



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

MOITA BONITA DA COMARCA DE MOITA BONITA
Av. João Evangelista da Costa, Bairro Centro, Moita Bonita/SE, CEP 49560000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202082100064

Número Único: 0000064-29.2020.8.25.0069

Classe: Procedimento Comum

Situação: Andamento

Processo Origem: *****

Distribuição: 31/01/2020

Competência: Moita Bonita

Fase: POSTULACAO

Processo Principal: *****

Assuntos

- DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO - Partes e Procuradores - Assistência Judiciária Gratuita
- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

Dados das Partes

Requerente: JOSE CARLOS DE SANTANA

Endereço:

Complemento:

Bairro:

Cidade: MOITA BONITA - Estado: SE - CEP: 49560000

Requerente: Advogado(a): JOSÉ JEOVANY DA SILVA 12367/AL

Requerido: SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Endereço: Rua Senador Dantas

Complemento: 5º ANDAR

Bairro: Centro

Cidade: Rio de Janeiro - Estado: - CEP: 20031205

Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

MOITA BONITA DA COMARCA DE MOITA BONITA
Av. João Evangelista da Costa, Bairro Centro, Moita Bonita/SE, CEP 49560000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apenasdos:

--

Processos Dependentes:

--



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

MOITA BONITA DA COMARCA DE MOITA BONITA
Av. João Evangelista da Costa, Bairro Centro, Moita Bonita/SE, CEP 49560000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202082100064

DATA:

20/08/2020

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200820164504214 às 16:45 em 20/08/2020.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

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: 25/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE CARLOS DE SANTANA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04470

CONTA: 00000009450-0

Nr. da Autenticação 33C4EDBC67C0F689

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190435193 **Cidade:** Moita Bonita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CARLOS DE SANTANA **Data do acidente:** 04/03/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO. (P4)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P4,62,64,65,67,79)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO 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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

JOSEFA DILDA SANTANA
POV. RANCHO ALEGRE, 00001-000, BR. AREA F, PAM
MOTTA BONITA /SE CEP 49560000 (A5-30)

Unidade: MONOFASICO
Ciclo: SIC RES-MTC B11 RESIDENCIAL-RESIDENCIAL
Referência: E-110-400-1-E Referência Mar: 2019
Medidor: W1025992211 Endereço: 13/03/2019

ENERGISA SISTEMAS DE ENERGIA SA
Rodovia Presidente Dutra, KM 1000, Bairro Estrela
Angra dos Reis - RJ - CEP 28440-100
021 2272-5000 - 021 2272-57406
Nota Fiscal: Conta de Energia Eletrica N° 1.704.571
Cod. para Díta Automática: 30002391067

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/ RANI
Mar / 2019	12/03/2019	09/04/2019	103.641.106-20
			www.energisa.com.br

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 08/03/19 Leratura 14078	Data 12/03/19 Leratura 14148			31
Demonstrativo				
Cód. - Detalhe - Quantidade - Unidade - Tarifas - Base Cál. - Ajuste - IPI/IBI - PIS/Cofins - PIS/COFINS - Cofins(R\$)				
DEBT: Consumo em kWh	71.800,0742000	33,75	52,75-26	13,15 52,75 0,54 2,50
DEBT: Consumo em kWh	71.800,0742000	33,75	52,75-26	13,15 52,75 0,54 2,50
0801 CONTRIB LIMP. PÚBLICA	0,49	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00 0,00
0804 JUROS DE MORA 02/2019	0,10	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00 0,00
0805 MULTA 02/2019	0,95	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00 0,00
0802 BEM SEGURO - ACE SICO SVA 02/2019	5,90	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00 0,00

CCO: Código de Classificação de item - TOTAL 67,89 Tabela de Tributos 6.514300

19/03/2019 R\$ 67,89

Histórico de Consumo (kWh)											
69	54	53	53	51	55	50	53	57	57	59	49
Mar/19	Abri/19	Marte	Jun/18	Jul/18	Abri/18	Set/18	Oub/18	Nov/18	Dez/18	Jane/19	Fev/19

74a2.e311.528c.4f31.bea6.9d82.2330.af58

Indicadores de Qualidade		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DCM MÉDIA	0,02	500
DCM TRIMESTRAL	22,32	500
DCM ANUAL	64,85	500
FCM MÉDIA	7,87	500
FCM TRIMESTRAL	15,34	500
FCM ANUAL	30,69	500
DIV	6,28	500
DCR	18,80	500

Discriminação	V. Tarif. (R\$)	%
Serviço de Cofins - IPI/IBI	71,77	100,00
Campanha de Energia	78,14	100,00
Serviço de Transmissão	0,00	0,00
Encargo Básico	0,00	0,00
Imposto sobre Produtos Industrializados	0,76	100,00
Outros Serviços	5,90	100,00
Total	67,89	100,00

INVESTIMENTO
- Leitura conforme
- Conta de Serviço: BEM SEGURO - ACE SICO SVA - Dado: 08/0044
- O cancelamento da cobrança de consumo e a emissão de fatura sem estas subtrações
podem ser solicitadas a qualquer momento na distribuidora.

INVESTPREV

18 JUL 2019

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

Eu, Lucivaldo Mendonça Nunes

RG nº 3.313.919.9, data de expedição 06/12/2012

Órgão SS PI SE, portador do CPF nº 072.802.435.96

com domicílio na cidade de Mata Bonita, no Estado de Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Porto da Bragança Seta, nº S/N,

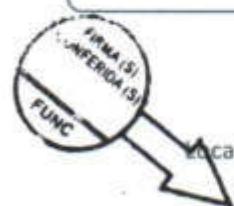
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Jesé Carlos de Santana, cujo o condutor era Gidemilson Lima Santos.

Veículo: PASIMOTOCICLETA Modelo: HONDA CG 160 FAN Ano: 2017/2018

Placa: QMB 21 91 Chassi: 9C2 KE 22 00 U R 10 719

Data do Acidente: 04/03/19



Local e Data: 15/07/2019 | Mata Bonita - SE

Lucivaldo Mendonça Nunes

Assinatura do Declarante

INVESTPREV

18 JUL 2019

Gidemilson Lima Santos

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Giulia Rafaela Oliveira Devides
Escrevente



CIRURGIA

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

RECEITUÁRIO

Nome: JOSE MARCOS SANTOS

RELATÓRIO MÉDICO

O PACIENTE MARCOS SANTOS COM
DIAGNÓSTICO DE PROSTATA
SE ENCONTRANDO E ESTABELECIMENTO
PROLÍFERA SUCUMULADA
ATUALMENTE PROSTATA CONSERV-
ANDO E EM FASE DE
ESTABILIZAÇÃO

C.D: S-520

 24/03/19

Dr. Antonio S. Lima. Arce
Ortopedico - Traumatologo
CRM 2021 - TOT 5424

Av. Desembargador Maynard, nº 124 – tel.: 2106-7312
CEP – 49055-210 – Aracaju – SE

INVESTPREV

18 JUL 2019

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 629631

DATA: 04/03/2019 HORA: 09:55 USUARIO: ASNERI
CNS: SETOR: 05-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE CARLOS DE SANTANA
 IDADE: 46 ANOS NASC: 04/05/1972
 ENDERECO: POV. LAGOA SECA
 COMPLEMENTO: CASA BAIRRO: ZONA RURAL
 MUNICIPIO: MOITA BONITA UF: SE CEP: 49560-000
 NOME PAI/MAE: CARLOS FRANCISCO DE SANTANA /JOSEFA OZILDA DE SANTANA
 RESPONSAVEL: ESPOSA TEL.: 079.99835.
 PROCEDENCIA: MOITA BONITA - SE 7886
 ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
 CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Fez mto cl coperante

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

liberado de cirurgia, ao ortopedista
obto ac 9/10
feras t-ns fechadas do mto, arco
EVOLUCAO: O/0 S/ENT (100%)

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

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

[] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

Andrino Jr.

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

Elieza Lima absente

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

Adriana Dantas Gomes
 Téc de Enfermagem
 CRM 1490054AT

p. 9

P. protocolo
 04-03-15
 627

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO
Dr. Leonardo P. P. P. CRM 142587
 Dr. Leonardo P. P. P. CRM 142587
 Cirurgia de Ortopedia / Traumatologia
 CRM 142587 / CRM 142587

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

O.E.: M280030801	ESFERA: PRIVADO	ESPELHO DA AIH	PAG: 1
Num AIH: 281910015544-3	Situação: APURADA	Tipo: 01-INICIAL	APRESENTAÇÃO: 06/2019
Especialidade: 01 - CIRURGICO	Orgão Emissor: M280030801	CRC:	DATA: 04/06/2019
Doc autorizador: 980016285489152	Doc med resp: 206790614650009	Doc diretor clínico: 206790614650009	Doc médico solicit: 980016000138321
CNES: 0002283 - FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA			CNS: 70050413405065-0
Paciente: JOSE CARLOS DE SANTANA			
Data Nasc.: 04/05/1972	Sexo: MASCULINO	Nacionalidade: 010 - BRASIL	Prontuário: 1087635
Responsável pac.: ELIELZA LIMA DOS SANTOS			Doc: 1063800
Endereço: CAMPO POV LAGOA SECA	Bairro: CENTRO	Raça/Cor: 03-PARDA	Nome da Mãe: JOSEFA OZILDA DE SANTANA
Município: 280410 - MOITA BONITA	UF: SE	Etnia: 0000-NAO SE APLICA	Telefone: (79)9983-57888
Procedimento solicitado: 04 08 02.040-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO			Muda Proc.: NÃO
Procedimento principal: 04 08.02.040-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO			
Diag. principal: S525-FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO			Diag. secundário:
Complementar:			Causa Obito:
Caráter atendimento: 02 - URGENCIA			Modalidade: HOSPITALAR
Data internação: 16/04/2019	Data saída: 23/04/2019	Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO	
[Causas Externas (Acidente ou Violência)]		AIH Anterior:	AIH Posterior:
CNPJ do Empregador:		CNAER: -	
Vínculo Previdência:		CBOR: -	

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtde	Cmpt	Descrição
1	0408020407	980016000832757 225270(1)	0002283	0002283	1	04/2019	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
2	0408020407	708007878157421 225151(6)	3359948	3359948	1	04/2019	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
3	0702030996		02681701000169	02681701000169	1	04/2019	PLACA EMT 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)
4	0301010170	190065103540004 225125	0002283	0002283	6	04/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
5	0302050019	980016293797847 223635	0002283	0002283	2	04/2019	ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO EM
6	0302040021	980016293797847 223605	0002283	0002283	2	04/2019	ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO EM PACIENTE

DADOS DE OPM

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Reg. ANVISA	CNPJ Fabricante
3	000039420	02.661.701/0001-69				

VALORES DA PREVIA

CÓD SECUNDÁRIO	Serviço Hospitalar		Serviço Profissional				TOTAL	
	Direto		Direto		Rateado			
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro		
03.01.01-CONSULTAS MEDICAS/OUTROS					29,34		29,34	
03.02.04-ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA	9,34						9,34	
03.02.05-ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS	12,70						12,70	
04.08.02-MEMBROS SUPERIORES	159,49			28,29	36,67		224,45	
07.02.03-OPM EM ORTOPEDIA		275,48					275,48	
Total Geral:	181,53	275,48		28,29	66,01		551,31	

CID SECUNDÁRIO
Cid: Característica
V299: PREEXISTENTE Descrição
MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO

Número de Nascidos Número de Saídas N° Pré-Natal:
Vivos: Mortos: Altas: Transf.: Óbitos:

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

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

93/06/159
Dra. Amazona Ferreira da Motta
Supervisão Médica/SES
CRM-SE 3686
CPF: 876.198.735-20



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

FUNDACÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

FUNDACÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

2 - CNES

0002283

4 - CNES

0002283

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JOSE CARLOS DE SANTANA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700504134050650

8 - DATA DE NASCIMENTO

04/05/1972

9 - SEXO

Mas.

X

10 - N° DO FRONTURARIO

1087535

1

Fem.

3

11 - NOME DA MÃE

JOSEFA OZILDA DE SANTANA

12 - TELEFONE DE CONTA

998357886

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

ELIELZA LIMA DOS SANTOS/ ESPOSA

14 - TELEFONE DE CONTA

999607115

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

POVOADO LAGOA SECA S/N

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Moita Bonita

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

SE

19 - CEP

49560000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

an. almu e deformidade em punho e
anus spvdu de mulo hi ~ 30 dias

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

JW. AMWY

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

Exame clínico + RX

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CÓDIGO PRINCIPAL

25 - CÓDIGO SECUNDÁRIO

26 - CÓDIGO CAUSAS ASSOCIADAS

Int. anormal distale 5525 / V299

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408020407
0408020407

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

ORTOPEDIA

URGÊNCIA

() CNS () CPF

1 5 4 7 5 1 9 0 5 3 4

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

LUCIANO PASSOS

34 - DATA DE SOLICITAÇÃO - 35 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

16 09 19

Luciano Passos de Souza

Ortopedia e Traumatologia

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURODORA

40 - N° DO BILHÉTE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CEP

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() INAPESCENTADO

() INADMISSÍVEL

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

53 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

281910015544-3



urgência ortopédica <urgenciaortopedicafbhc@gmail.com>

Fwd: JOSÉ CARLOS DE SANTANA - urgência ortopédica

1 mensagem

REGULAÇÃO HC <regulacaohc@gmail.com>
Para: urgenciaortopedicafbhc@gmail.com

16 de abril de 2019 12:22

----- Forwarded message -----

De: CRL CRE <crl.complexoderegulacao1@gmail.com>
Date: ter, 16 de abr de 2019 às 12:20
Subject: Re: JOSÉ CARLOS DE SANTANA - urgência ortopédica
To: REGULAÇÃO HC <regulacaohc@gmail.com>

Comunico reserva do leito B1 da Ortopedia 2 em nome do paciente JOSÉ CARLOS DE SANTANA
Código Autorizativo: RL1604HCO2LB1CL5

Atenciosamente,

Médico Regulador Caroline Lima
Complexo Regulatório de Saúde do Estado de Sergipe

A presente mensagem, suas continuações, antecedentes e seus eventuais anexos são de uso privativo e exclusivo de pessoas físicas e/ou jurídicas, entidades e órgãos autorizados pelo COMPLEXO REGULATÓRIO DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE e podem conter informações confidenciais e/ou privilegiadas. Fica terminantemente vedado copiar, mostrar, modificar, divulgar ou se beneficiar, mediata ou imediatamente, direta ou indiretamente, destas informações sem a autorização de seus criadores e autores. Caso este e-mail tenha sido recebido por engano, por obséquio, informe o remetente e apague/delete a mensagem imediatamente. O Complexo Regulatório de Saúde do Estado de Sergipe terá e se valerá do direito de pleitear reparação material, moral e de todas as ordens e níveis pelos danos causados pela utilização indevida das informações e de requisitar a aplicação das penalidades cabíveis e previstas na legislação brasileira vigente.

Em ter, 16 de abr de 2019 às 12:10, REGULAÇÃO HC <regulacaohc@gmail.com> escreveu:

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

FAE: 1087380

ATENDIMENTO

ACOMODACAO: Enfermaria

DIREITO A ACOMPANHANTE? Sim

DATA: 16/04/2019 15:22:24

LEITO: MED GER. 304 - Ortopedia II

TIPO: Urgência

CONVENIO: SUS INTERNO

PROFISSIONAL: 866-LUCIANO PASSOS DE SOUZA

PACIENTE

CARTAO SUS: 700504134050650

ATENDIMENTO: 1087535

NOME: JOSE CARLOS DE SANTANA

ENDERECO: Povoado Lagoa Seca S/N

Nº: 0

BAIRRO: Centro

UF: SE

CEP: 49560000

CIDADE: Moita Bonita

CPF

FONE: 998357886/999607115

R.G: 1063800

DATA NASC.: 04/05/1972

IDADE: 46 SEXO: Masculino

EST.CIVIL: Solteiro

PROFISSAO

NOME DO PAI: CARLOS FRANCISCO DE SANTANA

NOME DA MAE: JOSEFA OZILDE DE SANTANA

RESPONSÁVEL:

NOME DO RESPONSÁVEL: ELIELZA LIMA DOS SANTOS / SPOSA

ENDERECO:

BAIRRO: CIDADE: UF:

Manaus 06/04/19

DADOS COMPLEMENTARES:

CID: S52.5-Fratura da extremidade distal do rádio

ORIGEM: Moita Bonita

DIAS INTERNAMENTO: 2

PROC.SUS: 040802040-7 Tratamento Cirurgico De Fratura Da Extremidade

AIH.:

com Sigue cópia do doc e pulseira

RX → Pre:OK
 → Pos:OK

Alta Hospitalar
 23/04/19
 fine

CIRURGIA

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

RECEITUÁRIO

Nome: JOSE MELLO SANTOS

RELATÓRIO MÉDICO

O PACIENTE SANTOS, JOSE MELLO, COM
DIAGNÓSTICO DE PROSTATA
SE ENCONTRANDO EM ESTADO DE
INCONVENIÊNCIA SENSÍVEL
ATUALMENTE PRESENTE CONVOL-
VENDO E EM FASE DE
ESTABILIZAÇÃO

C.D.: S-520

 24/03/15

Dr. Antonio S. Lira Arce
Ortopedista - Traumatologista
CRM-SE: 1007542

Av. Desembargador Maynard, nº 174 – tel.: 2106-7312
CEP – 49055-210 – Aracaju – SE

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 629631

DATA: 04/03/2019 HORA: 09:55 USUARIO: ASNERI
CNS: SETOR: 05-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE CARLOS DE SANTANA
 IDADE: 46 ANOS NASC: 04/05/1972
 ENDERECO: POV. LAGOA SECA
 COMPLEMENTO: CASA BAIRRO: ZONA RURAL
 MUNICIPIO: MOITA BONITA UF: SE CEP: 49560-000
 NOME PAI/MAE: CARLOS FRANCISCO DE SANTANA /JOSEFA OZILDA DE SANTANA
 RESPONSAVEL: ESPOSA TEL.: 079.99835.
 PROCEDENCIA: MOITA BONITA - SE 7886
 ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
 CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Fez mto cl coperante

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

liberado de cirurgia, ao ortopedista
obto ac 9/10
feras t-ns fechadas do mto, arco
EVOLUCAO: O/0 S/ESTABILIZACAO

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

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

[] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

Andrea Jr.

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

Elieza Lima absente

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

Adriana Dantas Gomes
 Téc de Enfermagem
 CRM 1490054AT

p. 15

P. protocolo
 04-03-15
 627

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. Leonardo P. P. P. 1651-SE
 Dr. Leonardo P. P. P. 1651-SE
 Cirurgia de Ortopedia / Traumatologia
 CRM 125877-11 14/07

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

O E M280030801 ESFERA : PRIVADO ESPELHO DA AIH PAG 1
 Num AIH : 281910015544-3 Situação : APURADA Tipo : 01-INICIAL APRESENTAÇÃO: 06/2019 DATA 04/06/2019
 Especialidade : 01 - CIRURGICO Orgão Emissor : M280030801 CRC:
 Doc autorizador : 980016285489152 Doc med resp : 206790614650009 Doc diretor clínico : 206790614650009 Doc médico solic : 980016000138321
 CNES : 0002283 - FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA CNS : 70050413405065-0
 Paciente : JOSE CARLOS DE SANTANA Prontuário : 1087635
 Data Nasc. : 04/05/1972 Sexo : MASCULINO Nacionalidade : 010 - BRASIL Tipo Doc. : Identidade Doc : 1063600
 Responsável pac. : ELIELZA LIMA DOS SANTOS Nome da Mãe : JOSEFA OZILDA DE SANTANA
 Endereço : CAMPO POV LAGOA SECA Bairro: CENTRO Raca/Cor: 03-PARDA Etnia: 0000-NAO SE APLICA Telefone : (79)9983-57888 Muda Proc.?: NÃO
 Município : 280410 - MOITA BONITA UF : SE CEP : 49560-000
 Procedimento solicitado : 04 08 02.040-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO
 Procedimento principal : 04 08.02.040-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO
 Diag. principal : S525-FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO Diag. secundário :
 Complementar : Causa Obito :
 Caráter atendimento : 02 - URGENCIA Modalidade : HOSPITALAR
 Data internação : 16/04/2019 Data saída : 23/04/2019 Mot saída : 12 - ALTA MELHORADO
 Liberação SISAIH01 : AIH Anterior : AIH Posterior :
 [Causas Externas (Acidente ou Violência)]
 CNPJ do Empregador : CNAER: -
 Vínculo Previdência : CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtde	Cmpt	Descrição
1	0408020407	980016000832757	225270(1)	0002283	0002283	1	04/2019	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
2	0408020407	708007878157421	225151(6)	3359948	3359948	1	04/2019	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
3	0702030996			02681701000169	02681701000169	1	04/2019	PLACA EMT 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)
4	0301010170	190065103540004	225125	0002283	0002283	6	04/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
5	0302050019	980016293797847	223635	0002283	0002283	2	04/2019	ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO EM
6	0302040021	980016293797847	223605	0002283	0002283	2	04/2019	ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO EM PACIENTE

DADOS DE OPM

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Reg. ANVISA	CNPJ Fabricante
3	000039420	02.661.701/0001-69				

VALORES DA PREVIA

	Serviço Hospitalar		Serviço Profissional				TOTAL	
	Direto		Direto		Rateado			
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro		
03.01.01-CONSULTAS MEDICAS/OUTROS					29,34		29,34	
03.02.04-ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA	9,34						9,34	
03.02.05-ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS	12,70						12,70	
04.08.02-MEMBROS SUPERIORES	159,49			28,29	36,67		224,45	
07.02.03-OPM EM ORTOPEDIA		275,48					275,48	
Total Geral:	181,53	275,48		28,29	66,01		551,31	

CID SECUNDÁRIO

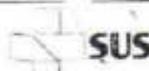
Cid Característica Descrição
 V299 PREEXISTENTE MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO

Número de Nascidos Número de Saídas N° Pré-Natal:
 Vivos : Mortos : Altas : Transf. : Óbitos :

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

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

93/06/159
 Dra. Amazona Ferreira da Motta
 Supervisão Médica/SES
 CRM-SE 3686
 CPF: 876.198.735-20

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

FUNDACÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

FUNDACÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

2 - CNES

0002283

4 - CNES

0002283

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JOSE CARLOS DE SANTANA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700504134050650

8 - DATA DE NASCIMENTO

04/05/1972

9 - SEXO

Mas.

X

10 - N° DO FRONTURARIO

1087535

1

Fem.

3

11 - NOME DA MÃE

JOSEFA OZILDA DE SANTANA

12 - TELEFONE DE CONTA

998357886

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

ELIELZA LIMA DOS SANTOS/ ESPOSA

14 - TELEFONE DE CONTA

999607115

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

POVOADO LAGOA SECA S/N

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Moita Bonita

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

SE

49560000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

an. almu e deformidade em punho e
após exame de mulo hi ~ 30 dias

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

JW. AMWY

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

Exame clínico + RX

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CÓDIGO PRINCIPAL

25 - CÓDIGO SECUNDÁRIO

26 - CÓDIGO CAUSAS ASSOCIADAS

Int. anormal distale 5525 / V299

0408020407

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

ORTOPEDIA

URGÊNCIA

() CNS () CPF

1 5 4 7 5 1 9 0 5 3 4

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

LUCIANO PASSOS

34 - DATA DE SOLICITAÇÃO - 35 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

16 09 19

Luciano Passos de Souza

Ortopedia e Traumatologia

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N° DO BILHÉTE

41 - SÉRIE

37 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CEP

38 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
EMPREGADO EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() INAPÓS ENTENDO

40 - N° DO BILHÉTE

41 - SÉRIE

39 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

281910015544-3



urgência ortopédica <urgenciaortopedicafbhc@gmail.com>

Fwd: JOSÉ CARLOS DE SANTANA - urgência ortopédica

1 mensagem

REGULAÇÃO HC <regulacaohc@gmail.com>
Para: urgenciaortopedicafbhc@gmail.com

16 de abril de 2019 12:22

----- Forwarded message -----

De: CRL CRE <crl.complexoderegulacao1@gmail.com>
Date: ter, 16 de abr de 2019 às 12:20
Subject: Re: JOSÉ CARLOS DE SANTANA - urgência ortopédica
To: REGULAÇÃO HC <regulacaohc@gmail.com>

Comunico reserva do leito B1 da Ortopedia 2 em nome do paciente JOSÉ CARLOS DE SANTANA
Código Autorizativo: RL1604HCO2LB1CL5

Atenciosamente,

Médico Regulador Caroline Lima
Complexo Regulatório de Saúde do Estado de Sergipe

A presente mensagem, suas continuações, antecedentes e seus eventuais anexos são de uso privativo e exclusivo de pessoas físicas e/ou jurídicas, entidades e órgãos autorizados pelo COMPLEXO REGULATÓRIO DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE e podem conter informações confidenciais e/ou privilegiadas. Fica terminantemente vedado copiar, mostrar, modificar, divulgar ou se beneficiar, mediata ou imediatamente, direta ou indiretamente, destas informações sem a autorização de seus criadores e autores. Caso este e-mail tenha sido recebido por engano, por obséquio, informe o remetente e apague/delete a mensagem imediatamente. O Complexo Regulatório de Saúde do Estado de Sergipe terá e se valerá do direito de pleitear reparação material, moral e de todas as ordens e níveis pelos danos causados pela utilização indevida das informações e de requisitar a aplicação das penalidades cabíveis e previstas na legislação brasileira vigente.

Em ter, 16 de abr de 2019 às 12:10, REGULAÇÃO HC <regulacaohc@gmail.com> escreveu:

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

FAE: 1087380

ATENDIMENTO

ACOMODACAO: Enfermaria

DIREITO A ACOMPANHANTE? Sim

DATA: 16/04/2019 15:22:24

LEITO: MED GER. 304 - Ortopedia II

TIPO: Urgência

CONVENIO: SUS INTERNO

PROFISSIONAL: 866-LUCIANO PASSOS DE SOUZA

PACIENTE

CARTAO SUS: 700504134050650

ATENDIMENTO: 1087535

NOME: JOSE CARLOS DE SANTANA

ENDERECO: Povoado Lagoa Seca S/N

Nº: 0

BAIRRO: Centro

UF: SE

CEP: 49560000

CIDADE: Moita Bonita

CPF

FONE: 998357886/999607115

R.G: 1063800

DATA NASC.: 04/05/1972

IDADE: 46 SEXO: Masculino

EST.CIVIL: Solteiro

PROFISSAO

NOME DO PAI: CARLOS FRANCISCO DE SANTANA

NOME DA MAE: JOSEFA OZILDE DE SANTANA

RESPONSÁVEL:

NOME DO RESPONSÁVEL: ELIELZA LIMA DOS SANTOS / SPOSA

ENDERECO:

BAIRRO: CIDADE: UF:

Manaus 06/04/19

DADOS COMPLEMENTARES:

CID: S52.5-Fratura da extremidade distal do rádio

ORIGEM: Moita Bonita

DIAS INTERNAMENTO: 2

PROC.SUS: 040802040-7 Tratamento Cirurgico De Fratura Da Extremidade

AIH.:

com Sigue cópia do doc e pulseira

RX → Pre:OK
 → Pos:OK

Alta Hospitalar
 23/04/19
 fine

PROCESSO DE ENFERMAGEM

Coleta de Dados

DIAGNÓSTICOS MÉDICOS

f. de Rádio

NAME: <u>José Carlos</u>		
IDADE: <u>46</u>	LEITO: <u>B4</u>	REGISTRO: <u>1087535</u>
DATA: <u>22/04/2019</u>		HORA: <u>08:00</u> h
SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO		DIH: <u>1</u> / <u>1</u> / <u>1</u>

EXAME ESPECÍFICO:

A- INDICADORES DE GRAVIDADE

VIA AÉREA: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tubo endotraqueal <input type="checkbox"/> Traqueostomia	VENTILAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ventilação Mecânica <input type="checkbox"/> Aperto de oxigênio
FC: 80 bpm	FR: 18 ipm
PAN: 110/90 mmHg	Temperatura: 36,4°C

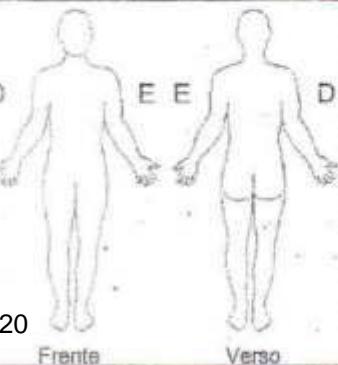
Escala de Coma de Glasgow: [MRO: + MRV: + MRM:] Escala de RASS: Escala de Dor (0-10):

Escala de Morse	HISTÓRICO DE QUEDAS		DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO		AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO		Pontos: 20
	Não Sim	0 15	Não Sim	0 15	Nenhum, Acamado ou Auxiliado por Profissional da Saúde Muletas, Bengalas ou Andador Móveis/Barra/Paredes	0 15 30	
Escala de Braden	DISPOSITIVO ENDOVENOSO		MARCHA		ESTADO MENTAL		Riscos Bom: 0 a 24 Médio: 25 a 44 Ruim: 25 a 45
	Não Sim	0 20	Normal, Sem desambulação, Acamado ou Cadeira de Rodas Fraca Comprometida ou Cambaleante	0 10 20	Orientado ou Capaz quanto à sua capacidade/limitação Superestima capacidade ou Esquece limitações	0 15	
PERCEPÇÃO SENSORIAL		UMIDADE		ATIVIDADE		Pontos: 28	
Completamente limitada Muito limitada Levemente limitada Nenhuma alteração	1 2 3 4	Constantemente úmida Frequentemente úmida Occasionalmente úmida Raramente úmida	1 2 3 4	Acamado Restrito à cadeira Caminha ocasionalmente Caminha frequentemente	1 2 3 4		
MOBILIDADE		NUTRIÇÃO		FRICÇÃO E CISALHAMENTO		nível de risco: 19 a 23 risco baixo: 15 a 18 risco moderado: 13 a 14 risco alto: 10 a 12 risco muito alto: 4 a 0	
Completamente Imobilizado Muito Imobilizado Levemente Imobilizado Nenhuma Imobilização	1 2 3 4	Muito pobre Inadequada Adequada Exceiente	1 2 3 4	Problema Problema Potencial Nenhum problema aparente	1 2 3 4		

B- AVALIAÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA

Peso: kg. Altura: cm.

$$\begin{array}{l} \text{Lrod} \rightarrow \pm 48 \text{ kg} \\ \text{Vert} \rightarrow \pm 1.40 \text{ cm} \end{array}$$



Tubo Orotraqueal		Traqueostomo		Sonda Gástrica		Sonda Enteral	
Data de Instalação: ___/___/___		Data de Instalação: ___/___/___		Data de Instalação: ___/___/___		Data de Instalação: ___/___/___	
Data da Última Troca: ___/___/___		Data da Última Troca: ___/___/___		Data da Última Troca: ___/___/___		Data da Última Troca: ___/___/___	
Data da Retirada: ___/___/___		Data da Retirada: ___/___/___		Data da Retirada: ___/___/___		Data da Retirada: ___/___/___	
Sonda Vesical de Demora		Catéter Venoso Periférico		Catéter Venoso Central			
Data de Instalação: ___/___/___		Data de Instalação: ___/___/___		Data de Instalação: ___/___/___		Data de Instalação: ___/___/___	
Data da Última Troca: ___/___/___		Data da Última Troca: ___/___/___		Data da Última Troca: ___/___/___		Data da Última Troca: ___/___/___	
Data da Retirada: ___/___/___		Data da Retirada: ___/___/___		Data da Retirada: ___/___/___		Data da Retirada: ___/___/___	

- CONTROLES / ÚLTIMAS 24 HORAS

Frequência Cardíaca	Horários								Horários							
	08 09	11 12	14 15	17 18	20 21	23 24	02 03	05 06	08 09	11 12	14 15	17 18	20 21	23 24	02 03	06 06
120							200		38							36
125							190		38							36
130							180		34							34
135							170		32							32
140							160		30							30
145							150		28							28
150							140		26							26
155							130		24							24
160							120		26							26
165							110		24							24
170							100		22							22
175							90		20							20
180							80		18							18
185							70		16							16
190							60		14							14
195							50		12							12
200							40		10							10
205							30		08							08
210							20		06							06
Glicemia																
340																
320																
300																
280																
260																
240																
220																
200																
180																
160																
140																
120																
100																
80																
60																
40																
20																

NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral Zero: ___ horas INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anoréxico

EVACUAÇÃO: Sólida: ___ vezes Pastosa: ___ vezes Líquida: ___ vezes Zero: ___ dias

DIURESE: Ausente: ___ horas Presente: ___ vezes

BALANÇO HÍDRICO: Positivo Negativo Normal

EM USO: Antibióticos (dias): 0

Vasoativas (μg/kg/h): 0

Sedação (μg/kg/h): 0

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
PERIOPERATÓRIA - SAEP**

Aula 11

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

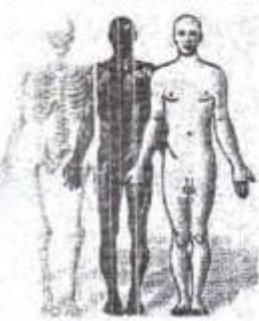
Nome: João Dantas de Sostane Procedência: Med. Geral Matrícula: 1087535
 Idade: 46 Sexo: ()M ()F Data de admissão: 22/04/19 Leito: B-04

TRANS-OPERATÓRIO (Admissão no Centro Cirúrgico)

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

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Estado clínico do paciente)

HORARIO: _____ : _____ h.



ASSINATURA:

INTRA-OPERATÓRIO (Admissão na Sala Operatória - SO)

EQUIPE CIRÚRGICA

- Cirurgião: Antônio Vito Boga
- Instrumentador: Flávia
- Anestesiologista: Barcelos
- Circulante: Geovany (X2178)

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

- Proposto: Recto - aneurisma Realizado: et et recto
- Horário - Início: 09:55 h e Termino 10:30 h MSG
- Monitorização: 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: MSG
- Curativo - Tipo e local: exterior

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Ocorrências e Intercorrelências)

HORÁRIO DE ENTRADA NA SO: 09 : 40 h. HORÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA SRPA: 10 : 40 h.

O paciente admitido na S.O. para submeter-se a oto uníquo adendo verbalizado - em uso de sedo anestesia pip com nimes + RX. Realizado ontem SIP + oto cirúrgico - 5500U - l.A - 138x93 mmHg; EC 68 bpm SPO - 99%. Paciente encaminhado para SRPA, operado uníquo, sob uso de anestesia, em uso de sedo anestesia pip com nimes + RX; l.A - 151x97 mmHg; EC 77 bpm; SPO - 99%.

ASSINATURA:

Geovany (X2178)

Lindiane Silva Santos
Secretaria
02/04/2020

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

DISPOSITIVOS EM USO

- CATETER O2 ____ l/min MASCARA O2 - FIO2: ____ % VMI/TOT - Modo: ____ e FIO2: ____ % VMI/TQT - Modo: ____ e FIO2: ____ % MARCAPASSO
 CATETER VENOSO PERIFERICO ____ CATETER VENOSO CENTRAL CATETER PERITONEAL SONDA VESICAL SONDA GASTRICA/ENTERAL OSTOMIA
 FRALDA DRENO SUÇÃO: ____ DRENO PENROSE: ____ DRENO TORACICO: ____ DRENO TORÁCICO

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

SINAIS VITAIS

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. *Por volta das 08h na SRPA após o término da cirurgia, paciente consciente, respira regularmente, SpO2 98% em ar ambiente, FC 75 bpm, pressão arterial 120/80 mmHg sem queixas de cansaço.*

ASSINATURA: *Emilia Chiamuelle Santa P.*

COREN/SE 1358738-7

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

HORARIO: ____ : ____ h. *paciente consciente, respira regularmente, SpO2 98% em ar ambiente, FC 75 bpm, pressão arterial 120/80 mmHg sem queixas de cansaço.*

DESTINO/UNIDADE:

ASSINATURA: *Maria Suzete Alves Nunes*
Tec. de Enfermagem

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

HORARIO DE ALTA - SRPA: *13:45 h.*

ASSINATURA - ANESTESIOLOGISTA/CFM:

ASSINATURA - ENFERMEIRO (A)/COREN:

Valéria Pachia de Matos

Médica

CRF-SE 4781

- LEGENDA:

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

Nome: Jade Carla de Souza Matrícula: _____
 Idade: _____ Admissão: _____
 Fisioterapeuta: _____

CIRURGIA

FICHA DE EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA

Códigos:

VA:

Ventilação:

Mecânica:

Monit. Vent:

Cest:

Sedação:

DVA:

Modo:

PEEP:

PEEP:

Res:

IRR:

PaO₂/FiO₂:

CdIn:

Res:

IRR:

PaO₂/FiO₂:

Monit. Vent: Cest:

VA: VC VA Sedação:

Modo:

Fluxo:

Sens:

PC:

TI:

VC:

Fluxo:

PiE:

FR:

T:

NC: Quedado AP: 17/17 GCS: 15 RASS: 0 IMSS: 0 MRC: NC SpO₂: 98

VA: VC VA Sedação:

Modo:

Fluxo:

Sens:

PIE:

FR:

T:

NC: Quedado AP: 17/17 GCS: 15 RASS: 0 IMSS: 0 MRC: NC SpO₂: 98

VA: VC VA Sedação:

Modo:

Fluxo:

Sens:

PIE:

FR:

T:

NC: Quedado AP: 17/17 GCS: 15 RASS: 0 IMSS: 0 MRC: NC SpO₂: 98

VA: VC VA Sedação:

Modo:

Fluxo:

Sens:

PIE:

FR:

T:

NC: Quedado AP: 17/17 GCS: 15 RASS: 0 IMSS: 0 MRC: NC SpO₂: 98

VA: VC VA Sedação:

Modo:

Fluxo:

Sens:

PIE:

FR:

T:

NC: Quedado AP: 17/17 GCS: 15 RASS: 0 IMSS: 0 MRC: NC SpO₂: 98

VA: VC VA Sedação:

Modo:

Fluxo:

Sens:

PIE:

FR:

T:

NC: Quedado AP: 17/17 GCS: 15 RASS: 0 IMSS: 0 MRC: NC SpO₂: 98

VA: VC VA Sedação:

Modo:

Fluxo:

Sens:

PIE:

FR:

T:

NC: Quedado AP: 17/17 GCS: 15 RASS: 0 IMSS: 0 MRC: NC SpO₂: 98

VA: VC VA Sedação:

Modo:

Fluxo:

Sens:

PIE:

FR:

T:

NC: Quedado AP: 17/17 GCS: 15 RASS: 0 IMSS: 0 MRC: NC SpO₂: 98

VA: VC VA Sedação:

Modo:

Fluxo:

Sens:

PIE:

FR:

T:

NC: Quedado AP: 17/17 GCS: 15 RASS: 0 IMSS: 0 MRC: NC SpO₂: 98

VA: VC VA Sedação:

Modo:

Fluxo:

Sens:

PIE:

FR:

T:

NC: Quedado AP: 17/17 GCS: 15 RASS: 0 IMSS: 0 MRC: NC SpO₂: 98

VA: VC VA Sedação:

Modo:

Fluxo:

Sens:

PIE:

FR:

T:

NC: Quedado AP: 17/17 GCS: 15 RASS: 0 IMSS: 0 MRC: NC SpO₂: 98

VA: VC VA Sedação:

Modo:

Fluxo:

Sens:

PIE:

FR:

T:

NC: Quedado AP: 17/17 GCS: 15 RASS: 0 IMSS: 0 MRC: NC SpO₂: 98

VA: VC VA Sedação:

Modo:

Fluxo:

Sens:

PIE:

FR:

T:

NC: Quedado AP: 17/17 GCS: 15 RASS: 0 IMSS: 0 MRC: NC SpO₂: 98

VA: VC VA Sedação:

Modo:

Fluxo:

Sens:

PIE:

FR:

T:

NC: Quedado AP: 17/17 GCS: 15 RASS: 0 IMSS: 0 MRC: NC SpO₂: 98

VA: VC VA Sedação:

Modo:

Fluxo:

Sens:

PIE:

FR:

T:

NC: Quedado AP: 17/17 GCS: 15 RASS: 0 IMSS: 0 MRC: NC SpO₂: 98

VA: VC VA Sedação:

Modo:

Fluxo:

Sens:

PIE:

FR:

T:

NC: Quedado AP: 17/17 GCS: 15 RASS: 0 IMSS: 0 MRC: NC SpO₂: 98

VA: VC VA Sedação:

Modo:

Fluxo:

Sens:

PIE:

FR:

T:

NC: Quedado AP: 17/17 GCS: 15 RASS: 0 IMSS: 0 MRC: NC SpO₂: 98

VA: VC VA Sedação:

Modo:

Fluxo:

Sens:

PIE:

FR:

T:

NC: Quedado AP: 17/17 GCS: 15 RASS: 0 IMSS: 0 MRC: NC SpO₂: 98

VA: VC VA Sedação:

Modo:

Fluxo:

Sens:

PIE:

FR:

T:

NC: Quedado AP: 17/17 GCS: 15 RASS: 0 IMSS: 0 MRC: NC SpO₂: 98

VA: VC VA Sedação:

Modo:

Fluxo:

Sens:

PIE:

FR:

T:

NC: Quedado AP: 17/17 GCS: 15 RASS: 0 IMSS: 0 MRC: NC SpO₂: 98

VA: VC VA Sedação:

Modo:

Fluxo:

Sens:

PIE:

FR:

T:

NC: Quedado AP: 17/17 GCS: 15 RASS: 0 IMSS: 0 MRC: NC SpO₂: 98

VA: VC VA Sedação:

Modo:

Fluxo:

Sens:

PIE:

FR:

T:

NC: Quedado AP: 17/17 GCS: 15 RASS: 0 IMSS: 0 MRC: NC SpO₂: 98

VA: VC VA Sedação:

Modo:

Fluxo:

Sens:

PIE:

FR:

T:

NC: Quedado AP: 17/17 GCS: 15 RASS: 0 IMSS: 0 MRC: NC SpO₂: 98

VA: VC VA Sedação:

Modo:

Fluxo:

Sens:

PIE:

FR:

T:

NC: Quedado AP: 17/17 GCS: 15 RASS: 0 IMSS: 0 MRC: NC SpO₂: 98

VA: VC VA Sedação:

Modo:

Fluxo:

Sens:

PIE:

FR:

T:

NC: Quedado AP: 17/17 GCS: 15 RASS: 0 IMSS: 0 MRC: NC SpO₂: 98

VA: VC VA Sedação:

Modo:

Fluxo:

Sens:

PIE:

FR:

T:

NC: Quedado AP: 17/17 GCS: 15 RASS: 0 IMSS: 0 MRC: NC SpO₂: 98

VA: VC VA Sedação:

Modo:

Fluxo:

Sens:

PIE:

FR:

T:

NC: Quedado AP: 17/17 GCS: 15 RASS: 0 IMSS: 0 MRC: NC SpO₂: 98

VA: VC VA Sedação:

Modo:

Fluxo:

Sens:

PIE:

FR:

T:

NC: Quedado AP: 17/17 GCS: 15 RASS: 0 IMSS: 0 MRC: NC SpO₂: 98

PACIENTE:

MATRÍCULA:

IDADE:

SERVIÇO:

APTO:

QUARTO:

ENFERM.

LEITO:

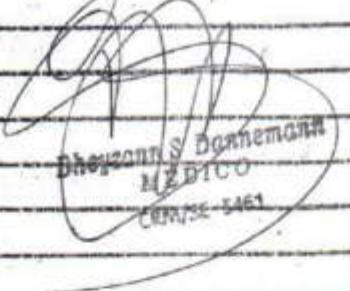
CONVÉNIO:

DATA E
HORA:

EVOLUÇÃO

16/04/19
10:00

Início de radio distal E
dor difuso e limitado
à mão. em punho e após queda de
mão no hospital. Início crônico



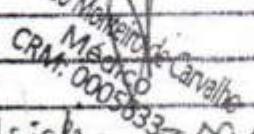
LEONARDO MONTEIRO DE CARVALHO
MÉDICO
CRM: 0005633

17/04/19 - ortopedia

- Rx radio distal esquerdo
- Chaco esquerdo
- agujo TTO cirúrgico

Retificação

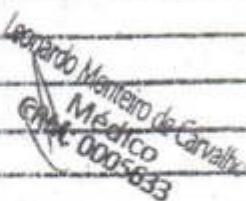
Pseudarthrose esquerda segundo.
① Rx radio distal esquerdo.



LEONARDO MONTEIRO DE CARVALHO
CRM: 0005633

18/04/19 # Orthopedia #

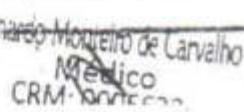
- Radiocartilagem esquerda esquerda
- Rx radio distal esq: TTO cirúrgico
- agujo TTO cirúrgico
- Chaco INBS



LEONARDO MONTEIRO DE CARVALHO
CRM: 0005633

19/04/19 # Orthopedia #

- Radiocartilagem do metacôndilo esquerdo.
- Rx radio distal + TTO (envelope)
- Soco em cerâmica
- agujo TTO cirúrgico.



LEONARDO MONTEIRO DE CARVALHO
CRM: 0005633

20/04/2019 - Ontopau

- Pseudoartrose do escafóide esquerdo
- Rx Distal Radioulnar Esquerdo
- Gelo 0,99 [ure 23] (AB 120) AT 36,1
- Agudo + C. Rágico

Leonardo Monteiro de Carvalho
CRM: 0005633

21/04/2019 - Ontopau

- Pseudoartrose Do escafóide esquerdo.
- Rx Do Radio Distal. Agudo.
- Agudo tratamento e Rx.

Leonardo Monteiro de Carvalho
Médico
CRM: 0005633

22/04/19

P.D. INVERSO DIAFRAGMA PULMONAR
TRANSITO NORMAIS = PSEUDOARTROSE
INFERIOR F.

CO

Dr. Antonio E. Lira Andrade
Ortopedista Traumatologista
CRM 2698 - TEC 6024

RA - 1018	DATA - 22/04/19
PR. TÉCNICO	VIS. TÉCNICO
ponto 3	CO

23/04/19 - Ontopau

- Alta Hapt. Ortopedica Gua de
Aito. Normal de 100 para o Shuntar;
- aperte parafuso, per aperte mma.
- Sem desgl. mma.

Leonardo Monteiro de Carvalho
Médico
CRM: 0005633

DATA DE RECEBIMENTO		IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	
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**
 1 - Saída
Nº 000.039.420
SÉRIE: 3
Página 1 de 1

CONTROLE DO FISCO



CHAVE DE ACESSO

2819 0401 6817 0100 0169 5500 3000 0394 2018 0006 6073

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

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
 328190604433202 - 24/04/2019 17:07

NATUREZA DA OPERAÇÃO
5102-VENDA MERCANTIL

INSCRIÇÃO ESTADUAL
270975853

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ
02.681.701/0001-69

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL FUNDACAO DE BENEFICENCIA H. DE CIRURGIA		CNPJ/CPF 13.016.332/0001-06	DATA DA EMISSÃO 24/04/2019	
ENDERECO AV: DESEMBARGADOR MAYNARD, 174, 0 -		BAIRRO/DISTRITO CIRURGIA	CEP 49055-170	DATA DE ENTRADA/SAÍDA 24/04/2019
MUNICÍPIO Aracaju		FONE/FAX	UF SE	HORA DE ENTRADA/SAÍDA 00:00

FATURA

/ Num.: 39420 / V. Orig.: 303,19 / V. Desc.: 0,00 / V. Liq.: 303,19

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	303,19
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESORIAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VALOR TOTAL DA NOTA
303,19

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL ORTOPLAN SERGIPE LTDA		PREÇO POR CONTA 0-Remetente (CIF)	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VÉHICULO	UF	CNPJ/CPF 02.681.701/0001-69
ENDERECO AV.RIO BRANCO, 186-EDF.OV.TEIXEIRA S/817		MUNICÍPIO Aracaju	UF SE	INSCRIÇÃO ESTADUAL 270975853		
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO	

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/EN	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
40144100223	PF ESP 4,0X22MM R CURTA IOL IOL IMPLANTES LTDA Cod.: 712 Simpro: 0084546 Anvisa: 10223680059 Lote(s): 04451/13-1,000-V. INDETERMIN	90211020	040	5102	UND	1,0000	27,7100	27,71					
40103500189	PF CORT 3,5X18MM IOL IOL IMPLANTES LTDA Cod.: 7812 Simpro: 0084544 Anvisa: 10223680060 Lote(s): 773618-2,000-V. INDETERMIN	90211020	040	5102	UND	2,0000	15,0500	30,10					
40103500227	PF CORT 1,5X22MM IOL IOL IMPLANTES LTDA Cod.: 7858 Simpro: 0084544 Anvisa: 10223680060 Lote(s): 532418-1,000-V. INDETERMIN	90211020	040	5102	UND	1,0000	15,0500	15,05					
40103500243	PF CORT 3,5X24MM IOL IOL IMPLANTES LTDA Cod.: 7859 Simpro: 0084544 Anvisa: 10223680060 Lote(s): 445718-1,000-V. INDETERMIN	90211020	040	5102	UND	1,0000	15,0500	15,05					
40330000330	PL I PEQ FRAG ANG RETO 03X03F IOL IOL IMPLANTES LTDA Cod.: 7981 Simpro: 0084562 Anvisa: 10223680053 Lote(s): 744618-1,000-V. INDETERMIN	90211020	040	5102	UND	1,0000	215,2800	215,28					

CONTINUAÇÃO - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
 003942003 21.10.2019 303,19, COD OPME 0702030996- 01, 0702030724- 01 *ANEXO Página*

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.: 21/10/2019, Valor: 303,19 Vendedor: IVO LERAL, Pedido: 061217, Pedido Cliente: , Ordem : 03, Hospital: FUNDACAO DE BENEFICENCIA H. DE CIRURGIA, Me dico: ANTONIO LARA, Paciente: JOSE CARLOS DE SANTANA, Id: , Prontuário: 1087535, Dt Cirurgia: 22.04.2019, AIH: , Conve nio: SUS, Procedimento: , Mag ICMS: 040/ISENTO DE ICMS CF A RT. 8 INCISO IV DEC 17.037/97, Mag IPI: ITENS (2-5) ISENTO IPI CONF CAP.90 DA TIPI E DEC 2995 DE 19/03/1999, Fatura:	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------



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

NOME DO PACIENTE:	JOSE CARLOS DE SANTANA	DATA DE ADMISSÃO:	16/04/2019
NOME DA MAE:	JOSEFA OZILDE DE SANTANA	DATA DE NASCIMENTO:	04/05/1972
ENDEREÇO:	POVOADO LAGOA SECA S/N		
CNS:	700504134050650	PLANO DE SAÚDE:	SUS
NATURALIDADE:	ITABAIANA	SUS	ESTADO/SE
TELEFONE:	998357886/999607115	REGIÃO DE SAÚDE:	SERGIPE

UNIDADE PRODUTIVA:	PRONTO SOCORRO ÁREA AZUL () ÁREA VERDE () URGENCIA ORTOPEDICA
--------------------	--

QUEIXA PRINCIPAL E DURAÇÃO:

door em punho E apes queda de moto

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

door edema e limij cl maim im
punho E apes queda de moto há ~
30 dias

ANTECEDENTES PESSOAIS E COMORBIDADES:

nega alco e pt pírias

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

RL a punho E- frut do radio distale

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

RESUMO DA TERAPÉUTICA INSTITUÍDA E RESULTADOS

imab + Trat curvag.

PARAMÉTROS CLÍNICOS E LABORATORIAIS

PRESSÃO ARTERIAL	SATURAÇÃO DE O2	FREQUÊNCIA CARDIÁCA	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	GLICEMIA	URÉIA	CREATININA
HEMOGLOBINA	LEUCÓCITOS	POTÁSSIO	USO DE O2: SIM () NÃO ()	SECRETIVO: SIM () NÃO ()	INTUBADO: SIM () NÃO ()	COLAR CERVICAL: SIM () NÃO ()

INFORMAÇÕES CLÍNICAS ADICIONAIS						
DOENÇA CRÔNICA AVANÇADA: SIM/NAO	INSUFICIÊNCIA CARDIACA: SIM/NAO	ALIMENTAÇÃO: ORAL() SNC() NPT() GTT()	ISOLAMENTO: SNC() RESPI() CONTATO() NÃO()	INSUF RENAL SIM/NAO	ANTIBIÓTICOS: DE USO (DX)	DIAS: ESCALA DE COMA DE GLASGOW: ACOM/NAO
MOTILIDADE:						
DEAMBULA	CADEIRANTE	ACAMADO	OUTROS			
HIPOTERESO DIAGNÓSTICA(S): <i>Frau de radio artel e necessidade de Fraj curva</i>						
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:						
É VEDADO AO MÉDICO						
Art. 35. Exagerar agravidade do diagnóstico ou do prognóstico, sombriar a terapêutica ou exagerar no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.			Art. 43. Parágrafo único. Nos casos de doença inovável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados possíveis disponíveis sem amparar ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou desnecessárias, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na impossibilidade, a de seu representante legal.			
Médico Solicitante			NIR			
Data:	Assinatura:	Carimbo:	Date:	Horas:		
Horas:			Responsável:			
Médico do NIR			CRL (RECEBIMENTO)			
Data:	Assinatura:	Carimbo:	Date:	Horas:		
Horas:			Responsável:			
Comentários Médico CRL:			CRL (Autorização)			
			Date:	Horas:		
			M.R.			
			Codeg:			
			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 de 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						

INVESTPREV

18 JUL 2019



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



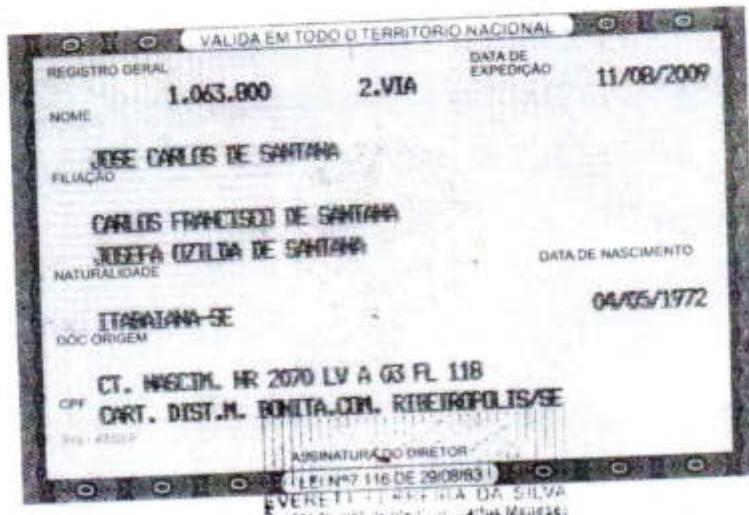
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
601.156.295-72

Nome
JOSE CARLOS DE SANTANA

Nascimento
04/05/1972

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



INVESTPREV

18 JUL 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190435193 **Cidade:** Moita Bonita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CARLOS DE SANTANA **Data do acidente:** 04/03/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO. (P4)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P4,62,64,65,67,79)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO 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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

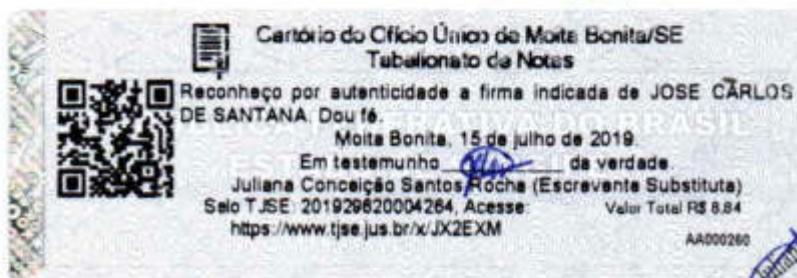
PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Jose Carlos De Santana (nacionalidade) Brasileiro, (profissão) barbeiro, portador da cédula de identidade RG nº 1.063.800, emitido pela SSP / (UF) SC, inscrito sob o CPF nº 603.156.295-72, residente na (endereço completo) Rua da Serra Seca S/11, na cidade de Maria Bonita, (UF) SC, CEP 49560-000, nomeio e constituo meu procurador, (nome do representante) Jose Marcos De B. Rosa (nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Consultor, portador da cédula de identidade RG nº 21233829, emitido pela SSP / (UF) SE, inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na (endereço completo) Rua Dos Silos nº 017, na cidade de N. Sra. Da Glória, (UF) SE, CEP 49680-000, a quem confiro amplos e gerais poderes para, tratar, requerer, assinar papéis e documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO SEGURO DPVAT** da vítima (nome da vítima) Jose Carlos De Santana, junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) 15/07/2019 / Maria Bonita / SE

(assinatura) Jose Carlos De Santana

(RG) 1.063.800 SSP/SE



Juliana Conceição Santos Rocha
Escrevente Substituta
Cartório do Ofício Único
de Maria Bonita/SE

OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

INVESTPREV

18 JUL 2019

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

Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190435193

Vítima: JOSE CARLOS DE SANTANA

Data do Acidente: 04/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CARLOS DE SANTANA

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

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

Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190435193 **Vítima: JOSE CARLOS DE SANTANA**

Data do Acidente: 04/03/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE CARLOS DE SANTANA

Informamos que o pagamento da indenização o 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 dos punhos

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: JOSE CARLOS DE SANTANA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000004470

Conta: 000009450-0

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, retorno 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,



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:

601 156.295-72

Nome completo da vítima:

João Carlos D. Santana

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

Nome completo:

João Carlos D. Santana

CPF:

601.156.295-72

Profissão:

Jurídico - Pôr Rancho Aluguel

Endereço:

Número:

511

Complemento:

esquerda

Bairro:

zona rural

Cidade:

maia Bonita

Estado:

SE

CEP:

299.560-000

E-mail:

marcelinolima@gmail.com

Tel (DDD):

79 9918-9207

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 ACIMA DE R\$10.000,00

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)

AGÊNCIA: 4470

CONTA: 9450

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

CONTA: _____

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IMI 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 Lider 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 Falecidos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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: gr. Sra Da Glória 16-07-19

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

INVESTPREV

Assinatura

18 JUL 2019

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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.



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DISTRITAL DE MOITA BONITA - MOITA BONITA - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 072563/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 12/07/2019 10:47 Data/Hora Fim: 12/07/2019 11:11
Delegado de Polícia: Clarissa Lobo Abreu Barbosa

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Distrital de Moita Bonita

Data/Hora do Fato: 04/03/2019 08:00

Local do Fato

Município: Moita Bonita (SE)

Logradouro: Povoado Candeias

Bairro: Povoado

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
22: Lesão corporal de natureza grave se resulta incapacidade para as ocupações habituais, por mais de trinta dias (Art. 129, § 1º, Inc. I do CPB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSÉ CARLOS DE SANTANA (VÍTIMA)	Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: SE - Itabaiana	Sexo: Masculino	Nasc: 04/05/1972
Estado Civil: União Estável				
Nome da Mãe: Josefa Ozilda de Santana			Nome do Pai: Carlos Francisco de Santana	

Endereço

Município: Moita Bonita - SE

Logradouro: Povoado Lagoa Seca

Telefone: (79) 99835-7886 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)
--

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Moita Bonita - SE

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
Descrição: MOTOCICLETA	Placa: QMB2191
Cor: VERMELHA	Marca/Modelo: MOTOCICLETA HONDA CG 160 FAN
Veículo Adulterado? Não	Quantidade: 1 Unidade
Situação: Meio Empregado	
Nome Envolvido	Envolvidos
Desconhecido 1	Proprietário

INVESTPREV

18 JUL 2019

RELATO/HISTÓRICO

Relata o comunicante que na manhã do dia 04.03.2019, por volta das 08horas, se encontrava na condição de garupeiro do veículo motocicleta Honda CG 160 Fan, de cor vermelha, Placa QMB-2191/SE, chassi nº 9C2KC2200JR107119, ano/mod.



Delegado de Polícia Civil Clarissa Lobo Abreu Barbosa
Impresso por: Gisara Santos Viana
Data de impressão: 12/07/2019 11:11
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DISTRITAL DE MOITA BONITA - MOITA BONITA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 072563/2019

2017/2018, registrado em nome de Lucivaldo Mendonça Nunes, que estava sendo conduzido por Gidenilson Lima Santos, CNH nº 05883902785, quando na Rodovia Estadual do Município de Moita Bonita/SE, no Povoado Candeias, o citado veículo foi "trancado" por um veículo carro que não foi identificado, e no intuito de evitar a colisão, o condutor da motocicleta fez uma manobra brusca tentando desviar veículo para o acostamento, causando a derrapagem dos pneus e consequentemente a queda de ambos; QUE em decorrência do acidente o comunicante sofreu fratura no punho e mão esquerda, sendo submetido a intervenção cirúrgica no Hospital de Cirurgia em Aracaju/SE, para colocação de placa e pinos. QUE o condutor da motocicleta Gidenilson, sofreu ferimentos leves. Nada mais.

ASSINATURAS



Gisara Santos Viana

Agente de Polícia
Responsável pelo Atendimento

José Carlos de Santana

(Vítima)

"Declaro para os devidos fins de crime que sou (a) o(a) responsável pelas informações acima assentadas e quei que poderão responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 329-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

INVESTPREV

18 JUL 2019



Delegado de Polícia Civil: Clarissa Lobo Abreu Barbosa
Impresso por: Gisara Santos Viana
Data de Impressão: 12/07/2019 11:11
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Alto

MS/DATASUS	HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO		
No. DO BE: 629631	DATA: 04/03/2019	HORA: 09:55	USUARIÓ: ASNERI
CNS:	SETOR: 05-SUTURA		
IDENTIFICACAO DO PACIENTE			
NOME	JOSE CARLOS DE SANTANA	DOC...: 1,063,800	
IDADE	46 ANOS	SEXO...: MASCULINO	
ENDERECO	POV. LAGOA SECA	NUMERO: 00	
COMPLEMENTO	CASA	BAIRRO: ZONA RURAL	
MUNICIPIO	MOITA BONITA	UF: SE	CEP...: 49560-000
NOME PAI/MAE	CARLOS FRANCISCO DE SANTANA	/JOSEFA OZILDA DE SANTANA	
RESPONSAVEL	ESPOSA	TEL...: 079.99835.7886	
PROCEDENCIA	MOITA BONITA - SE		
ATENDIMENTO	ACIDENTE MOTOCICLISTICO		
CASO POLICIAL	NAO	PLANO DE SAUDE....: NAO	TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO	NAO	VEIO DE AMBULANCIA: NAO	
PA: [X mmHg]	PULSO: []	TEMP.: []	PESO: []
EXAMES COMPLEMENTARES:	<input checked="" type="checkbox"/> RAIO X <input type="checkbox"/> LIQUOR	<input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ULTRASSONOGRAFIA
SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO			
DADOS CLINICOS:	DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___		
<p><i>Se molo cl copete</i></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> INVESTPREV 18 JUL 2019 </div>			
ANOTACOES DA ENFERMAGEM:			
DIAGNOSTICO:	CID:		
PRESCRICAO		HORARIO DA MEDICACAO	
<p><i>Liberoado de cirurgia, ao ortopedista</i></p> <p><i># obito ac 9/19</i></p> <p><i>Foto t-ao fechado do nso, vno</i></p> <p><i>EVOLU: ok o ferido 1/10/19</i></p>			
DATA DA SAIDA:			
ALTA: [] DECISAO MEDICA	[] A PEDIDO	[] EVASAO	HORA DA SAIDA: : [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO			
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): <i>anterior Jr d.</i>			
TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE): <i>Dr Guttmann</i>			
OBITO: [] ATE 48HS	[] APOS 48HS	[] FAMILIA	[] IML [] ANAT. PATOL
<p><i>Elizabima absente</i></p> <p><i>ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL</i></p> <p><i>Adriana Dantas Gomes</i></p> <p><i>Tec de Enfermagem</i></p> <p><i>CRG 00000000000000000000000000000000</i></p>			
<p><i>ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO</i></p> <p><i>Dr. Leonardo P. Lemos, DMD</i></p> <p><i>Ortopedia e Traumatologia</i></p> <p><i>CRM 42187 - 15/07/2010</i></p>			
<p><i>Protocolo</i></p> <p><i>04-03-19</i></p> <p><i>617</i></p>			