADOR DA AUDITORIA
(ASSINATURA / CARIMBO)

07/08/18

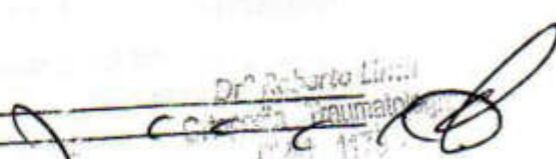
Ariane Ferreira de Motta
Médica / SES
CRM - SP 3686
CPF 076.198.700-00

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Joana de Farias Rocha Matrícula: 1043278
Enfermaria: _____ Convênio: SUS
Diagnóstico: fratura bimalar da esquerda
Procedimento realizado: redução cirúrgica com fixação
Data da utilização: 24 / 07 / 18

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome: Dr. Roberto Lima 
CRM: 3173

IDENTIFICAÇÃO DOS PRODUTOS

Código INSS / SIMPRO	Quantidade Utilizada	Descrição dos produtos
04.08.05.048-7	01	Placa 1/3 tubular
	01	Parafuso espondil 4,0
	04	Parafusos corticais 3,5mm

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: Ortoplan CNPJ: _____
Carimbo e assinatura: _____

CONTROLE DA FARMÁCIA

Data do recebimento: _____
Farmacêutico: _____

1ª via - Prontuário

2ª via - Fornecedor

3ª via - Farmácia

J. B. N. C.



ORTOPLAN SERGIPE LTDA. - EPP

Av Rio Branco, 186 - Ed. Oviedo Teixeira - Sala 817

Telefax: (79) 3222-0250 / 3222-0383 - CEP 49010-030 Aracaju - SE

PACIENTE: José de Farias Rocha

Nº DAAH: _____

PRONTUÁRIO Nº

1043278DATA DA CIRURGIA: 24/07/18

CONVÊNIO:

SUSCIRURGIÃO: Roberto Lima

PROCEDIMENTO: _____

DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS UTILIZADOS

Nº 017322

	MATERIAL	REF.	QUANT.	MATERIAL	REF.	QUANT.
Peq. Fragmentos	Arruela p/ Parafuso 3,5			Haste Bloqueada ☐ Femur ☐ Tibia ☐ Umero		
	Placa em T 3,5			Parafuso para Haste Bloqueada		
	Placa A/ C Estreita Peq. Fragtos 3,5			Parafuso Tampão		
	Placa 1/3 Tubular Peq. Fragtos 3,5	<u>058</u>	<u>01</u>	Haste ☐ Ender ☐ Mini Ten ☐ Ten		
	Placa em Trevo 3,5			Fixador ()		
Grandes Fragmentos	Placa de Reconstrução 3,5			Fixador Linear (Antebraço)		
	Arruela p/ Parafuso ☐ 4,5 ☐ 6,5			Fixador Linear (Umero)		
	Placa A/ C Estreita 4,5			Fixador Linear (Mão e Pé)		
	Placa A/ C Larga 4,5			Fixador Linear (Femur/Tibia)		
	Placa Ponte Larga 4,5			Fixador Linear (Fêmur)		
	Placa Semitubular 4,5			Fixador Linear (Tibia)		
	Placa Reta Maleável 4,5			Fixador Linear TP Preston (Tibia)		
	Placa Supra Condilar 4,5			Fixador Linear TP Preston (Umero)		
	Placa em L/ T 4,5 ☐ Direita ☐ Esquerda			Fixador Linear TP Preston (Fêmur)		
	Placa Tipo Puddu ☐ Fêmur ☐ Tibia			Fixador Articulado (TP Colles)		
Fra. Colo	Placa Tubo Richards ☐ 95° ☐ 135°			Fixador Ilizarov		
	Parafuso Deslizante			Lâmina de Cartilagem		
	Parafuso de Compressão			Lâmina de Osso		
Quadril	Prótese Thompson			Equip. p/ Bomba Infusão		
	Parafuso p/ Acetabulo			Equip. Multivias		
	Acetábulo Bipolar			Ponteira de Radiofrequência (Ablator)		
	Acetábulo N/ Cimentado			Parafuso Transverso		
	Acetábulo Cimentado			Parafuso de Interferência		
	Inserto do Acetábulo			Agrafe		
	Cabeça Intercambiável			Âncora Femural (Endoboton)		
	Haste			Âncora		
	Centralizador			Cânula		
	Restritor de Cimento			Fio de Kirschner		
Joelho	Componente Femoral			Fio de Steinmann		
	Inserto Tibial			Fio de Cerclagem		
	Base Tibial			Grampo de Blount		
	Componente Patelar			Placa Bloqueada 3,5 ()		
	Steri Drape			Placa Bloqueada 4,5 ()		
	Cimento Ortopédico			Placa Titânio () ()		
	Kit Cimentação			Placa Pedus		

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

PARAFUSO CORTICAL ____MM	Nº	QTD						PARAFUSO TITANIO CORTICAL ____MM	Nº	QTD						
PARAFUSO CORTICAL 3,5MM	Nº	QTD						PARAFUSO TITANIO CORTICAL ____MM	Nº	QTD						
PARAFUSO ESPONJOSO 4,0MM	Nº	QTD						PARAFUSO TITANIO BLOQUEADO ____MM	Nº	QTD						
PARAFUSO CORTICAL 4,5MM	Nº	QTD						PARAFUSO TITANIO BLOQUEADO ____MM	Nº	QTD						
PARAFUSO MALEOLAR 4,5MM	Nº	QTD						PARAFUSO AÇO TIT CANULADO 3,5	Nº	QTD						
PARAFUSO ESPONJ. R/16 CURTA	Nº	QTD						PARAFUSO AÇO TIT CANULADO 4,5	Nº	QTD						



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL CIRURGIA

RASTREABILIDADE DE INTEGRADORES QUÍMICOS

NOME: Guilherme de Farias Rocha
NUMERO DE INTERNAMENTO: 1043278
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: Red. cirurgica e/fixação
CIRURGIÃO: Roberto Lima
ENFERMEIRO: Samanta
CIRCULANTE DE SALA: Patricia
ANESTESIOLOGISTA: Fabiano
INSTRUMENTADOR: André; Kleber
DATA: 24/07/18
SALA CIRÚRGICA: 07

GRAMPEAR INTEGRADORES QUÍMICOS NOS ESPAÇOS ABAIXO

LOTES

LOTES

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



E= 24/07/18
11- 24/07/18

26

24/07/18

C. 6

lot = midio lote

24/07/18

ex Pequeno fragmento ortopedico
17/07/18 até 24/07/18 valor 296832

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
FICHA DE CONSUMO DE SALA



PACIENTE: _____ MATRÍCULA: _____ CONVÊNIO: _____
CURURGIA REALIZADA: _____ DATA: ____/____/____ CIRURGIÃO: _____
1º AUXILIAR: _____ 2º AUXILIAR: _____
ANESTESIA: _____ ANESTESIOLOGISTA: _____
CIRGULANTE: _____

MONOCRYL 5.0 REF Y846 1.6CM		1 - CATH AMARELO () AZUL () VERDE ()	
MONOCRYL 5.0 REF Y495		LÂMINA DE BISTURI Nº 15 () 23 () 24 ()	
MONOFY 3.0 C/2 AG. 70CM		LATEX 204 AMARELO () SILICONE ()	
MONONYLON Nº 0 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 8 ()		LUVA ESTERIL 7.0	
9 () 10 ()	02	LUVA ESTERIL 7.5	
POI. (ESTER) (ETIBOND) Nº 0 () 5 ()		LUVA ESTERIL 8.0	
POI. (PROPILENO) (PROLENE) Nº 0 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ()		PLACA DE BISTURI ELETRICO	
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 () 5ML ()	
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 ()		1.6 () 1.8 () 2.0 ()	
CERA P/ C/SSO		SONDA CATETER P/ OXIGÊNIO Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 ()	
ELETRODO DESCARTAVEL P/ MARCAPASSO		16 ()	
FITA CARDIACA FC 500		SONDA DE FOLLEY 2 VIAS Nº 10 () 12 () 14 () 16 () 18 () 20 ()	
KIT CATARATA 3/8 6.5MM REF KB5510		22 ()	
LIGA CLIP 100		SONDA DE FOLLEY 3 VIAS Nº 16 () 18 () 20 () 22 () 24 ()	
LIGA CLIP 300			
MONOCRYL 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	
ALGODÃO HIDROFILO		SONDA ENDOTRAQUEAL C/ BALÃO Nº 3.0 () 3.5 () 4.0 () 4.5 ()	
A CATH Nº () 14 () 16 () 18 () 20 () 22 () 24 ()	01	5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 () 7.0 () 7.5 () 8.0 () 8.5 () 9.0 () 9.5 ()	
ABAIXADOR DE LINGUA (ESPATULA)		SONDA ENDOTRAQUEAL S/ BALÃO Nº 2.0 () 2.5 () 3.0 () 3.5 ()	
AGULHA DESCARTAVEL Nº 13X0.45 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 ()	01	3.5 () 4.0 () 4.5 () 5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 ()	
ATADURA ALGODÃO ORTOPEDICO 10CM ()			
5. CM () 20CM ()		SONDA GASTRICA Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 () 16 () 18 ()	
ATADURA CREPOM 10CM	02	20 () 22 ()	
ATADURA CREPOM 15CM	02	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 ()	
BC LSA DE COLOSTOMIA		20 ()	
CANULA DE TRAQUEOSTOMIA Nº 7.0 () 7.5 () 8.0 () 8.5 ()		SONDA CATETER TIPO OCULOS	
9.0 ()		TORNEIRA PLASTICA 3 VIAS	
CAPA P/ MICROSCÓPIO () CAPA P/ VIDEO ()		FRACIONADOS	
COLEÇÃO DE URINA SISTEMA FECHADO		CAL SOLDADA	
DREN. DE KERH EM T Nº 12 () 4 () 5 () 6 ()		ESPARADRAPO COMUM	
DREN. DE SUÇÃO Nº 3.2 () 4.8 () 6.4 ()		ESPARADRAPO ANTIALERGICO	
DREN. DE TORAX Nº 28 () 36 ()		ETER SULFURICO	
DREN. PENROSE Nº 1 () 2 () 3 () 4 ()		FORMOL 10%	
ELETRODO DESCARTAVEL	05	GORRO TURBANTE	
EQUIPO MACROGOTAS C/ INJETOR LATERAL	02	MÁSCARA DESCARTAVEL	
ESCOVA P/ V	09	POLVIDINE TÓPICO	
ESPONJA GEL FOAM MEDICINAL		POLVIDINE DEGERMANTE	

FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
FICHA DE CONSUMO SALA CIRURGICA

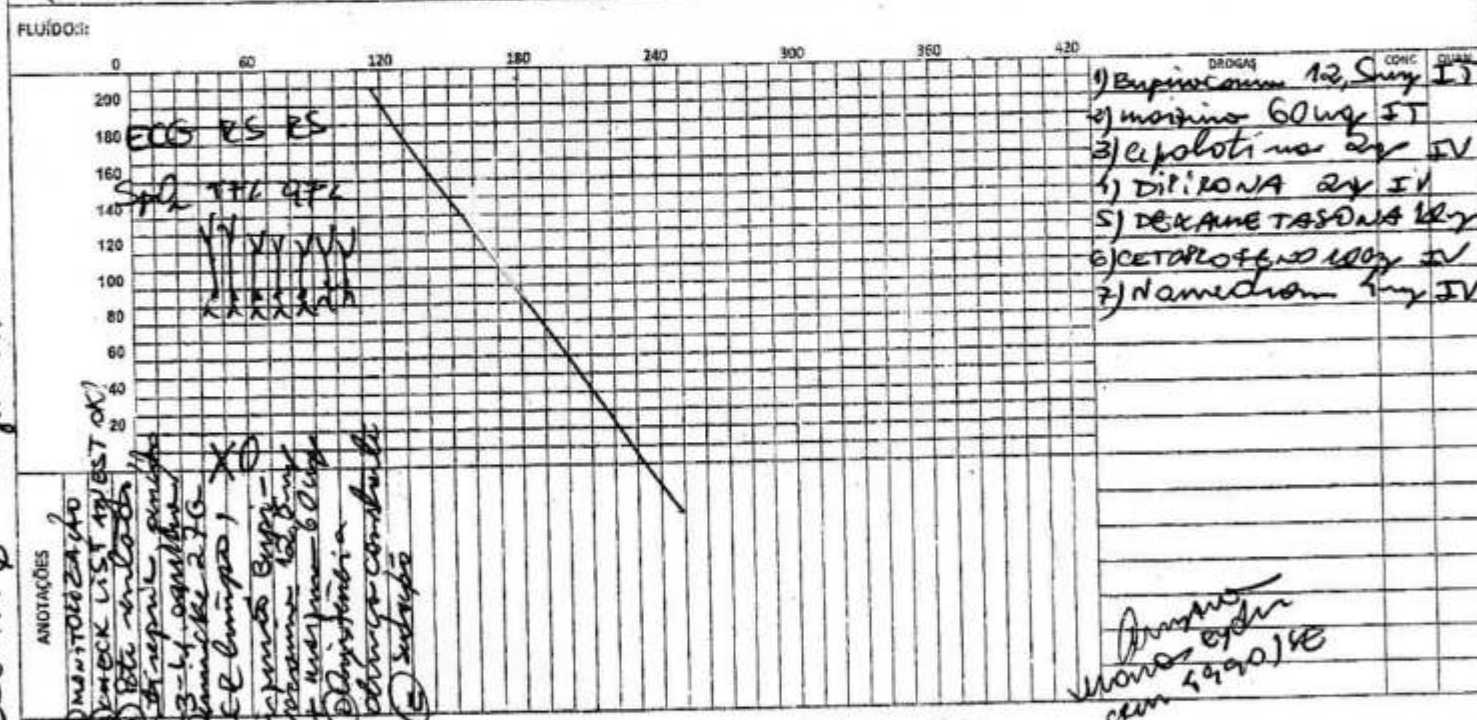
PACIENTE: João de Farias Rocha MATRÍCULA: 1043278 CONVÊNIO: SUS
CIRURGIA REALIZADA: Proctológico e DATA: 24/07/18 CIRURGIÃO: Roberto Lima
AUXILIAR: Wagner 2ª AUXILIAR: Fabiano
ANESTESIA: Wagner ANESTESIOLOGISTA: Fabiano
CIRULANTE: Roberto Lima

MEDICAMENTOS	QNT		
CIDO TRANEXÂMICO (TRANSAMIN) 150MG\3ML		NORADRENALINA 8MG\4ML	
ÁGUA DESTILADA 10ML		OXIDO DE ZINCO + VIT. A e D (HIPOGLOS) 30G	
MINOFILINA 24MG\10ML		OMEPRAZOL 40MG\10ML	
TRACURIO 25MG\5ML		ONDASTERONA 8MG\4ML	
TROPINA 0.25MG\ML		PANCURONEO 4MG\2ML	
ICARBONATO DE SÓDIO 8.4% 10ML		PENTOXIFILINA 100MG\5ML	
UPIVACAÍNA (NEOCAÍNA) C\CASO 1200.00 20ML		PENINSULINA G POTASSICA 5000.000UI	
UPIVACAÍNA (NEOCAÍNA) S\VASO 0.5% 20ML		PROMETAZINA (FENERGAN) 50MG\2ML	
UPIVACAÍNA (NEOCAÍNA) PESADA 0.5% 20ML	01	RANITIDINA (ANTAK) 50MG\2ML	
APTAPRIL 25MG COMP.		SUBGALATO DE BISMUTO 30G	
EFALOTINA (KEFLIN) 1G SOL. INJETÁVEL		SUXAMETONEO 100MG\FRASCO	
LORPROMAZINA 25MG\5ML		SUXAMETONEO 500MG\FRASCO	
EFAZOLINA 1G SOL. INJETÁVEL		TERBUTALINA (BRICANIL) 0.5MG\1ML	
EFTRIAXONA 1G SOL. INJETÁVEL		VANCOMICINA 50MG\ML	
ETOPROFENO (PROFENID) 100MG PÓ LIOFILO		EQUIPAMENTOS	
CIPROFLOXACINO 200MG\100ML		APARELHO DE AMESTESIA	
ISATRACURIO (NIMBIUM) 10MG\5ML		BISTURI ELÉTRICO / BIPOLAR	
CLINDAMICINA (DALACIN) 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	
DESLANOSIDENO 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 - HPH 10ML () REGULAR ()		GÁS CARBÔNICO	
IMIPINEM + CILASTINA (TIENAM) 500MG\120ML		OXIGÊNIO	
IOXITALAMATO DE MEGLIUMINA (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	01
1% () 2% ()		SORO RINGER + LACTATO 500ML	03
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		AÇO 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	
CATGT CROM. S\AG. Nº 0 () 1 () 2 () 3 () 4 ()		EXTENSOR (INFUSOR) 2 VIAS	01
		FRAÍDA DESCARTÁVEL ADULTO () INFANTIL ()	
		IRRIGAFIX 4 VIAS	

PACIENTE: JEOVA DE FARIAS ROCHA				MATRÍCULA: 1043278		CONVÊNIO: SUS	
IDADE:	SEXO: MASC	COR:	ENF:	QUARTO:	LEITO:	APTO:	
CIRURGIÃO: Dr. Roberto Lima				ANESTESISTA: Dr. Fabrício		ME3 EYDEL	
1º AUXILIAR:				2º AUXILIAR:			
DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DO TORNZEIRO ESQ							
DIAGNOSTICO PÓS-OPERATÓRIO: IDEM							
CIRURGIA PROPOSTA: TTM DA FRATURA DO TORNZEIRO ESQ							
CIRURGIA REALIZADA: IDEM						CÓDIGO CIRURGICO	
PRÉ-MEDICAÇÃO:						HORA:	RESULTADO: 1-2-3-4-5-6
INÍCIO DA ANESTESIA 17:40		INÍCIO DA OPERAÇÃO 17:50		ALT DA ANESTESIA 18:25		RISCO OPERATÓRIO 1-2-3-4	
						ESTADO FÍSICO 1-2-3-4-5-6-7	

0h	1h	2h	3h	4h	5h	6h	7h	8h	9h	10h	11h	12h	13h	14h	15h	16h	17h	18h	19h	20h	21h	22h	23h
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

☒ MONITOR ECG ☒ OXÍMETRO PULSO ☐ CAPNÓGRATO ☒ PAM NÃO INVASIVA ☐ VENTILADOR



AGENTES ANESTÉSICOS: Bupivacaína 12,5mg + morfina 60mg			
TÉCNICA: Rapida anestesia			
INDUÇÃO: VELOCÍD	POSICÃO: SENA 120	LOCAL PUNÇÃO: B-14 / 1cc longo	LÍQUIDO RETIRADO:
TÉCNICA: Aséptica	POSICÃO APÓS:	POSICÃO OPERATÓRIA: DDH	RESULTADO B.R.M.
DURAÇÃO DA OPERAÇÃO:		DURAÇÃO DA ANESTESIA:	CONSCIÊNCIA:
PÓS-OPERATÓRIO: ☐ UTI ☐ SRPA		DESTINO DA SRPA: ☐ LEITO ☐ ALTA HOSPITALAR	
OBSERVAÇÕES:			

CONDIÇÕES:
CRM-SP 3901
ANESTESISTA
FABRÍCIO
ASSINATURA DO ANESTESISTA

ÀS 21h: ALÉRTA! 0 Jejum > 08h

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

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Jeani de Farias Rocha
(nacionalidade) Brasileira, (profissão) Aornadas, portador da cédula
de identidade RG nº 1.404.335, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 928.438.325-00, residente na (endereço
completo) Rua Jose daquim de Menezes Lº195, na cidade de
Nossa Srª da Glória, (UF) SE, CEP 49680-000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) José Marcos De O. Rosa
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Consultor, portador da cédula
de identidade RG nº 01233829, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na (endereço
completo) Rua Dos Sales Lº 017, na cidade de
Nossa Srª da Glória, (UF) SE, CEP 49680-000, a quem confiro
amplios 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) Jeani de Farias Rocha,
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) Nossa Senhora da Glória

(assinatura) X Jeani de Farias Rocha

(RG) 1.404.335



RECONHECIMENTO
Reconheço por autenticidade a firma indicada de JEAN DE FARIAS ROCHA
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
Nossa Senhora da Glória/SE, 29 de outubro de 2019

Rick Hakker Santos Gomes
RICK HAKKER SANTOS GOMES (Escrivente)
29/10/2019 08:54:39 Valor Total: R\$ 8,94
Selo TUSE: 201929574022629, A. esse:
<https://www.tje.jus.br/x/B3P/KD>



AA045466



OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0377538/19

Vítima: JEOVA DE FARIAS ROCHA

CPF: 928.438.325-00

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 16/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JEOVA DE FARIAS ROCHA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA : 020.003.675-00

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

JEOVA DE FARIAS ROCHA : 928.438.325-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/10/2019
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2019
Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO
CPF: 221.365.090-04

JOSE MARINO GOYA ARAUJO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190609524 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEOVA DE FARIAS ROCHA **Data do acidente:** 16/07/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA TRIMALEOLAR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. (P2)
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

DENATRAN

SE Nº 014003973557 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 01/06/2018

VIA 3030 CPF / CNPJ 034.223.975-90 PLACA IAM8754

RENAVAM 220387450 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB. 2010 CAT. TARIF. 9 Nº CHASSI 9C2JC4110AR679414

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 81,29 DENATRAN (R\$) 9,03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,32

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,70 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 185,30

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 30/05/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.248.808/0001-04

PBT 29

CONTRAN

DETTRAN - SE Nº 014003973557
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 00220307450 R.N.T.R.C. 000000000000 EXERCÍCIO 2018

NOME ADRIANA VELOSO SILVA

CPF / CNPJ 034.223.975-90 PLACA IAM8754

PLACA ANT. / UF IAM8754/SE CHASSI 9C2JC4110AR679414

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLOTA/3 COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS ANO FAB. 2010 ANO MOD. 2010

CAP. / POT. / CIL 2P/12CV/124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS 1

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 30/05/2018

OBSERVAÇÕES SEM RESTRIÇÕES FINANCEIRAS MOTOR: JC41E1A679414

LOCAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA-S DATA 01/06/2018

LUCIANA C. DEBA CHAGAS DE MELO

DIRETORA-PRESIDENTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



Adolfo de Vasconcelos Rebelo

CARTEIRA DE IDENTIDADE

1.404.335

24.Set.1994

JEOVÃ DE PARIAS ROCHA

Antônio Vieira da Rocha

Marta de Lourdes de Parias Rocha

P.da Folha/SE

28.Out.1975

Cert.de Nascimento 6813 Fls.273 Liv.A-6

Cert.Dist.da Com.de N.S.da Glória-SE

Fls. 273 Liv. A-6



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

JEDVA DE FARIAS ROCHA

Nº de inscrição

928438325-00

Data do Nascimento

28/10/75



Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECASWEB/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 João Marcos De Oliveira Rosa

inscrito (a) no CPF/CNPJ 000.003.625 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Leonor de Farias Rocha inscrito (a) no CPF sob o Nº 928.438.325 / 00,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima Leonor de Farias Rocha

inscrito (a) no CPF sob o Nº 928.438.325 / 00, 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 Das Silas</u>	Número: <u>217</u>	Complemento: <u>Casa - A</u>
Bairro: <u>Silas</u>	Cidade: <u>Assis Senhora da Glória</u>	Estado: <u>SC</u>
E-mail: <u>marcosdegloria@gmail.com</u>	CEP: <u>49680-000</u>	Tel.(DDD): <u>79-99918-9207</u>

Local e Data: Assis Senhora da Glória; 25.10.2019

João Marcos de Oliveira Rosa

Assinatura do Declarante

Nome do Cliente
LUZIMAR DE FARIAS ROCHA

 CPF:
 ..***-**

RUA JOSE JOAQUIM DE MENEZES, 195, N. SENHORA DA GLORIA, 49680-000

 Número da Fatura
500003/00242

 Data de Vencimento
06/11/2018

 Número do Contrato
A13N324088

 Classificação Comercial
RES: 1

 Leit. Anterior 345
 Leit. Atual 355
 Consumo Faturado (m3) 10
 Média de consumo (m3) 9
 Ocorrência de Leitura
 Data de Leit. Anterior 05/10/18
 Dias de Consumo 32
 Média diária (m3) 0,28
 Previsão para Prox. Leit. 06/12/18

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

 Serviços
AGUA
ESGOTO

 Valor
35,64
0,00

 Mês Referência
11/2018
VENCIMENTO: 13/11/2018

TOTAL A PAGAR R\$

35,64

OUTUBRO ROSA: TODOS JUNTOS NA LUTA CONTRA O CANCER DE MAMA!

A falta de pagamento dessa fatura 30 (trinta) dias após seu vencimento implicará na interrupção do fornecimento de serviços - art 91, Decreto Lei nº 27.585/2010.

 CANAIS DE ATENDIMENTO: 0800 079 0195 – SAC: 4020-0195
 AGÊNCIA VIRTUAL: www.deso-se.com.br/agenciavirtual

Qualidade da Água Distribuída (Decreto Federal nº 5.440/2005 – Art.5º inciso I)

Parâmetros	Turbidez	Cor	Cloro	Fluore	Coliformes Totais	Escherichia Coli
1ª Média de Análises Exigidas	47	10	47		47	
Nº de Análises Análises	50	50	50		50	50
1ª Média de Análises por Coliformes com Potência 2.5x10³/100ml	50	50	50		50	50

Fonte: Relatório de Análises

COPIANTE DA SEDE

 Matrícula
 277441.0

 Vencimento
 13/11/2018

 Mês Referência
 11/2018 3

 TOTAL A PAGAR R\$
 35,64

826500000003 356400418204 277441011206 181277441018

