



**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	Distribuição: 31/01/2020
Número Único: 0000064-29.2020.8.25.0069	Competência: Moita Bonita
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

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 Apensados:

--

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: 000000009450-0

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 OZILDA SANTANA
 POV RANCHO ALEGRE, 0000 / RUA BR. AREA P. RA.
 MOITA BONITA / SE CEP: 49562000 (A/S 30)

Local: MONOFASCO
 Cid. Sec: RES MTC B11 RESIDENCIAL RESIDENCIAL
 Rotômetro: 6-110-400-8 Referência: Mar. 2019
 Medidor: W1025952211 Emissão: 13/03/2019

ENERGISA
 S.A. - Companhia Saneamento Básico do Estado de São Paulo
 Avenida Cel. Faria Lima, 1000 - Jd. Paulista
 São Paulo - SP - CEP: 04546-100
 CNPJ: 06.740.500/0001-40 Ins. Est. IPI: 767.436
 Nota Fiscal e Contador Eletrônico Nº 11.704.521
 Cod. para Dis. Automático: 00022391367

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

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 09/02/19	Data 12/03/19			
Leitura 14578	Leitura 14148			

Demonstrativo									
CO	Descrição	Quantidade	Valor	Base Calc.	Aliq. ICMSP	Base Calc.	Valor ICMSP	Base Calc.	Valor ICMSP
		Tributos Totais (R\$)		ICMS (R\$)		PIS/COFINS (R\$)		COTAX (R\$)	
0001	Consumo em kWh	11.800	0.743000	53.75	53.75	26	15.15	50.73	0.54
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0007	CONTRIB. LUM. PÚBLICA			0.49	0.00	0	0.00	0.30	0.00
0004	JUROS DE MORA (2/2019)			0.10	0.00	0	0.00	0.00	0.00
0005	MULTA 02/2019			0.95	0.00	0	0.00	0.00	0.00
0002	BEM SEGURO - ACE SEC. S/A 02/2019			5.90	0.00	0	0.00	0.00	0.00

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL 53.89 53.75 26.10 50.73 0.54 2.50
 Tarifa de Tributos 0.514300

19/03/2019	RS 67,89
------------	----------

Histórico de Consumo (kWh)											
69	64	59	53	51	55	52	50	47	47	55	52
Mar/18	Abr/18	Mar/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19

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

Indicadores de Qualidade				1/2019 - MOITA BONITA		
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)			
OT. MENSAL	11.00	0.00	NOMINAL	127		
OT. TRIMESTRAL	22.22					
OT. ANUAL	44.44					
OT. MENSAL	7.87	0.00	CONTRATADA	117		
OT. TRIMESTRAL	15.34		LIMITES INFERIOR	123		
OT. ANUAL	30.69		LIMITES SUPERIOR			
OT. MENSAL	6.38					
OT. ANUAL	12.80					

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Cálculo de Energia	10.11	14.90
Serviço de Energia	10.11	14.90
Serviço de Manutenção	10.11	14.90
Serviço de Operação	10.11	14.90
Serviço de Reparo e Manutenção	10.11	14.90
Serviço de Segurança	10.11	14.90
Serviço de Supervisão	10.11	14.90
Serviço de Treinamento	10.11	14.90
Serviço de Transporte	10.11	14.90
Serviço de Outros	10.11	14.90
Total	67.89	100.00

Letra confirmada
 Contrato Serviço: BEM SEGURO - ACE SEC. S/A - 0004
 O cancelamento da cobrança de consumo e a emissão do fatura sem estas cobranças podem ser solicitados a qualquer momento na distribuição.

INVESTPREV

18 JUL 2019

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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 P1 SE, portador do CPF nº 072.802.435.96,
com domicílio na cidade de Matá Bonita, no Estado de
Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Porto Largo Sela, nº SIN,
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
Yosi Carlos de Santana, cujo o condutor era
Gidemilson Lima Santos.
Veículo: PASIMOTOCELETA Modelo: HONDA CG 160 FAN Ano: 2017/2018
Placa: QMB 219J Chassi: 9C2 KC 22 00 UR 10 719
Data do Acidente: 04/03/19

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

Lucivaldo Mendonça Nunes

Assinatura do Declarante

Gidemilson Lima Santos

Assinatura do Condutor

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

Cartório do Ofício Único de Matá Bonita/SE
Tribunal do Notário

Reconheço por autenticidade a firma indicada de LUCIVALDO MENDONÇA NUNES. Dou fé.
Matá Bonita, 15 de julho de 2019.
Em testemunho da da verdade.
Giulia Rafaela Oliveira Devides (Escrevente)
Selo T.JSE: 201929620004265. Acesse: <https://www.tjse.jus.br/x/Y92Q9E> Valor Total R\$ 8,84
AA000261

BRASIL

Giulia Rafaela Oliveira Devides
Escrevente

INVESTPREV

18 JUL 2019

RECEITUÁRIO


Nome: JOSE CARLOS SANTANA

RELATÓRIO MÉDICO

O PACIENTE LUPAREIRO COM
DIAGNÓSTICO DE FRATURAS
DO RADIO DISTAL E ULNARE
PROXIMAL SUCESSO

ATUALMENTE PASSANDO COMOL -
MANTENDO EM FASE DE
REABILITAÇÃO

C.D. 5-520


24/03/15

Dr. Antonio S. Lima Arce
Ortopedia - Traumatologia
CRM 3621 - TSO 8824

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

INVESTPREV

18 JUL 2019

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 629631
CNS:DATA: 04/03/2019 HORA: 09:55 USUARIO: ASNERI
SETOR: 05-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE CARLOS DE SANTANA DOC...: 1,063,800
IDADE.....: 46 ANOS NASC: 04/05/1972 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.
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 ☐ ULTRASSONOGRAFIASUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: ☐ SIM ☐ NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Ac mto cl capote

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

liberado de cirurgia, ao ortopedista

06 TO AC 9/A

FATO DE CHAMA DO ASSO, ORTO

NUNCA O PACIENTE / PELA

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/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Adriana Dantas Gomes
Téc de Enfermagem
CRM nº 800547Protocolo
04.03.19
627Dr. Leonardo F. dos Santos
Cirurgião de Cabeça
e Pescoço / Traumatologia
CRM 42587-SP 14360

O.E.: M280030801

ESFERA: PRIVADO

APRESENTAÇÃO: 06/2019

PAG: 1
DATA: 04/06/2019

Num AIH: 281910015544-3

Situação: APURADA

Tipo: 01-INICIAL

Apresentação: 06/2019

Data Autorização: 16/04/2019

Especialidade: 01 - CIRURGICO

Orgão Emissor: M280030801

CRC:

Doc autorizador: 980016265489152

Doc med resp: 206790614650009

Doc diretor clínico: 206790614650009

Doc médico solíc: 980016000136321

CNES: 0002283 - FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

CNS: 70050413405065-0

Paciente: JOSE CARLOS DE SANTANA

Prontuário: 1067535

Data Nasc.: 04/05/1972 Sexo: MASCULINO

Nacionalidade: 010 - BRASIL

Tipo Doc.: Identidade

Doc: 1063800

Responsável pac.: ELIELZA LIMA DOS SANTOS

Nome da Mãe: JOSEFA OZILDA DE SANTANA

Endereço: CAMPO POV LAGOA SECA Bairro: CENTRO

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

Município: 280410 - MOITA BONITA

UF: SE CEP: 49560-000

Telefone: (79)9963-5788 Muda Proc.?: NÃO

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

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

Diag. principal: S525-FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Complementar:

Diag. secundário:

Carater atendimento: 02 - URGENCIA

Causa Óbito:

Data internação: 16/04/2019

Data saída: 23/04/2019

Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO

Modalidade: HOSPITALAR

Liberção SISAIOH:

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	Compt	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 EM T 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)
4	0301010170	190065103540004	225125	0002283	0002283	6	04/2019	CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO
5	0302050019	980016293797847	223635	0002283	0002283	2	04/2019	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM
6	0302040021	980016293797847	223605	0002283	0002283	2	04/2019	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE

DADOS DE OPM

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Reg. ANVISA	CNPJ Fabricante
3	000039420	02.681.701/0001-69				

VALORES DA PRÉVIA

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	38,67		224,45
07.02.03-OPM EM ORTOPEDIA		275,48					275,48
Total Geral:	181,53	275,48		28,29	68,01		551,31
CID SECUNDARIO							

CID SECUNDÁRIO

Cid	Característica	Descrição
V299	PREEXISTENTE	MOTOCICLISTA (QUALQUER) TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO

Número de Nascidos

Número de Saídas

Nº Pré-Natal:

Vivos: Mortos:

Altas:

Transf.:

Óbitos:

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

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

21/06/19

Dr. Angéline Ferreira da Mota
Supervisão Médica/SES
CRM-SE 3686
CPF: 876.198.735-20

 SUS Sistema Ministério Único de da Saúde Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		 CIRURGIA

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

2 - CNES

0002283

4 - CNES

0002283**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

JOSE CARLOS DE SANTANA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700504134050650

8 - DATA DE NASCIMENTO

04/05/1972

9 - SEXO

Masculino ☒ 1Feminino ☐ 3

10 - Nº DO PRONTUÁRIO

1087535

11 - NOME DA MÃE

JOSEFA OZILDA DE SANTANA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

ELIELZA LIMA DOS SANTOS/ ESPOSA

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, 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

*dr. elma e deformidade em punho e
após queda de moto há ~ 30 dias*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

trauma

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

exame clínico + RX

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

S525

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

V299

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

tratamento de membro distal

0408020407

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

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

15475190534

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

LUCIANO PASSOS

16 04 19

34 - DATA DE SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA

Luciano Passos de Sousa
Ortopedia e Traumatologia

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

43 - CNES DA EMPRESA

44 - CNES

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() INADQUIRIDA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

281910015544-3

13 04 15

Luciano Passos de Sousa
Autoridade Médica



urgencia ortopedica <urgenciaortopedicafbhc@gmail.com>

Fwd: JOSÉ CARLOS DE SANTANA - urgência ortopédica

1 mensagem

16 de abril de 2019 12:22

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

----- 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 continuções, 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 ADMISSÃO HOSPITALAR ATT: renata,

FRE: 1087380

 ATENDIMENTO

 ACOMODACAO:Enfermaria
 DIREITO A ACOMPANHANTE? Sim
 DATA: 16/04/2019 15:22:24 LEITO: MED GER. B04 - Ortopedia II
 TIPO: Urgência
 CONVENIO: SUS INTERNO
 PROFISSIONAL:866-LUCIANO PASSOS DE SOUZA

PACIENTE CARTÃO SUS:700504134050650

ATENDIMENTO:1087535

NOME: JOSE CARLOS DE SANTANA
 ENDEREÇO: 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 PROFISSÃO
 NOME DO PAI:CARLOS FRANCISCO DE SANTANA
 NOME DA MAE:JOSEFA OZILDE DE SANTANA

RESPONSÁVEL:

NOME DO RESPONSÁVEL:ELIELZA LIMA DOS SANTOS/SPOSA
 ENDEREÇO:
 BAIRRO: CIDADE: UF:

 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.:

sem Sigaue cópia do doc : e pulsoria

RX
 Pre:OK
 Pós:OK

Alta Hospitalar
 23/04/19
 Jline

RECEITUÁRIO


Nome: JOSE CARLOS SANTANA

RELATÓRIO MÉDICO

O PACIENTE LUPAREIRO COM
DIAGNÓSTICO DE FRATURAS
DO RADIO DISTAL E ULNARE
PROXIMAL SUCESSO

ATUALMENTE PRONTO CONHECIMENTO -
MANTER EM POSIÇÃO DE
FABRILIDADE

C.D. 5-520


C.D. 2463/15

Dr. Antonio S. Lima Arce
Ortopedia - Traumatologia
CRM 3621 - TSO 8824

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

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE CARLOS DE SANTANA DOC...: 1,063,800
IDADE.....: 46 ANOS NASC: 04/05/1972 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.
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 ☐ ULTRASSONOGRAFIASUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: ☐ SIM ☐ NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Ac mto cl capote

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Liberado de cirurgia, ao ortopedista

06 TO AC 9/A

FATO DE CHADA DO ASSO, ORTO

E. NUNO K O BLENTO 1/10/1972

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/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Adriana Dantas Gomes
Téc de Enfermagem
CRM nº 800547Protocolo
04.03.19
627Dr. Leonardo F. dos Santos
Cirurgião de Cabeça
e Pescoço / Traumatologia
CRM 42587-SP

O.E: M280030801

ESFERA: PRIVADO

APRESENTAÇÃO: 06 / 2019

PAG: 1
DATA: 04/06/2019

Num AIH: 281910015544-3

Situação: APURADA

Tipo: 01-INICIAL

Apresentação: 06/2019

Data Autorização: 16 / 04 / 2019

Especialidade: 01 - CIRURGICO

Orgão Emissor: M280030801

CRC:

Doc autorizador: 980016265489152

Doc med resp: 206790614650009

Doc diretor clínico: 206790614650009

Doc médico solíc: 980016000136321

CNES: 0002283 - FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

CNS: 70050413405065-0

Paciente: JOSE CARLOS DE SANTANA

Prontuário: 1067535

Data Nasc.: 04 / 05 / 1972 Sexo: MASCULINO

Nacionalidade: 010 - BRASIL

Tipo Doc.: Identidade

Doc: 1063800

Responsável pac.: ELIELZA LIMA DOS SANTOS

Nome da Mãe: JOSEFA OZILDA DE SANTANA

Endereço: CAMPO POV LAGOA SECA Bairro: CENTRO

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

Município: 280410 - MOITA BONITA

UF: SE CEP: 49560-000

Telefone: (79)9963-57686 Muda Proc.?: NÃO

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

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

Diag. principal: S525-FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Complementar:

Diag. secundário:

Carater atendimento: 02 - URGENCIA

Causa Óbito:

Data internação: 16 / 04 / 2019

Data saída: 23 / 04 / 2019

Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO

Modalidade: HOSPITALAR

Liberção SISAIOH01:

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	Compt	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 EM T 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)
4	0301010170	190065103540004	225125	0002283	0002283	6	04/2019	CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO
5	0302050019	980016293797847	223635	0002283	0002283	2	04/2019	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM
6	0302040021	980016293797847	223605	0002283	0002283	2	04/2019	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE

DADOS DE OPM

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Reg. ANVISA	CNPJ Fabricante
3	000039420	02.681.701/0001-69				

VALORES DA PRÉVIA

VALORES DA PRÉVIA	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	38,67		224,45
07.02.03-OPM EM ORTOPEDIA		275,48					275,48
Total Geral:	181,53	275,48		28,29	68,01		551,31
CID SECUNDÁRIO							

CID SECUNDÁRIO

Cid	Característica	Descrição
V299	PREEXISTENTE	MOTOCICLISTA (QUALQUER) TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO

Número de Nascidos

Número de Saídas

Nº Pré-Natal:

Vivos: Mortos:

Altas:

Transf.: Óbitos:

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

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

21/06/19

Dr(a) Angéline Ferreira da Mota
Supervisão Médica/SES
CRM-SE 3686
CPF: 876.198.735-20

 SUS Sistema Ministério Único de da Saúde Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		 CIRURGIA

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

2 - CNES

0002283

4 - CNES

0002283**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

JOSE CARLOS DE SANTANA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700504134050650

8 - DATA DE NASCIMENTO

04/05/1972

9 - SEXO

Masculino ☒ 1Feminino ☐ 3

10 - Nº DO PRONTUÁRIO

1087535

11 - NOME DA MÃE

JOSEFA OZILDA DE SANTANA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

ELIELZA LIMA DOS SANTOS/ ESPOSA

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, 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

*dr. elma e deformidade em punho e
após queda de moto há ~ 30 dias*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

trauma

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

exame clínico + RX

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

S525

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

V299

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento de membro distal

0408020407

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

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

15475190534

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

LUCIANO PASSOS

16 04 19

Luciano Passos de Souse
Ortopedia e Traumatologia

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

43 - CNES DA EMPRESA

44 - CNES

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() INADQUIRIDA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

281910015544-3

13 04 15

Luciano Passos de Souse
Autoridade Médica



urgencia ortopedica <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 continuções, 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 ADMISSÃO HOSPITALAR ATT: renata,

FRE: 1087380

 ATENDIMENTO

 ACOMODACAO:Enfermaria
 DIREITO A ACOMPANHANTE? Sim
 DATA: 16/04/2019 15:22:24 LEITO: MED GER. B04 - Ortopedia II
 TIPO: Urgência
 CONVENIO: SUS INTERNO
 PROFISSIONAL:866-LUCIANO PASSOS DE SOUZA

PACIENTE CARTÃO SUS:700504134050650

ATENDIMENTO:1087535

NOME: JOSE CARLOS DE SANTANA
 ENDEREÇO: 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 PROFISSÃO
 NOME DO PAI:CARLOS FRANCISCO DE SANTANA
 NOME DA MAE:JOSEFA OZILDE DE SANTANA

RESPONSÁVEL:

NOME DO RESPONSÁVEL:ELIELZA LIMA DOS SANTOS/SPOSA
 ENDEREÇO:
 BAIRRO: CIDADE: UF:

 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.:

sem Sigaue cópia do doc : e pulsaria

RX
 Pre:OK
 Pós:OK

Alta Hospitalar
 23/04/19
 Jline

PROCESSO DE ENFERMAGEM

Coleta de Dados

NOME: <u>João Carlos</u>
IDADE: <u>46</u> LEITO: <u>04</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 DSH: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>

DIAGNÓSTICOS MÉDICOS:

F. de Rádio

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"/> Aporte de oxigênio
---	---

FC: <u>80</u> bpm	FR: <u>17</u> lpm	PANI: <u>110/50</u> mmHg	Temperatura: <u>36.7</u> °C	Sat. de O ₂ : <u>99</u> %	PAM: <u> </u> mmHg
-------------------	-------------------	--------------------------	-----------------------------	--------------------------------------	----------------------

PVC: <u> </u> mmHg	PIC: <u> </u>	PiA: <u> </u>
----------------------	-----------------	-----------------

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

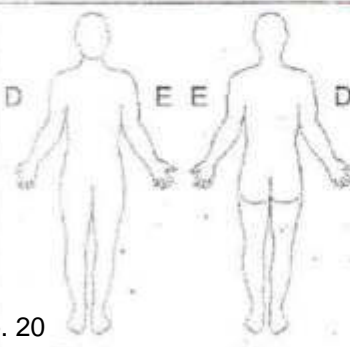

Escala de Morse	HISTÓRICO DE QUEDAS		DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO		AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO		Pontos: <u>20</u>
	Não Sim	<u>0</u> 15	Não Sim	<u>0</u> 15	Nenhum, Acamado ou Auxiliado por Profissional de Saúde Muletas, Bengala ou Andador Mobilidade ou Parede	<u>0</u> 15 30	
Escala de Braden	DISPOSITIVO ENDOVENOSO		MARCHA		ESTADO MENTAL		Risco balço: 0 a 24 médio: 25 a 44 alto: 45 a 60
	Não Sim	<u>0</u> 20	Normal, Sem deambulação, Acamado ou Cadeira de Rodas Fraca Comprometida ou Combustante	<u>0</u> 10 20	Orientado ou Capaz quanto à sua capacidade/limitação Superestima capacidade ou Esquece limitações	<u>0</u> 15	

Escala de Braden	PERCEPÇÃO SENSORIAL		UMIDADE		ATIVIDADE		Pontos: <u>23</u>
	Completamente limitada Muito limitada Levemente limitada Nenhuma alteração	1 2 3 <u>4</u>	Constantemente úmida Frequentemente úmida Ocasionalmente úmida Raramente úmida	1 2 3 <u>4</u>	Acamado Restrito à cadeira Caminha ocasionalmente Caminha frequentemente	1 2 3 <u>4</u>	
Escala de Braden	MOBILIDADE		NUTRIÇÃO		FRICÇÃO E CISALHAMENTO		Risco muito alto: 19 a 23 risco alto: 15 a 18 risco moderado: 13 a 14 risco baixo: 10 a 12 risco muito baixo: 4 a 9
	Completamente imobilizado Muito limitado Levemente limitado Nenhuma limitação	1 2 3 <u>4</u>	Muito pobre Inadequada Adequada Excelente	1 2 3 <u>4</u>	Problema Problema Potencial Nenhum problema aparente	1 2 <u>3</u>	

B- AVALIAÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA

Peso: <u> </u> kg, Altura: <u> </u> m

Peso → ± 78 Kg
Alt → ± 1.70 cm.

AVALIAÇÃO DO TEGUMENTO		Úlcera Por Pressão		
		Local	Característica	

Tubo Orotraqueal	Traqueostomia	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

	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	05 06
Frequência Cardíaca	200								Frequência Respiratória	38							
	190									36							
	180									34							
	170									32							
	160									30							
	150									28							
	140									26							
	130									24							
	120									22							
	110									20							
	100									18							
	90									16							
	80									14							
	70									12							
	60									10							
	50									08							
	40									06							
	30																
	20																
Pressão Arterial	340								Temperatura	42,0							
	320									41,5							
	300									41,0							
	280									40,5							
	260									40,0							
	240									39,5							
	220									39,0							
	200									38,5							
	180									38,0							
	160									37,5							
	140									37,0							
	120									36,5							
	100									36,0							
	80									35,5							
	60									35,0							
	40									34,5							
	20									34,0							
Glicemia																	

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): ☒

Vasotivas (µg/kg/h): ☒

Sedação (µg/kg/h): ☒

Carimbo e Assinatura:


Jéssica Q. B. Rodrigues Santos
CPF: 319.974.411-01

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA - SAEP

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

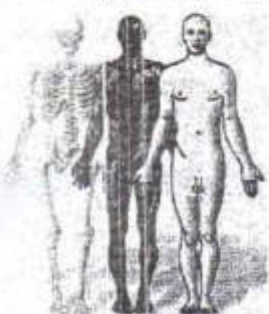
Nome:	Dra. Dora de Sotomaior		Procedência:	Med. Geral	Matrícula:	
Idade:	45	Sexo:	() M () F	Data de admissão:	22/04/19.	
				Leito:	B-04	1087535

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: _____ / _____ / _____ () Punção venosa periférica
 * Retirar a prótese e adornos: () Prótese dentária () Lente de contato () Jóias () Grampos () Outros: _____
 * Alergia conhecida: () SIM () NÃO () QUAL (IS): _____
 * Hábito de vida: Tabagista: () SIM () NÃO () TEMPO: _____ / Etilista: () SIM () NÃO () TEMPO: _____
 * Passado cirúrgico: () SIM () NÃO () QUAL (IS): _____
 * Doenças atuais: () HAS () ICC () IAM () AVC () DM () NEO () DPOC () IRC () ITU () NÃO.
 * Faz uso de medicamento: () SIM () NÃO () QUAL (IS): _____

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Estado clínico do paciente)

HORARIO: : h.



ASSINATURA:

INTRA-OPERATÓRIO (Admissão na Sala Operatória – SO)

EQUIPE CIRÚRGICA

- Cirurgião: Pinto no bone
- Instrumentador: Marcelo
- Anestesiologista: Marcelo
- Circulante: Marcelo 582178

SERVICO DE APOIO

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

PROCEDIMIENTO CIRÚRGICO

- Proposto: Red - cirurgia Realizado: el - a cirurgia
 ■ Horário - Início: 09:55 h e Término: 10:30 h. MSG
 ■ 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: MSG
 ■ Curativo - Tipo e local: soluções

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Ocorrências e Intercorrências)

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

f. ocorrência admitida na S.O. para submeter-se a ato
 urinário, observado, verbalizado: em uso de su-
 to pip; com marmes + R.X. realizado creste sig +
 ato urinário. SSVU: P.A- 138 x 93 mmHg; FC- 68 bpm
 SPO- 99%. f. ocorrência mencionada para SRPA, após
 ato urinário, sob efeito creste lico, em uso de su-
 to pip; com marmes + R.X; P.A- 151 x 97 mmHg; FC-
 77 bpm; SPO- 99%.

ASSINATURA:

521485

Lindiane Silva Santos
 Secret. Contábil
 09/04/20

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

DISPOSITIVOS EM USO

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

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

FINAIS VITAIS

0	FR: rpm	SpO ₂ : %	FC: bpm	PANI: mmHg	Temp.: °C	DOR:
30	FR: rpm	SpO ₂ : %	FC: bpm	PANI: mmHg	Temp.: °C	DOR:
60	FR: rpm	SpO ₂ : %	FC: bpm	PANI: mmHg	Temp.: °C	DOR:
90	FR: rpm	SpO ₂ : %	FC: bpm	PANI: mmHg	Temp.: °C	DOR:
120	FR: rpm	SpO ₂ : %	FC: bpm	PANI: mmHg	Temp.: °C	DOR:
150	FR: rpm	SpO ₂ : %	FC: bpm	PANI: mmHg	Temp.: °C	DOR:

HORARIO: : h. *Doente com na SRPA por dois minutos
 com oxigênio, saturação, SPO₂ 98% em 10 minutos e 78 bpm
 segue sem queixas de cuidado*

ASSINATURA: *Carla de Oliveira Santos Pin*
 COREN/SE 1358738-7

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

HORARIO: : h. *Doente em estado de alerta, com
 nível de consciência em nível de alerta, com
 nível de funcionamento em nível de alerta*

DESTINO/UNIDADE:

ASSINATURA: *Maria Suzete Alves Nunes*
 Téc. 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				
	Apnéia	0				
Circulação	PA 20% do nível pré anestésico	02				
	PA 20 - 49% do nível pré anestésico	01				
	PA 50% do nível pré anestésico	0				
Consciência	Lúcido, orientado no tempo e no espaço	02				
	Desperta se solicitado	01				
	Não responde	0				
Saturação	Maior que 92% respirando em ar ambiente	02				
	Maior que 90% com oxigênio suplementar	01				
	Menor que 90% com oxigênio suplementar	0				
IAK	TOTAL					

HORARIO DE ALTA - SRPA: 13:45 h.

ASSINATURA - ANESTESIOLOGISTA/CFM:

ASSINATURA - ENFERMEIRO (A)/COREN:

Valéria P. de Matos
 Médica
 CRM-SE 4281

LEGENDA:

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

FICHA DE EVOLUÇÃO
FISIOTERAPIA

M (TON)		DATA: 18/04		FC: 60		FR: 35		PA: 1		T: 1	
AP: 14/11/11		BATT: 87%		GCS: 1		RASS: 1		IMS: 10		MRC: 1	
VA: 12/11/11		Sedeção: 1		DVA: 1		PC: 1		TI: 1		VC: 1	
Ventilação		Modo: 1		PEEP: 1		PS: 1		I:E: 1		FR: 1	
Mecânicas:		FIO2: 1		Cdm: 1		Ras: 1		IRRS: 1		PaO2/FIO2: 1	
Monte, Ventil: Cest: 1		Cdm: 1		Ras: 1		IRRS: 1		PaO2/FIO2: 1		Sens: 1	
PROTÓCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOCE: () NÍVEL 1 / () NÍVEL 2 / () NÍVEL 3 / () NÍVEL 4											
Reevaluação: Paciente em estado satisfatório. Realizar avaliação da WSS e ajuste de pressão neurológica.											
Estado: Paciente em estado satisfatório.											

CODIFICAÇÃO:							
(1) FISIOTERAPIA MOTORA (2) FISIOTERAPIA RESPIRATORIA							
DENOMINAÇÃO:	() S / () D / () P - Horas: () 2 / () 4 / () 6 - FAU-HOU PROJ: _____						
() THB	() BENVI	() MRA	() TRE	VNI (tipo):	Tempo:		
(2) TEP	() Ex. Resp	() Transporte	() TMR	() Monit	() Intub	Outras:	
() RPPi	(2) Posic	() Outr _____ / _____	() MAN	() RCP	() Extub		
Motora: () Passiva	() Ativo-assistida	() Ativo	() Resistivo				
() SL	() S/C MMII pand	() SP	() ORT	() S/L	() ME	() DEA	
Secreção: () Pl / M / G / () F / () E	() MU / SC / MS	() MP	() Am	() Esv	() Ros		
OBS: o Paciente mobilizado a FL.							
Fisioterapeuta/CREFITO							

EXAME		HORA		RESULTADOS			
GAZO:		pH:	PaO ₂ :	PCO ₂ :	HCO ₃ :	BE:	
GAZO:		pH:	PaO ₂ :	PCO ₂ :	HCO ₃ :	BE:	
RAIO X:		OUTROS:					
DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:							
CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA				Fisioterapeuta/CREFITO			
DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:							
CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA				Fisioterapeuta/CREFITO			

PACIENTE: <u>Dr. Carlos de Faria</u>					MATRÍCULA:	
IDADE:	SERVIÇO:	APTO:	QUARTO:	ENFERM.	LEITO:	CONVÊNIO:

DATA E HORA	EVOLUÇÃO
16/04/19	<p># Fratura do rádio distal E</p> <p>de mão direita com deformidade, edema e limitação de movimento. Em punho E após queda de mão para trás 40 dias. Fratura cominada.</p> <p><i>[Signature]</i> Dheyzann S. Bonemann MÉDICO CRM/SE - 5461</p>
17/04/19	<p>- Ontopedica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fratura distal rádio esquerdo - Clavo Elasm. - Agulha 910 cirurgia <p><i>[Signature]</i> Leonardo Monteiro de Carvalho Médico CRM: 0005833</p> <p># Retificado #</p> <p>Pseudoartrose e escalfado</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊕ Fratura distal rádio esquerdo
18/04/19	<p># Ontopedica #</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pseudoartrose e escalfado esquerdo - Fratura distal rádio esquerdo - Agulha 910 cirurgia - Clavo 1435 <p><i>[Signature]</i> Leonardo Monteiro de Carvalho Médico CRM: 0005833</p>
19/04/19	<p># Ontopedica #</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pseudoartrose do metacarpo esquerdo - Fratura distal rádio esquerdo - Sutura de Retinex - Agulha 910 cirurgia <p><i>[Signature]</i> Leonardo Monteiro de Carvalho Médico CRM: 0005833</p>

Agardh + H. C. Pangloss

~~Leonardo Monteiro de Carvalho~~
~~Médico~~
~~CRM: 0005633~~

Agencia Tratamiento Efluentes

Leonardo Monteiro de Carvalho
Médico
CRM: 0005633

P.D. INHUMAN TRANSMISSION (MURKIN)
FRANK MOON DISTRICT 2 PSEUDOARTHOPE
BUTTERFLY

Antonio E. Lara
Dr. Esguerra


Dr. Antonio E. Lara-Alecio
Ortopedia - Traumatología
CRM 2808 - TEL 6824

RA - XI MB	DATA 24/01/11
TP - ENCI	VIS - TÉCNICO
Puro 8	Uatto

- Alta Hant, azienda: Guo de
Alta. Nomevole alla parte o Stanton;
quella parte con me, per altre mura.
San Diego Hill.

Leonardo Monteiro de Carvalho
Médico
CRM: 0005633

RECEBEMOS DE ORTOPLAN SERGIPE LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		Nº 000.039.420
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 1 - Saída Nº 000.039.420 SÉRIE: 3 Página 1 de 1	CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO 2819 0402 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 PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 328190004433202 - 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		CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
NOME/RAZÃO SOCIAL FUNDACAO DE BENEFICENCIA H. DE CIRURGIA		13.016.332/0001-06	24/04/2019
ENDEREÇO AV: DESEMBARGADOR MAYNARD, 174, 0 -	Bairro/Distrito CIRURGIA	CEP 49055-170	DATA DE ENTRADA/SAÍDA 24/04/2019
MUNICÍPIO Aracaju	UF SE	INSCRIÇÃO ESTADUAL	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 0,00	VALOR DO ICMS 0,00
BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS ST 0,00
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00
DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00
VALOR DO IPT 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 303,19

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS	
RAZÃO SOCIAL ORTOPLAN SERGIPE LTDA	FRETE POR CONTA 0-Remetente (CIF)
CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO
UF SE	CNPJ/CPF 02.681.701/0001-69
ENDEREÇO 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/ESH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VL.R. UNIT.	VL.R. TOTAL	BC ICMS	VL.R. ICMS	VL.R. IPT	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPT
40141100223	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.: 7912 Simpro: 0084544 Anvisa: 10223680060 Lote(s): 773618-2,000-V. INDETERMIN	90211020	040	5102	UND	2,0000	15,0500	30,10					
40103500227	PF CORT 3,5X22MM 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 T 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					

CONTROLAÇÃO - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
003942003 21.10.2019 303,19, COD OPME 0702030996- 01, 0702030724- 01 <i>PN de Paya</i>

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

DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Duplicata - Num.: 001, Venc.: 21/10/2019, Valor: 303,19 Vendedor: IVO LEAL, Pedido: 061217, Pedido Cliente: , Ordem : 03, Hospital: FUNDACAO DE BENEFICENCIA H. DE CIRURGIA, Médico: ANTONIO LARA, Paciente: JOSE CARLOS DE SANTANA, Id: , Prontuario: 1087535, Dt Cirurgia: 22.04.2019, AIH: , Convenio: SUS, Procedimento: , Mes ICMS: 040/ISENTO DE ICMS CF A RT. 8 INCISO IV DEC 17.037/97, Mes IPI: ITENS (2-5) ISENTOS IPI CONF CAP.90 DA TIPI E DEC 2995 DE 19/03/1999, Fatura:	



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 ESTADO/SE:
NATURALIDADE: ITABAIANA SUS
TELEFONE: 998357886/999607115 REGIÃO DE SAÚDE: SERGIPE

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

QUEIXA PRINCIPAL E DURAÇÃO:

dor em punho E após queda de moto

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

dor edema e limit de movimento em
punho E após queda de moto há ~
30 dias

ANTECEDENTES PESSOAIS E COMORBIDADES:

nega alrg e pat prévias

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

RX do punho E - frnt do radio distal E

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

RESUMO DA TERAPÊUTICA INSTITUÍDA E RESULTADOS

imob + frnt cururg.

PARAMÉTROS CLÍNICOS E LABORATORIAIS

PRESSÃO ARTERIAL	SATURACÃO DE O ₂	FREQUÊNCIA CARDÍACA	FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	GLICEMIA	UREIA	CREATININA
HEMOGLOBINA	LEUCÓCITOS	POTÁSSIO	USO DE O ₂ : SIM () NÃO ()	SECRETIVO: EM () NÃO ()	INTUBADO: NÃO ()	COLAR CERVICAL: SIM () 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: DE 1/50 ()	DIAS
MOTILIDADE				ESCALA DE COMA DE GLASGOW: ADIM/NV/NR		
DEAMBULA	CADEIRANTE	ACAMADO	OUTROS			
HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S) <i>Inat de radio distal e</i>						
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO <i>necessidade de Inat cirurgia</i>						
É VEDADO AO MÉDICO						
Art. 35. Exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, simplificar a terapêutica ou expor-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 alertar todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstaculizar, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na impossibilidade, a de seu representante legal.		
Médico Solicitante				NIR		
Data: <i>16/04/19</i>	Assinatura: <i>[assinatura]</i>	Carimbo: <i>[carimbo]</i>		Data:	Hora:	
Médico do NIR				CRL (RECEBIMENTO)		
Data:	Assinatura:	Carimbo:		Data:	Hora:	
Comentários Médico CRL				CRL (Autorização)		
				Data:	Hora:	
				NIR:		
				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 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



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
601.156.295-72

Nome
JOSE CARLOS DE SANTANA

Nascimento
04/05/1972

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
COORDENADORIA GERAL DE PESSOAS
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DR. CARLOS MENDES



Jose Carlos de Santana

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.063.800 2.VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 11/08/2009

NOME JOSE CARLOS DE SANTANA

FILIAÇÃO CARLOS FRANCISCO DE SANTANA
JOSEFA OZILDA DE SANTANA

NATURALIDADE ITABAIANA-SE DATA DE NASCIMENTO 04/05/1972

DOC ORIGEM

CT. INSCRM. NR 2070 LV A 03 FL 118
CPF CART. DIST.M. BONITA.COM. RIBEIROPOLIS/SE

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 116 DE 29/08/83
EVERETT LAFRANCA DA SILVA
Diretor do Inst. de Ident. Carlos Mendes

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

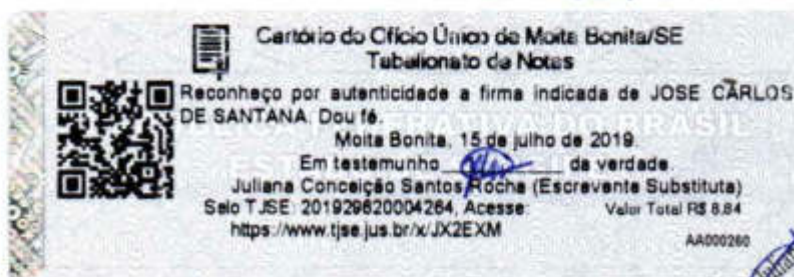
**PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE
PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Jose Carlos de Santana
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) lavrador, portador da cédula
de identidade RG nº 1.063.800, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 601.156.295-72, residente na (endereço
completo) Povoado Lagoa Seca S/N, na cidade de
Moita Bonita, (UF) SE, CEP 49560-000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) Jose Marcos de A. Rosa
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Consultor, portador da cédula
de identidade RG nº 21233929, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na (endereço
completo) Rua Das Silvas nº 217, na cidade de
N. Srª Da Glória, (UF) SE, CEP 49680-000, a quem confiro
ampos 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 Moita Bonita / SE

(assinatura) x Jose Carlos de Santana

(RG) 1.063.800 SSP/SE



OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

INVESTPREV

18 JUL 2019

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

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, 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,



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: **Jose Carlos De Santana**

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

Nome completo: **Jose Carlos De Santana** CPF: **601.156.295-72**
Profissão: **Jarrodor** Endereço: **Rua do Rancho Alegre** Número: **SIN** Complemento: **caso**
Bairro: **Zona Rural** Cidade: **Maita Bonita** Estado: **SE** CEP: **49.560-000**
E-mail: **marcelo.santana@gmail.com** Tel (DDD): **49.9918-9207**

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

RENDA 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: **4470** CONTA: **9450**

(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) ☐ Divorçado ☐ 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: **Gr. São João Batista 16.07.19**

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

INVESTPREV

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 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.



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA 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 (SUPOSTO 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	Envolvimentos
Desconhecido 1	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Relata o comunicante que na manhã do dia 04.03.2019, por volta das 08 horas, se encontrava na condição de garapeiro 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: Gilsara 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



[Assinatura manuscrita]

Gilsara Santos Viana
Agente de Polícia
Responsável pelo Atendimento

[Assinatura manuscrita]

José Carlos de Santana
(Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou(su)a responsável pelas informações acima assertadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

INVESTPREV

18 JUL 2019

ATO

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 DOC...: 1,063,800
IDADE: 46 ANOS NASC: 04/05/1972 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: ☒ RAIO X ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ TC
☐ LIQUOR ☐ ECG ☐ ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: ☐ SIM ☐ NAO

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

Ac mto cl capote

INVESTPREV
18 JUL 2019

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: CID:

PRESCRICAO HORARIO DA MEDICACAO

Liberado de cirurgia, ao ortopedista.
06 TO AC 9/A #
FATO DE CHAMA DO ASSO. ORTO
NÃO O PRESENTE (18/03/2019)

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :
ALTA: ☐ DECISAO MEDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASAO ☐ DESISTENCIA
☐ ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): ANTERIOR ID.

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE): Dr. GUILHERME
OBITO: ☐ ATE 48HS ☐ APOS 48HS ☐ FAMILIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL

Assinatura do paciente/responsavel: Adriana Dantas Gomes
Assinatura e Carimbo do Medico: Dr. Leonardo F. dos Santos
p. 38