



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**BOQUIM DA COMARCA DE BOQUIM**  
**Pq Cítricula Gov. João Filho, Bairro Centro, Boquim/SE, CEP 49360000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Dados do Processo**

Processo: 202061001913

Número Único: 0001912-37.2020.8.25.0009

Classe: Procedimento Comum

Situação: Andamento

Processo Origem: \*\*\*\*\*

Distribuição: 30/10/2020

Competência: Boquim

Fase: POSTULACAO

Processo Principal: \*\*\*\*\*

**Assuntos**

- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

**Dados das Partes**

Requerente: JOATHAN DOS SANTOS

Endereço: POVOADO CABEÇA DANTAS

Complemento:

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: BOQUIM - Estado: SE - CEP: 49360000

Requerente: Advogado(a): ELTON SOARES DIAS 10289/SE

Requerido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

Endereço: RUA SENADOR DANTAS, 5º ANDAR

Complemento: 5º ANDAR

Bairro: CENTRO

Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20031201



Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe

**BOQUIM DA COMARCA DE BOQUIM**  
**Pq Citrícula Gov. João Filho, Bairro Centro, Boquim/SE, CEP 49360000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Processos Apenasdos:**

--

**Processos Dependentes:**

--



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**BOQUIM DA COMARCA DE BOQUIM**  
**Pq Citrícula Gov. João Filho, Bairro Centro, Boquim/SE, CEP 49360000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**PROCESSO:**

202061001913

**DATA:**

30/10/2020

**MOVIMENTO:**

Distribuição

**DESCRIÇÃO:**

Registro eletrônico de Processo Judicial sob nº 202061001913, referente ao protocolo nº 20201029171104212, do dia 29/10/2020, às 17h11min, denominado Procedimento Comum, de Invalidez.

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Sim



**EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO  
DA \_\_\_\_ VARA CÍVEL DE BOQUIM/SE.**

**JOATHAN DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, desempregado, RG nº 2.576.271-O SSP/SE, CPF nº 072.758.765-07, residente e domiciliado ao Povoado Cabeça Dantas, nº 78, Boquim/SE, CEP nº 49360-000, não tem endereço eletrônico, vem, através do seu advogado e procurador *in fine*, (procuração anexa), com escritório profissional na Travessa Guaporé, nº 889, bairro América, Aracaju/SE, local onde recebe notificações e intimações, vem, respeitosamente a presença de Vossa Excelência, para propor:

**AÇÃO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT C/C PEDIDO DE DANO  
MORAL**

em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVATS/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita com CNPJ nº 09248608/0001-04, com endereço na Rua Senador Dantas, nº 74 - 5º Andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP: 20.031-201, pelos fatos que a seguir expõe:

**QUANTO À AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO (ARTIGO 319,  
INCISO VII DO NOVO CPC)**

01. O Requerente opta pela **NÃO** realização de audiência conciliatória (artigo. 319, inciso VII do novo CPC).



## I - DOS FATOS

02. O Requerente sofreu um acidente de trânsito quando trafegava de moto pelo povoado Cabeça Dantas, um cachorro passou na frente do seu veículo, ao tentar desviar do animal, perdeu o controle da moto e acabou caindo, em virtude da queda sofreu várias lesões, sendo levado pela SAMU ao Hospital de Urgência de Sergipe – HUSE, relato obtido pelo B.O em anexo.

03. Em virtude do acidente, o Requerente deu entrada no HUSE, onde foram identificadas as sequelas deixadas após o acidente de trânsito, como lesões em tórax e tíbia direita, conforme vemos nos relatórios médicos anexados aos autos, apesar do bom procedimento médico, o Requerente ficou com sequelas permanentes.

04. O relatório médico produzido pelo Dr. Renato Teixeira, CRM 1450, ortopedia e traumatologia, que analisou todo o histórico médico do autor e com base na documentação médica aqui também colacionado, após exame clínico e físico, concluiu que o acidente deixou como sequelas perda da debilidade física do membro inferior direito, relatório médico aqui colacionado.

05. Apesar de toda a documentação e provas, comprovando o acidente de trânsito e comprovando as sequelas deixadas pelo acidente, a Requerida negou o pagamento da indenização.

06. Diante disso, não restou ao Requerente outro meio senão procurar o poder judiciário e propor a presente demanda para que seu direito possa ser resguardado, devendo a Requerida ser compelida a pagar a indenização referente ao seguro DPVAT.

## II - DO DIREITO

### II.I-DO DEVER DE INDENIZAR DA REQUERIDA

07. O seguro DPVAT, é um seguro obrigatório responsável pelo pagamento da indenização aos danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, instituído pela da Lei 6.194/74, é um procedimento simples e sequer é preciso advogado ou terceiro para fazer sua solicitação, para o seguro ser pleiteado, basta apenas, comprovar o acidente de trânsito e os danos sofridos em decorrência do mesmo, além disso, sequer é preciso comprovar a culpa dos envolvidos, entendimento do artigo 5º da Lei 6.194/74, abaixo transcreto.

*"Art . 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado."*  
(Grifamos)

08. Já os artigos 3º e 7º da Lei 6.194/74 (abaixo transcritos), estabelece as regras para o pagamento de seguro e não faz distinção entre os envolvidos no acidente, referindo-se tão somente à pessoa vitimada, o que estende seu alcance a qualquer um que tenha sofrido um acidente de trânsito.

*"Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações **por morte, por invalidez permanente, total ou parcial**, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, **por pessoa vitimada***

(...)

*Art. 7º A indenização **por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei.**"*  
(grifos nosso)

09. Como podemos ver, o Requerente está coberto pela lei e o seu direito a receber o seguro é cristalino, ciente disso o autor seguiu todos os procedimentos necessários para obter o seguro, juntando toda a documentação necessária, documentos aqui também colacionados, comprovando o acidente de trânsito e os danos sofridos, porém, a Requerida negou o seu pedido de pagamento da indenização.

10. Em virtude da negativa ao seu pedido de pagamento do seguro pela Requerida através da esfera administrativa, vem o Requerente, perante Vossa Excelência, requerer a condenação da mesma no pagamento da indenização estabelecida no art. 3º, alínea II da Lei 6.194/74, no valor de R\$9.450,00 (nove mil e quatrocentos e cinquenta reais), referente aos danos causados em virtude ao acidente de transito sofrido que deixou sequelas permanentes em seu membro inferior direito, seguindo os parâmetros determinados na tabela anexada pela Lei nº 11.945, de 2009, que estabelece valores para cada membro lesionado.

**ANEXO**  
(Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009).  
(Produção de efeitos).

(art. 3º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974)

Danos Corporais Totais	Percentual da Perda
<i>Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico</i>	
<i>Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores</i>	
<i>Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés</i>	
<i>Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior</i>	
<i>Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral</i>	
<i>Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica</i>	100
<i>Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não</i>	

<i>compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital</i>	
<i>Danos Corporais Segmentares (Parciais) Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores</i>	<i>Percentuais das Perdas</i>
<i>Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores</i>	70
<i>Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés</i>	50
<i>Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo Polegar Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo</i>	25
<i>Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da Mão Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé</i>	10
<i>Danos Corporais Segmentares (Parciais) Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais</i>	<i>Percentuais das Perdas</i>
<i>Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho</i>	50
<i>Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral</i>	25
<i>Perda integral (retirada cirúrgica) do baço</i>	10

11. Quanto ao reembolso com os gastos de seu tratamento de saúde, tal direito também está garantido no art. 3º, alínea III da Lei 6.194/74, onde, o citado artigo diz que o valor máximo para o reembolso é de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais), o que lhe garante assim, o reembolso das despesas que teve com seu tratamento, aqui comprovadas através dos recibos e notas fiscais em anexo.

### **III-DOS PEDIDOS**

Diante do acima exposto, o Autor requer a Vossa Excelência:

- a) a citação VIA POSTAL da Requerida, no endereço indicado na qualificação, para responder aos termos da presente ação, sob os efeitos da revelia e pena de confissão sobre a matéria fática, com as cominações legais;

b) Que seja a presente demanda julgada antecipadamente, nos moldes previsto pelo Art. 355, inciso I do Código de Processo Civil.

c) Que seja a Requerida condenada a pagar ao Requerente a indenização devida, em virtude do acidente de trânsito narrado acima no valor de **R\$9.450,00 (nove mil e quatrocentos e cinquenta reais), referente aos danos causados em seu membro inferior direito**, respeitando os valores fixados no art. 3º, alínea II, da Lei no 6.194/74, e na improvável hipótese de Vossa Excelência entender que a limitação do Requerente não é aquela apontada, que seja a Requerida condenada a pagar ao Requerente indenização no percentual corresponde ao dano causado em seu membro lesionado, aferido por qualquer meio de prova produzida nos autos, observando a súmula 474 do STJ e os parâmetros estabelecidos em lei, acrescido de atualização monetária e juros à taxa legal, computada a partir do evento danoso (Súmula 54 STJ) e artigo 5º, § 7º da Lei 6.194/74;

d) Que seja a Requerida condenada a restituir ao Requerente os gastos que teve com consultas, remédios, tratamento e outras despesas médicas realizadas para o tratamento de seus problemas de saúde que advieram do acidente de trânsito narrado acima no valor de R\$100,00 (cem reais);

e) Requer a condenação em custas processuais, honorários advocatícios e sucumbenciais, sendo estes no montante de 20% sobre o valor da condenação, consoante o artigo 85 do CPC.

**REQUER a inversão do ônus probatório, conforme prevê o Código de Defesa do Consumidor**, no entanto, protesta provar o alegado por todos os meios de prova admitidos em direito, especialmente pela produção de prova documental, testemunhal (cujo rol declinará oportunamente), valendo-se a Requerente também das demais provas que se fizerem necessárias no decorrer da instrução processual.



Requer, ainda, a gratuidade judiciária, por ser pessoa de baixa renda, não tendo condições de arcar com às custas e despesas processuais sem prejuízo do sustento próprio.

O Requerente vem informar que não tem interesse na realização de audiência de conciliação, dispensado sua realização desde já.

O valor da causa é R\$9.550,00 (nove mil e quinhentos e cinquenta reais).

Nestes Termos,

Pede Deferimento.

Aracaju/SE, 29 de outubro de 2020.

**ELTON SOARES DIAS**

**OAB/SE 10.289**

## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** JOATHAN DOS SANTOS, desempregado, sócio,  
RG-2.576.271-0 SSP/SE, CPF – 072.758.765-07, residente e domiciliado ao Povoado Cabeça  
Dantas, nº 78, Boquim/SE, CEP: 49360-000.

**Outorgado(a):** ELTON SOARES DIAS, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/SE sob o nº10.289  
com endereço na Travessa Guaporé, nº889, bairro Siqueira Campos, Aracaju/SE.

**Poderes:** por este instrumento particular de procuração, constituo como procurador o outorgado, concedendo-lhes os poderes da cláusula *ad judicia et extra*, para o foro em geral, e especialmente para:

<b>PROPOR</b>	<b>AÇÃO</b>	<b>CÍVEL</b>	<b>em</b>	<b>face</b>
---------------	-------------	--------------	-----------	-------------

Sequencia hider, podendo portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

**Poderes Específicos:** A presente procuração outorga ao Advogado acima descrito, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar compromisso, pedir justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, receber dinheiro ou valores ou bens, passar recibos e dar quitação, requerer adjudicação de bens, oferecer plano de partilha de bens, receber partilha de bens, assinar e receber formais de partilha e alvarás, enfim, representar os interesses e direito do Outorgante,

Os poderes acima outorgados poderão ser substabelecidos com ou sem reserva de iguais poderes.

Aracaju, 24 / junho 2020

JOATHAN DOS SANTOS







**QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO**

JOATHAN DOS SANTOS  
FILIAÇÃO: JUCIMARIA DOS SANTOS  
NASCIMENTO: JOSE AGNALDO DOS SANTOS  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
NATURALIDADE: BOQUEIRÃO - PB  
DOCUMENTO: RG - 25762710-01/09/2016 SSP - SE  
LEI Nº 9.046, DE 18 DE MAIO DE 1995  
CPF: 072.758.785-07  
TIT. ELEITOR: 07101988  
LOCAL DE EMISSÃO: PB - BOQUEIRÃO  
DATA DE EMISSÃO: 01/09/2016

ZONA:

GZT - Joathan Santos  
CARTA DE QUALIFICAÇÃO CIVIL  
Superintendência do Trabalho e Emprego - SE  
ASSINATURA DO EMISSOR

**ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE**

FILIAÇÃO  
DATA DE NASC. DE / / PARA / /  
DOCUMENTO  
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME  
DOCUMENTO  
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME  
DOCUMENTO  
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME  
DOCUMENTO  
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

**LEGENDA**

A - CASAMENTO	C - DIVÓRCIO	E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE	G - DATA DE NASCIMENTO
B - SEP (JUDICIAL)	D - ADOPÇÃO	F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA	

03

DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR			
GRUPO SANGUÍNEO FATOR RH	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> DIABETE	<input type="checkbox"/> SIM
			<input type="checkbox"/> NÃO
ALÉRGIAS	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> HEMOFILIA	<input type="checkbox"/> SIM
	<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO
DOADOR DE ORGÃOS (Decreto nº 879, de 12 de julho de 1993)			
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO		
CARTEIRAS ANTERIORES			
DATA DA ANOTAÇÃO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR			
DATA DA ANOTAÇÃO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR			
DATA DA ANOTAÇÃO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR			
DATA DA ANOTAÇÃO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR			

06

CONTRATO DE TRABALHO			
EMPREGADOR.....	.....	.....	.....
CCC/CPF/CIEI	.....	.....	.....
ENDEREÇO	.....	.....	UF.....
MUNICÍPIO	.....	.....	.....
ESP. DO ESTABELECIMENTO	.....	.....	.....
CARGO	.....	.....	CBO Nº.....
DATA DE ADMISSÃO	.....	DE	.....
REGISTRO Nº	.....	FLS./FICHA	.....
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA			
ASS. DO EMPREGADOR (OU A RGUE) C/ TESTEMUNHA			
1º	.....	2º	.....
DATA DE SAÍDA	.....	DE	.....
ASS. DO EMPREGADOR (OU A RGUE) C/ TESTEMUNHA			
1º	.....	2º	.....
COM. DISPENSA CD Nº	.....	.....	.....
FGTS Nº DA CONTA	.....	.....	.....

07



### FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA

UC / DV

35079 / 6

### JUCIMARIA DOS SANTOS

POV CABECA DANTAS, 78,  
POV CABECA DANTAS - Boquim/SE - 49.360-000

Medidor: 485787 - M

Mês de Referência	Consumo kWh	Vencimento	Valor R\$
03/2020	112	25/03/2020	70,70

#### DADOS CADASTRAIS

CNPJ/CPF: 06...  
Grupo/Subgrupo: B - B1r Ligar ao Monofásico  
Classe: RESIDENCIAL - BAIXA RENDA - NIS: 20908743672  
TSEE criada pela lei nº 10.438 de 26/04/2002.  
Tensão de Fornecimento (V): 127  
Limites adequados de Tensão (V): 117 a 133  
LIMITES DAS TENSÕES DE FORNECIMENTO CONFORME ANEXO I DO MÓDULO 6 DO PRODIST  
CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 035079

#### DADOS DE FATURAMENTO

Emissão: 11/03/2020  
Mês/Año Faturamento: 03/2020  
Leitura atual: (11/03/2020) 19662  
Leitura anterior: (11/02/2020) 19550  
Próxima leitura: 13/04/2020  
Consumo Medido (kWh): 112  
Consumo Diário (kWh): 3,86  
Dias de Consumo: 29  
Ocorrência do Mês: Lido  
Media kWh últimos 12 meses: 92

#### HISTÓRICO DE CONSUMO - kWh

Mês/Ano	Consumo	Obs.	Pagamento	Valor R\$
03/2020	112	Lido	Em aberto:	70,7
02/2020	123	Lido	Em aberto:	85,58
01/2020	108	Lido	09/03/20	
12/2019	88	Lido	10/02/20	
11/2019	97	Lido	09/01/20	
10/2019	78	Lido	08/11/19	
09/2019	92	Lido	09/01/20	
08/2019	69	Lido	07/10/19	
07/2019	77	Lido	30/08/19	
06/2019	85	Lido	09/08/19	
05/2019	96	Lido	11/07/19	
04/2019	94	Lido	10/06/19	
03/2019	101	Lido	13/05/19	

#### IDENTIFICAÇÃO

Nota Fiscal / Série: 02 013 4000 006904 22 02 829 174 / B  
Local de Entrega: 1

#### COMPOSIÇÃO DA FATURA - R\$

(Art 31, resolução 166/2005 - ANEEL)		
Energia	28,46%	18,71
Distribuição	19,97%	14,12
Transmissão	4,26%	3,01
Encargos Setoriais	3,88%	2,74
Tributos	37,38%	26,43
Perdas	0,00%	0,00
Outros	8,05%	5,69
<b>TOTAL</b>		<b>70,70</b>

#### ITENS FATURADOS

Descrição	Qtde.	VL. Unit.	Valor(R\$)
CONSUMO de energia	30	x 0,21339 =	6,40
CONSUMO	70	x 0,36582 =	25,60
CONSUMO	12	x 0,54873 =	6,58
ICMS			24,77
PIS			0,29
COFINS			1,37

#### REAVISO DE FATURA VENCIDA

Informamos que até o momento não registramos o pagamento do(s) débito(s) relacionado(s) abaixo:

MES/ANO	VALOR
02/2020	R\$ 85,58

#### Itens Financeiros

IPSE CORREÇÃO	2,12
MULTA P/ ATRASO PAGTO	1,04
JUROS E CORREÇÃO	1,23
MULTA P/ ATRASO PAGTO	1,30

#### VENCIMENTO DESTE REAVISO

26/03/2020

O não pagamento dos débitos em aberto no prazo de vencimento deste reaviso sujeita esta unidade consumidora à suspensão do fornecimento de energia elétrica conforme art. 172 da resolução normativa n. 414/2010 da Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL.

**TOTAL A PAGAR R\$ 70,70**

TRIBUTOS	Base de cálculo(R\$)	Aliquota(%)	Valor(R\$)
(incluídos no valor total):			
ICMS	99,09	25,00	24,77
PIS/PASEP	65,01	0,74	0,29
COFINS	65,01	3,39	1,37

#### DADOS TÉCNICOS

Inst transformadora...	1020103
Número do medidor...	485787
Fator de multiplicação...	1,000
Tipo de Injetor...	Mônafasico

#### INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjunto: ESTÂNCIA Referência: 01/2020

EUSD: 20,50

O consumidor tem o direito de solicitar a distribuidora a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICFI a qualquer tempo. O consumidor tem direito de receber uma compensação caso sejam violados os limites de continuidade individuais relativos à unidade consumidora para apuração mensal, tri e anual.

MENSAL TRIMESTRAL ANUAL

META DIC	10,87	22,61	45,22
APUR DIC	0,00	0,00	0,00
META FIC	7,59	15,34	30,69
APUR FIC	0,00	0,00	0,00
META DMIC	5,88		
APUR DMIC	0,00		

RESERVADO AO FISCO - 8FD1 8992 A156 52C0 CAEF A7F9 D829 82FB

ResArref02 - 10 Banderas, vigência 01/11/2019

#### MENSAGEM

Benefício Tancado: 29,70

A conta normal de consumo seria R\$ 68,28, porém tem um desconto da Tarifa Social de R\$ 29,70, restando a ser pago R\$ 38,58, que com os demais valores acima discriminados totaliza R\$ 70,70.



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



---

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 121407 - COLISÃO DE VEÍCULOS SEM VÍTIMAS**

Data do registro: 16/05/2020 15:51:39

**Situacão: Válido**

---

**FATO**

**Descrição da Natureza:** Colisão de Veículos Sem Vítimas

**Data:** 02/08/2019 17:00

**Endereço:** POVOADO CABEÇA DANTAS

**Número:**

**Bairro:** POVOADO CABEÇA DANTAS ("CALITENDO")

**Cidade:** BOQUIM

**VÍTIMA**

**Nome:** JOATHAN DOS SANTOS

**Nome da pai:**

**Nome da mãe:** JUCIMARIA DOS SANTOS

**Profissão:**

**Data de nascimento:** 07/10/1998

**Órgão emissor:** SSP / SE

**RG:** 25762710

**Naturalidade:** ITABAIANINHA/SE

**CPF:** 072.758.765-07

**LOGRADOURO**

**CEP:** 49360-000

**Número:** 78

**Endereço:** POVOADO CABEÇA DANTAS

**Cidade:** BOQUIM/SE

**Bairro:** POVOADO CABEÇA DANTAS

**RELATO DO FATO:**

ESTAVA CONDUZINDO A MOTO HONDA C6 150 FAN ES, PLACA OEN 6E02, DE MINHA PROPRIEDADE, PELO POVOADO CABEÇA DANTAS QUANDO UM CACHORRO PASSOU PELA FRENTES DA MOTO, AO TENTAR DESVIAR, PERDI O CONTROLE DO VEÍCULO, ACABEI CAINDO E SOFRENDO VARIAS LESOES, A SAMU FOI CHAMADA E FUI LEVADO PARA HUSE .

## RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Jathan dos Santos  
DATA DA ENTRADA: 2/8/19  
DATA DA SAÍDA: 5/8/19

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

INTERNAMENTO: PS ( ) ENFERMARIA ( ) UTI ( )

### HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente Vítima de acidente de moto (quebrou) em uma de esquina. REG seu perna de concussão da rotina. ECG 25. Tinha a dor no abdômen. Tela em perna direita. O ortopedista confirmou a fratura aberta do Rio X fratura da diáfise tibial direita. Foi colocada uma fala bypassada em perna direita. Foi internado para tratamento cirúrgico.

### HISTÓRICO CIRÚRGICO:

### EXAMES COMPLEMENTARES:

RX de perna. De pé. DRP

### MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Francisco Pires (ortopedista)  
Dr. Washington Batista

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

ARACAJU, 13 de 09 de 2019

Dr. Nilson E. F. Evarn  
CRMSE-3818  
Clínica Médica  
CRMSE-3818  
Dr. Nilson E. F. Evarn  
CRMSE-3818  
Clínica Médica

*Alegre*

*PX*

*3*

DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE  
 DO BE: 30938 DATA: 02/08/2019 HORA: 19:13 USUARIO: ELMENEZES  
 IS: SETOR: 06-SUTURA

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

ME: JOATHAN DOS SANTOS DOC...: 25762710  
 DADE: 20 ANOS NASC: 07/10/1998 SEXO...: MASCULINO  
 DERECHO: Povoado CABECA DANTAS NUMERO:  
 IMPLIMENTO: 708203643730843 BAIRRO: ZONA RURAL  
 INICIO: BOQUIM UF: SE CEP...: 49360-000  
 ME PAI/MAE: JOSE AGNALDO DOS SANTOS /JUCIMARIA DOS SANTOS  
 ESPONSAVEL: A MAE/SAMU TEL...: 79-99658-7  
 COCEDENCIA: BOQUIM-SE 202  
 ENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)  
 ASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: SIM  
 CID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

ADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*Pente na testa de acidente de moto (quebra) com uso de copoete - Mexe perde de consciente em vários. FCG.15 (Anel de ferro) Félix e dolor sem notações da ENFERMAGEM:  
 Alterações de humor com fome desmaiada.*

DIAGNOSTICO: *Fragosso do dípior* CID:

PRESCRICAO	HORARIO DA MEDICACAO
<i>1- Prefenal 400mg</i>	<i>R/35</i>

ATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :

LTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA

[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

NTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

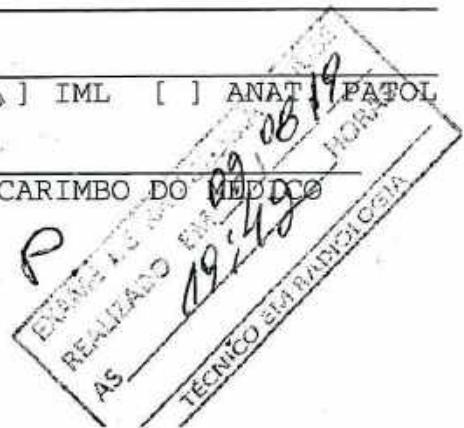
BITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS

[ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT [ ] FATOLO

SSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

*Px de ferro D e R'D 2 P*



~~Fratura deíferen  
+ lesão D. Blachod~~

- Talo creve posterior

- Intimo p/ NO cerryed  
elito

Dr. Fabrício Pizzati Pimentel  
Ortopedista e Traumatologista  
CNPJ: 00.000.000/0001-01  
Av. Presidente Vargas, 2207



Cases 100-1

**PRONTO SOCORRO ADULTO**

## **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Name: Joaquin das Santes Idade: 20 Data: 02/08/19



# **EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR**

## **HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE – HUSE**

### **PRONTO SOCORRO ADULTO**

Página nº 1  
Nome do Paciente: Joathan dos Santos Idade: 20 Sexo: M  
Unidade de Produção: Leito: Nº do Prontuário:

## EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

Página n° 2

MS-DATASUS:  
VERSSÃO 16.40

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

ESPELHO DA AIH

PAG: 1

O.E.: M280030801

ESFERA: PRIVADO

APRESENTAÇÃO: 09 / 2019

DATA: 09/09/2019

Num AIH: 281910017244-9

Situação: APURADA

Tipo: 01-INICIAL

Apresentação: 09/2019

Data Autorização: 04 / 08 / 2019

Especialidade: 01 - CIRURGICO

Orgão Emissor: M280030801

CRC:

Doc autorizador: 190136126980000

Doc med resp: 206790614650009

Doc diretor clínico: 206790614650009

Doc médico solic: 204309919100008

CNES: 0002283 - FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

CNS: 70820364373084-3

Paciente: JOATHAN DOS SANTOS

Data Nasc.: 07 / 10 / 1998 Sexo: MASCULINO

Nacionalidade: 010 - BRASIL

Tipo Doc.: Identidade

Doc: 25762710

Responsável pac.: LEANDRO BARRETO

Nome da Mãe: JUCIMARA DOS SANTOS

Endereço: RUA CABECA DANTAS 78 Bairro: CENTRO

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

Município: 280067 - BOQUIM

UF: SE CEP: 49360-000

Telefone: (79)9996-29413 Muda Próx.? NÃO

Procedimento solicitado: 04.08.05.050-0 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Procedimento principal: 04.08.05.050-0 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Diag. principal: S822-FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Diag. secundário:

Complementar:

Causa Obito:

Carater atendimento: 02 - URGENCIA

Modalidade: HOSPITALAR

Data internação: 04 / 08 / 2019

Data saída: 08 / 08 / 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	0408050500	980016283858665	225225(1)	0002283	0002283	1	08/2019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
2	0408050500	207272893940003	225151(6)	3359948	3359948	1	08/2019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
3	0702030520		02681701000169	02681701000169	1	08/2019 HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE TIBIA	
4	0301010170	190065103540004	225125	0002283	0002283	4	08/2019 CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO
5	0302040021	980016287944507	223605	0002283	0002283	2	08/2019 ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE
6	0302050019	980016287944507	223635	0002283	0002283	2	08/2019 ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM

DADOS DE OPM

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Reg. ANVISA	CNPJ Fabricante
3	000040490	02.681.701/0001-69		000040490		

VALORES DA PREVIA

	Serviço Hospitalar	Serviço Profissional						TOTAL	
		Direto		Direto		Rateado			
		Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro		
03.01.01-CONSULTAS MEDICAS/OUTROS						31,70		31,70	
03.02.04-ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA		9,34						9,34	
03.02.05-ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS		12,70						12,70	
04.08.05-MEMBROS INFERIORES		631,25			64,53	118,87		814,65	
07.02.03-OPM EM ORTOPEDIA			1.096,39					1.096,39	
Total Geral:		653,29	1.096,39		84,53	150,57		1.964,78	

SERVIÇO/CLASSIFICAÇÃO

Linha Serviço Classif. Descrição

5	126	004 ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMO-FUNCIONAIS (SERVICO DE FISIOTERAPIA)
	125	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS DISFUNCOES MUSCULO-ESQUELETICAS (TODAS AS ORIGENS) (SERVICO DE FISIOTERAPIA)

Característica

Descrição

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

Número de Nascidos Número de Saídas N° 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

8/2019/19

09/2019  
Pj - 7/2

**Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia**

177

PACIENTE <i>Jaithan dos Santos</i>	ATEND. <i>1108 685</i>	CONVÉNIO: SUS	SETOR: <i>Orto I</i>
PARCIAL: <i>única vez</i>		PERÍODO: <i>09-08 a 08-08-19</i>	

**CHECK LIST PRONTUÁRIO**

1.  LAUDO AIH / GUIA AUTORIZAÇÃO ELETIVA
2.  FAH
3.  LAUDO SUPLEMENTAR (diária UTI, permanência maior, mudança de proced.)
4.  SIGAU
5.  DECLARAÇÃO DE ÓBITO
6.  CÓPIA DO RG
7.  CÓPIA DO CARTÃO SUS
8.  CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
9.  TERMOS
10.  EVOLUÇÃO MÉDICA / MULTIPROFISSIONAL
11.  EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA
12.  PRESCRIÇÃO MÉDICA
13.  FORMULÁRIO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL
14.  ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
15.  SAE – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
16.  MAPA DE CONTROLE E BALANÇO HIDRO-SANGUÍNEO
17.  SAEP
18.  RASTREABILIDADE DE INTEGRANTES QUÍMICOS
19.  COMUNICADO DE UTILIZAÇÃO DE OPME
20.  LAUDO MÉDICO SUPLEMENTAR
21.  EMBALAGEM OPME
22.  FICHA DE CONSUMO
23.  SOLICITAÇÃO DE ANATOMOPATOLÓGICO
24.  LAUDO DE ANATOMOPATOLÓGICO
25.  ATO CIRÚRGICO
26.  FICHA ANESTÉSICA
27.  EXAMES
28.  RAIO-X
29.  TOMOGRAFIA
30.  OUTROS : \_\_\_\_\_

*Carolina dos Santos Souza*  
 Matrícula / 97240  
 Secretaria Clínica / FBHC

**SECRETÁRIA RESPONSÁVEL**

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

ATENDIMENTO

ACOMODACAO: Enfermaria  
DIREITO A ACOMPANHANTE? Não  
DATA: 04/08/2019 16:18:11 LEITO: ORT BUZO C04 - Ortopedia I  
TIPO: Urgência  
CONVENIO: SUS INTERNO  
PROFISSIONAL: 4451-PAULO MARCIO DE CARVALHO SALOTTI  
CARTAO SUS: 708203643730843

PACIENTE

ATENDIMENTO: ~~João Pedro~~  
NOME: JOAQUIM DOS SANTOS Nº: 78  
ENDERECO: CABECA DANTAS UF: SE CEP: 49360001  
BAIRRO: Centro CPF: 07275876507  
CIDADE: Boquim R.G: 25762710  
FONE: 999629413/999512337 IDADE: 20 SEXO: Masculino  
DATA NASG.: 07/10/1998 PROFISSAO:  
EST. CIVIL: Solteiro  
NOME DO PAI: JOSE AGNALDO DOS SANTOS  
NOME DA MAE: JUCIMARIA DOS SANTOS

RESPONSÁVEL:

NOME DO RESPONSÁVEL: LEANDRO BARRETO /AMIGO  
ENDERECO: CIDADE: UF:  
BAIRRO:

DADOS COMPLEMENTARES:

CIO: 582.2-Fratura da diáfise da tibia  
ORIGEM: Boquim  
DIAS INTERNAMENTO: 4  
PROC.SUS: 040805050-0 Tratamento Cirúrgico De Fratura Da Diafise Da  
AIH.:

  
Marcella Mariana S. da Silva  
Enfermeira/FBHC  
COREN-SE 564798  
05.09.19

## ANEXO I

SUS Sistema Único de Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		HOSPITAL CIRURGIA
Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE FUNDACÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA		2 - CNES 0002283	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE FUNDACÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA		4 - CNES 0002283	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE JOATHAN DOS SANTOS		6 - N° DO PRONTUÁRIO 1108718	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 708203643730843		8 - DATA DE NASCIMENTO 07/10/1998	
9 - SEXO Masc. X1 Fem. 3		10 - RACA/COR	
11 - NOME DA MÃE JUCIMARIA DOS SANTOS		12 - FONE DE CONTATO DDD 79 N° DO FONE	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL LEANDRO BARRETO/AMIGO		14 - FONE DE CONTATO DDD 79 N° DO FONE 999629413/999512337	
15 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO) POVOADO CABECA DANTAS N°78		16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA BOQUIM	
17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO		18 - UF SE	
19 - CEP 49360-000			
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  Histórico de queda de moto c/ ferimento nos ossos da perna há 3 dias			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO  Internado para cirurgia			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)  Exames feitos			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura		24 - CID 10 PRINCIPAL S82.2	25 - CID 10 SECUNDÁRIO V230
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO TCC			
28 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO Clínica		29 - DOCUMENTO CNS	
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO Hospitalar		31 - DOCUMENTO CPF	
32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		33 - DATA DA SOLICITAÇÃO 040819	
34 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		35 - ASSINATURA E CARIMBO NO N° DO REGISTRO DO CONSELHO Dr. Carlos V. S. Oliveira	
36 - ACIDENTE DE TRÂNSITO 37 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 38 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
39 - CNPJ DA SEGURADORA			
40 - N° DO BILHETE 41 - SÉRIE			
42 - CNPJ EMPRESA			
43 - CNAE DA EMPRESA 44 - CBDA			
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTONOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) INÁO SEGURADO			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR DOCUMENTO CPF			
47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 50 - ASSINATURA E CARIMBO NO N° DO REGISTRO DO CONSELHO Dr. Carlos V. S. Oliveira			
51 - ASSINATURA E CARIMBO NO N° DO REGISTRO DO CONSELHO Dr. Carlos V. S. Oliveira			
52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 281910017244-9			

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

AUTORIZAÇÃO

47 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

281910017244-9

CRM-SE-3026

CPF-876.198.735-21

## F R E - F A T U R A M E N T O

Emissor: ORTOPLAN SERGIPÉ LTDA  
Endereço: AV. RIO BRANCO-EDF. QVIODEO TEIXEIRA - S.813 186, CENTRO, ARACAJU - SE, 49010-030  
Fone: 3222-0750/ 3222-0383 CNPJ/CPF: 02.681.701/0001-69 Ios.Est.: 27.097.585-3  
Destinatário: ( 37 ) FUNDACAO DE BENEFICENCIA E. DE CIRURGIA Data Emissão: 12.08.2019  
Endereço: AV: DESMEMBARGADOR MAYNARD, 174 CNPJ/CNPJ: 13.016.332/0001-06 Ias.Est.: ISENTO  
Cidade: ARACAJU Bairro: CIRURGIA CEP: 49055-170  
Faturas: 006231900 / CONTRA-APRESENTAÇÃO / 1.096,39 Fone: (0079) 212-7312/ 211-8817 UF: SE

Código	Descrição	Cl	St	Und	Qtdc	Valor	Unitario	Vl.Desc	Valor Total	ICMS	IPF	Valor IPI
01.02.03.052-0	KIT HASTE BLOQUEADA TIBIAL											
	PREGO DE BLOQUEIO 4.0/6.0X08.0/35MM	(2,000)										
Lote(s): 35196-	2,000	Vol. INDETERMIN /										
	PREGO DE BLOQUEIO 4.0/6.0X08.0/45MM	(1,000)										
Lote(s): 37444-	1,000	Val. INDETERMIN /										
	PREGO DE BLOQUEIO 4.0/6.0X08.0/30MM	(1,000)										
Lote(s): 27618-	1,000	Val. INDETERMIN /										
	HASTE INIRAG. BLOQUEADA TIBIAL CANULADA 11X360	(1,000)										
Lote(s): 27479-	1,000	Val. INDETERMIN /										

Hospital: FUNDACAO DE BENEFICENCIA E. DE CIRURGIA  
Convenio: SUS - SISTEMA UNICO DE SAUDE  
Paciente: JOATMAN DOS SANTOS  
ID/AIN: /

Medico: PAULO SALOTI  
Instrumentador: KLEBER SANTOS DA HORA  
Dt.Cirurgia: 07.08.2019  
Procedimento: 0408050500

Prestuario: 1108685

Base ICMS:	1.096,39	Valor ICMS:	197,35	Base ICMS Subst:	0,00	Valor ICMS Subst:	0,00	Valor ProdutoS:	1.096,39
Vl. Frete:	0,00	Vl. Seguro:	0,00	Outras Despesas:	0,00	Valor Total IPI:	0,00	Valor Pre-Nota:	1.096,39
Vendedor:	IVO LEAL	Pedido:	062319		A/9021.10.20				
pedido Cliente:		Ordem e Pagina:	00	1/1					

Desejo que recebi os produtos constantes deste documento.  
Data do recebimento: / /

Responsável pelo recebimento: \_\_\_\_\_





## DUSV E - FBHC - ORTOPEDIA - JOATHAN DOS SANTOS

CRL CRE <crl.complexoderegulacao1@gmail.com>

Para: Núcleo internoderegulacao <nucleointernoderegulacao@fbhc.org.br>, HUSE Enfermaria NIR <nirhuse.crl@gmail.com>

4 de agosto de 2019 13:14

Boa tarde!

Esta Central de Regulação de Leitos, integrante do Complexo Regulatório de Saúde do Estado, comunica reserva de leito em nome de **JOATHAN DOS SANTOS** para admissão em Enfermaria.

### 1. Informações gerais

- a. US: HUSE
- b. Médico da enfermaria : não informado
- c. UE: Hospital Cirurgia
- d. Tipo: Enfermaria
- e. Identificação: Ortopedia 1
- f. Leito: C4
- g. Médico regulador da CRL: Kelly Alves
- h. Código de autorização: **RL0408HCO1C4KA7**

Favor comunicar aos familiares.

### 2. Informações específicas:

Entregar obrigatoriamente a equipe de transferência:

- Cópia do DUSV Enfermaria
  - Cópia da prescrição médica atualizada
  - Cópia da evolução médica atualizada
  - Cópia da evolução enfermagem atualizada
  - Cópias dos resultados dos últimos exames
- Se o paciente for idoso favor encaminhar junto ao mesmo um acompanhante para realizar a admissão hospitalar.

**OBS1:** Realizar a transferência hoje ate as 17h horas, caso não seja possível, realizar amanhã a partir das 7:00

**OBS 2:** O transporte do paciente fica sob responsabilidade da unidade solicitante.

**OBS 3:** Encaminhar documentos pessoais do paciente

**OBS 4:** O leito ficará reservado para o determinado paciente até 24horas, a contar deste comunicado.

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

CHURRASCO

UNIDADE:

PACIENTE:

José da Silva Santos

MATRÍCULA:

IDADE:	SÉRVICO:	APTO:	QUARTO:	ENFERM.	LEITO:	CONVÉNIO:
--------	----------	-------	---------	---------	--------	-----------

DATA E  
HORA:

Evolução

04/08

# ADMISSÃO  
Histórico de Queda de moto há 3 dias  
c) Fazem os exames D2 para a Dígitas  
e) Marca os contornos.  
CD) Interno e no crânio

Dr. Fábio Almeida  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-5740

05/08/19

Paciente vítima de queda de moto há 3 dias com Fraturas abertas  
da perna D1, sem queixa no momento.

ed = 5mm

Dr. Vâncio Sobral  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-5189

06/08/19  
Paciente com fratura de cíngulo de sacro deslocada  
que se deslocou para a esquerda  
essa queixa é  
CP2 UPLA

Eduardo Batista Nunes  
Médico  
CRM-5301

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

UNIDADE:

CRUZ  
CRUZ

PACIENTE:

MATRÍCULA:

IDADE:

SERVIÇO:

APTO:

QUARTO:

ENFERM.

LEITO:

CONVÉNIO:

DATA  
HORA

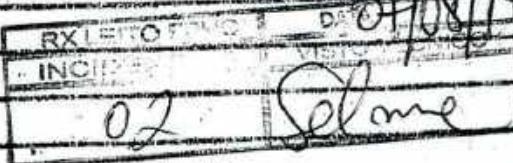
07/08

Evolução

# ADMISSÃO  
POI DE Fx TIBIA (D). CAVADO HASTA  
INTERCONDÍLAR. PROCEDIMENTO Y INTERVENCIÓN

CD: A SRP/1

Dr. Henrique Almeida  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 5740 CPE 020948.923-52



Oglosia

Prontos em 1º DIA de fixação da fratura da tibia (D) com um som  
quebrado no momento:

ed: Am. Hospitalar

Dr. Vinícius Sobral  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 5139

**FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA – FBHC**  
**FICHA DE EVOLUÇÃO DA FISIOTERAPIA**

CIRURGIA

Nome: *José Thom dos Santos*  
Data de Nascimento: *06/10/1998*

Idade: *10*

Diagnósticos:

Data de Admissão: *04/08/19* Matrícula: *1108718*

Leito: *C4* Códigos de Atendimento:

M(X)T( )N( ) DATA: *05/08/2019*

AP: *AVT + AHT x SIRA*

VA: *VETAA*

Ventilação:

Mecânica:

Monit. Vent:

Cest:

PROTOCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOCE: ( ) Nível 1 / ( ) Nível 2 / ( ) Nível 3 / ( ) Nível 4

Reavaliação: Paciente encontra-se em ótimo nível, lido de estabilizado, com  
modo, assistência respiratória, com pressão arterial sistólica mista. Díixa  
aparente sem intervenções.

CONDUTA: (X) FISIOTERAPIA MOTORA (X) FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA

DESMAME: ( ) 5 / ( ) D / ( ) P - HORAS: ( ) 2 ( ) 4 ( ) 6 - FALHOU PRQ?

( ) THB	( ) Mudança de dec	( ) TRE	( ) TMR	VNI (tipo):	Tempo:
(X) TEP	(X) Posic	( ) Ajustes na VM	( ) Intub	( ) Monit	Outras:
( ) RPPI	(X) Exer. Resp	( ) Transporte	( ) Extub	( ) RCP	
Motoria: ( ) Passiva		( ) Ativo		( ) Resistido	
(X) SL	( ) Sc/ MMII pend	( ) SP	( ) ORT	( ) S/L	( ) ME ( ) DEA
Secreção: ( ) Fluida ( ) Espessa ( ) MU	( ) Sangui ( ) MS	( ) MP	( ) Am	( ) Esv	( ) Ros

Meta Terapêutica: Trabalhar com mobilizações  
motores  
Evitar deformidade  
Aumentar expansão pulmonar

JULIA CARDOSO SANTOS  
Processo: *Julia Caroline Santos*  
CREFITO 203840-F  
Professor/Preceptor - UNIT  
Fisioterapeuta/CREFITO

*Rellen Teles*

FC: *57* FR: *24* PA: *120x80* T: *35,6*

RASS: *IMS: MRC: NC:*

DVA: *SpO<sub>2</sub>: 98%*

Ventilação: *VEAA* Sedação:

Mecânica: Modo:

FIO2: *PEEP:*

Monit. Vent: Cest: *PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>:*

Cdin: Res: IRRS: *PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>:*

PROTOCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOCE: ( ) Nível 1 / ( ) Nível 2 / ( ) Nível 3 / ( ) Nível 4

Reavaliação: Paciente apresenta-se em ótimo nível, com uso de AVT e assistência respiratória, lido de estabilizado, com pressão arterial sistólica mista. Díixa aparente sem intervenções.

CONDUTA: (X) FISIOTERAPIA MOTORA (X) FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA

DESMAME: ( ) S / ( ) D / ( ) P - HORAS: ( ) 2 ( ) 4 ( ) 6 - FALHOU PRQ?					
( ) THB	( ) Mudança de dec	( ) TRE	( ) TMR	VNI (tipo):	Tempo:
(X) TEP	(X) Posic	( ) Ajustes na VM	( ) Intub	( ) Ajustes na VM	( ) Intub
( ) RPPI	(X) Exer. Resp	( ) Transporte	( ) Extub	( ) Exer. Resp	( ) RCP
Motoria: ( ) Passiva		( ) Ativo		( ) Ativo-assistida	( ) Ativo
(X) SL	( ) Sc/ MMII pend	( ) SP	( ) ORT	( ) S/L	( ) ME ( ) DEA
Secreção: ( ) Fluida ( ) Espessa ( ) MU	( ) Sangui ( ) MS	( ) MP	( ) Am	( ) Sangu ( ) MS	( ) MP
Meta Terapêutica: Prevenir deformidade: Aumentar força de MASS; Aumentar expansão pulmonar					
Julia Caroline Santos CREFITO 203840-F Professor/Preceptor - UNIT Fisioterapeuta/CREFITO					

EXAMES REALIZADOS

RESULTADOS					
EXAME	HORA	pH:	PaO <sub>2</sub> :	PCO <sub>2</sub> :	HCO <sub>3</sub> :
GASO:				PCO <sub>2</sub> :	HCO <sub>3</sub> :
GASO:		pH:	PaO <sub>2</sub> :		BE:

RAIO X

OUTROS:

EXAME	HORA	RESULTADOS
GASO:		GASO: pH: PaO <sub>2</sub> : PCO <sub>2</sub> : HCO <sub>3</sub> : BE:
GASO:		GASO: pH: PaO <sub>2</sub> : PCO <sub>2</sub> : HCO <sub>3</sub> : BE:
RAIO X		RAIO X: OUTROS:

DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:

Conduta: Fisioterapia ( ) Motora ( ) Respiratória

Fisioterapeuta/CREFITO

EXAMES REALIZADOS	RESULTADOS
DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:	
Conduta: Fisioterapia ( ) Motora ( ) Respiratória	Fisioterapeuta/CREFITO

OBS:

OBS:

CY

UNIDADE: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_  
 NOME COMPLETO: JOAQUIM DOS SANTOS D.N.: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_ ADMISSÃO: \_\_\_\_\_

		1º TURNO 07:00 AS 13:00	ASSINATURA	2º TURNO 13:00 AS 19:00	ASSINATURA	3º TURNO 19:00 AS 07:00	ASSINATURA
1. DIETA:	VO Líquido	(12)		(18)		(24)	
2. HIDRATAÇÃO:		11		17		21	
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H	SUSP	10		16		22	
4. DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.	SOS	08				24	
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.	SOS	09				25	
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H.						26	
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA						27	
8. OMEPRAZOL 20MG VO (PELA MANHÃ)						28	
9. PLASIL 1 AMOPLA EV 8/8 H.	SOS					29	
10. GLICEMIA CAPILAR DE 6/6H. (SE DIABÉTICO) INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI 400 > 10UI.				14		(22)	(06)
12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70 MG/DL SOS	SOS						
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 mmHg OU PAD > 110 mmHg	SOS						
14. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA.	FISIO						
15. SONDA VEСICAL DE ALÍVIO. SOS	SOS						
16. CGGG+SSVV 6/6H.	08			14		20	05
17. Dr. Henrique Almeida							
18. Ortopedista e Traumatologista							
19. (021) 942.613-52							
20. (021) 942.613-52							
21.							
22.							
23.							
24.							
25.							
HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO	FR (Bpm)	Luciene E. dos Santos Enfermeira 02098800	
08							
14							
20							
06							

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

C 4

NOME COMPLETO: José Luiz dos Santos UNIDADE: ORTO. 1 - C 4 DATA: 05/08/19  
D.N.: 1 MATRÍCULA: 10 ADMISSÃO: 1

	1º TURNO	2º TURNO	3º TURNO
	ASSINATURA	ASSINATURA	ASSINATURA
1. DIETA:	VO Urte	500	S 60
2. HIGIENIZAÇÃO:	SF 0,01L 1500 ml ev Juh	2	Kulme
3. CEFALOTINA 1G EV 5/6H	(SUSO)	Paula T	S 60
4. DIPIRONA, 02ML + 08ML AD EV 6/6H.		Paulo T	24 05
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.		16	24
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H. (SOS)		Poula T	24
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA			
8. OMEPRAZOL 20MG VO (PELA MANHÃ)			
9. PLASIL 1 AMPOLA EV 8/8 H.	(SOS)	14	22 16
10. GLUCEMIA CAPILAR DE 6/6H. (SE DIABÉTICO)			
INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA: 200-250 ULI 251-300 ULI 301-350 ULI 351-400 ULI 400 > 400U			
11. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EN SE GLUCOSE< 70 MG/DL SOS	SOS		
12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EN SE GLUCOSE< 70 MG/DL SOS	SOS		
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>180 mmHg OU PAD>110 mmHg			
14. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA	Fisio		
15. SONDA VESICAL DE ALIVIO. SOS	SOS		
16. CGGG+SSW 6/6H.	Paula T	Kulme	24 05
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			

Dr. Vinícius Sabaté  
Ortopedia e Traumatologia

CRM 26189

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

CIRURGIA

C 4

NOME COMPLETO: Joséthen de Souza UNIDADE: C DATA: 06/08/08 D.N.: 111 MATRÍCULA: 2 ADMISSÃO: / /

ITEM	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO	FR (lpm)	1º TURNO	2º TURNO	3º TURNO
						ASSINATURA	ASSINATURA	ASSINATURA
1. DIETA:								
2. HIDRATAÇÃO:								
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H								
4. DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.								
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.								
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H.								
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA								
8. OMEPRAZOL 20MG VO (PELA MANHÃ)								
9. PLASIL 1 AMPOLA EV 8/8 H								
10. GLICEMIA CAPILAR DE 6/6H. (SE DIABETICO) INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI 400 > 10UI.								
11. GLUCOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLUCOSE < 70 MG/DL SOS								
12. GLUCOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLUCOSE > 70 MG/DL SOS								
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 mmHg OU PAD>110 mmHg								
14. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA								
15. SONDA VESICAL DE ALIVIO. SOS								
16. CGCG+SSW 6/6H.								
17.								
18.								
19.								
20.								
1.								
22.								
23.								
24.								
25.								



HOSPITAL DE CLÍNICAS  
“DR. AUGUSTO LEITE”

Data: 02-08-19 Convênio: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_  
Paciente: Totman dos Santos Idade: \_\_\_\_\_  
Internado em: 1/1/2012 Unidade: Centro I Leito: C2

PRESCRIÇÃO MÉDICA

~~Maria José de Macena Oliveira  
Téc. de Enfermagem  
CONSELHO REGIONAL DE~~

*Recebimento de Farmácia:*  
Horn. Funcionário \_\_\_\_\_  
*Entregu as Unidades:*  
Horn. Funcionário \_\_\_\_\_

**Dr. Vincenzo Sobral**  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM - 2189

卷之三

# ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME:		Joathan dos Santos		
IDADE:	LEITO:	REGISTRO:	UNIDADE:	
20	C2	1108718	União	

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso		2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional		3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input checked="" type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado	
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso		5-ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível		6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
DATA: 08/08/08 07:00 às 13:00 h	7-NUTRIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero		vezes	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico	
	9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero		vezes	Alterações nas fezes:	
	10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input checked="" type="checkbox"/> Presente: _____ vezes			<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ar dor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

07:00 - Paciente no leito, sem queixas até o momento, em uso de AVP u/ rns d com soroterapia, calmo, eufônico, afibril, acidental, em companhia de familiar.  
 08:00 - Aceitou café da manhã, oferecido pela nutrição —  
 08:30 - Uso de suco de toranja, conforme prescrição médica —  
 09:00 - Adm. cencore 400mg SC de toranja, conforme prescrição médica  
 Realizado banho de espuma + estética do cliente —  
 10:00 - Aceitou suco, oferecido pela nutrição —  
 Adm. suspenid 5U de toranja, conforme prescrição médica —  
 11:00 - Adm. Kefim 5U e dipirona 5U de horário, conforme prescrição médica  
 Aceitou almoço, oferecido pela nutrição —  
 12:10 - Pôr logo bem os cuidados da equipe de enfermagem —

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso		2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional		3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado	
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input checked="" type="checkbox"/> Doloroso		5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível		6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
DATA: 08/08/08 13:00 às 19:00 h	7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero		vezes	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico	
	9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero		vezes	Alterações nas fezes:	
	10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes			<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ar dor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

13:00 - Paciente no leito, calmo, eupônico, m/ melhora, normocídico, afibril. Em uso de AVP u/ rns d.  
 13:30 - Saí de alta hospitalar na merenda, na companhia do familiar. Retirado AVP.

Assinatura e identificação  
data: 08/08/08

Assinatura e identificação  
data: 08/08/08

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Imobilizado <input type="checkbox"/> Assibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero vezes	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorexica	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero vezes	Alterações nas fezes: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	10-DIURESE: Ausente: horas <input type="checkbox"/> Presente: vezes Alterações na urina:
DATA: 19/06/2016	07:00 h	

• Identificação

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

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

- 08.24  
Data: 07/05/2017 19:00 h 0:00
19. Qual é o paciente? Paciente com quadro de dor abdominal de origem indeterminada.  
 20. Qual é sua gola? Pa 1417 P66 R.R. 35  
 21. Qual é o período de fundo? Pela manhã.  
 22. Qual é administrado Propofol de horário, conforme cronograma médico.  
 23. Qual é paciente em repouso.  
 24. Qual é administrado Cefotetan + Dextrometorfanol de fundo de hora com perna flexionada muito.  
 25. Qual é instala soroprotectora e concreto flexionada muito.  
 01-02-03. Paciente em repouso.  
 04-05. Paciente em repouso.  
 06. Qual é administrado Cefotetan + dextrometorfanol de horário. Concreto flexionada muito.

Assinatura do(a) Profissional: **Thiago Oliveira**  
 Téc. de Enfermagem  
 COREN-SP 014503

HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06	HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
	Temperatura	36,10	35,69										Glicemia												
Pressão Arterial	139/70	139/70											Escala de Dor												
F. Cardíaca	72	78											67												
F. Respiratória	15	25											20												

1-Aspiração (1) TOT (2) TQT (3) Otorrinolaringe (4) Nasal

2-Troca de Fralda

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

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

5-Curativo Operatório:

6-Curativo de Lesão por Pressão:

7-Mudança de Decúbito:

8-Elevação de cabeceira

MOTR. DEPO. 100%  
Tec. de Enfermagem  
Assinatura do(a) Profissional: **Thiago Oliveira**  
COREN-SP 014503

# ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME: Joatchan dos Santos  
 IDADE: 20 LEITO: C2 REGISTRO: 110878 UNIDADE: Ortopedia I

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso		2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional		3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input checked="" type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado	
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso		5-ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível		6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
DATA: 08/08/08 07:00 às 13:00 h	7-NUTRIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero		8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxica		
	9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero		vezes		Alterações nas fezes:
	10-DIURESE: Ausente: _____ horas Presente: _____ vezes		vezes		Dor <input type="checkbox"/> Ardo <input type="checkbox"/> Dificuldade Alterações na urina:

11:30 - Paciente retornou ao centro cirúrgico, em moça, acompanhado de  
 marido e funcionárias do setor, realizado o RX, em uso de ATP e NS e com  
 osteoplaia, em companhia de familiar.  
 12:00 - Aceitou almoço oferecido pela enfermeira.  
 Adm. Kefim JU e dipirona 750 mg horário, conforme prescrição médica.  
 12:30 - Pct segue bem os cuidados da equipe de enfermagem.

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso		2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional		3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado	
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso		5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível		6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
DATA: 19/08/08 13:00 às 19:00 h	7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero		vezes		Alterações nas fezes:
	9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero		vezes		Dor <input type="checkbox"/> Ardo <input type="checkbox"/> Dificuldade Alterações na urina:
	10-DIURESE: Ausente: _____ horas Presente: _____ vezes		vezes		

13:30 - Paciente no leito, evolução esperada normalmente no pós-operatório, aferir. Em uso de ATP e NS.

14:00 - Almoço SSUV.

15:00 - Aceitou lanche.

16:00 - Adm. frunal c. ph.

18:00 - Adm. hidrogeles de banho c. ph. + Autoclave fechado.

18:30 - Segue aos cuidados da equipe de enfermagem.



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

*AV Pdm 2015-05-20*

A assinatura é identificação

HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06	HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
Temperatura	35.10			36.0			36.0						Glicemia												
Pressão Arterial	128/80			110/80			130/83						Escala de Dor												
F. Cardíaca	82			70			55																		
F. Respiratória	18			18																					

1-Aspiração (1) TOT (2) TQT (3) Oorfaringe (4) Nasal

2-Troca de Fralda

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

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

5-Curativo Operatório:

6-Curativo de Lesão por Pressão:

7-Mudança de Decúbito:

8-Elevação de cabeceira

# ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME: Joanton dos Santos  
 DATA: 20 | LEITO: C4 | REGISTRO: J 208718 | UNIDADE: Orto 1

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input checked="" type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
DATA: <u>20/06/19</u> 07:00 h - 13:00 h	7-NUTRIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero _____ vezes	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico
	9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero _____ vezes	Alterações nas fezes:
	10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input checked="" type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ar dor <input type="checkbox"/> Dificuldade Alterações na urina:

04:00 - paciente no leito, sem queixas até o momento, em uso de AVP e glicose com hidroxicloroquina, calmo, expressão, agradável, acomodado, em companhia de familiar  
 07:00 - aceitou café da manhã, oferecido pela enfermeira.  
 09:00 - adm. clorore 40mg se de horários, conforme prescrição médica  
 Realizou banho de aspersão + estética do leito  
 10:00 - adm. profenid 500 de horários, conforme prescrição médica  
 Aceitou suco, oferecido pela enfermeira  
 11:00 - adm. dipirona 300 de horários, conforme prescrição médica  
 12:00 - aceitou o almoço, oferecido pela enfermeira  
 12:40 - pt segue bem os cuidados da equipe de enfermagem

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input checked="" type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
DATA: <u>20/06/19</u> 13:00 h - 19:00 h	7-NUTRIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero _____ vezes	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico
	9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input checked="" type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero _____ vezes	Alterações nas fezes:
	10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input checked="" type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ar dor <input type="checkbox"/> Dificuldade Alterações na urina:

13:00 Paciente sentiu - se no leito em posição de semi fajão calmo, consciente, orientado, acomodado, agradável. Em uso de gelo hidratado  
 14:00 Fazende SSVV  
 15:30 Beletou lanche oferecido  
 17:00 adm. dipirona de horário, removido 1000  
 18:00 aceitou jantar oferecido  
 Seguiu monitorado biquadra

Assinatura e identificação:  
Tec. Enfermagem

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

19. Dolor estomacal intensa se queiro se de caloito dolor  
 20. Voi deslizado o bando de bando de bando  
 21. Voi deslizado o bando de bando de bando  
 22. Voi deslizado o bando de bando de bando  
 23. Voi deslizado o bando de bando de bando  
 24. Voi deslizado o bando de bando de bando  
 03.05 Paciente em repouso  
 06. Voi deslizado o bando de bando de bando cojone deslizado medo  
 06.45 Passe paciente paciente se queiro

Maria José de Moraes  
 Téc de Enfermagem  
 Ass. Enfermagem  
 2013-2014  
 2014-2015  
 2015-2016

HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06	HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
Temperatura	36.2			35.9			35.5						Glicemia												
Pressão Arterial	140/80			120/80			120/80						Escala de Dor												
F. Cardíaca	56			50			79							56											
F. Respiratória	19			20			35							20											

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

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Andando <input type="checkbox"/> Caminhando <input type="checkbox"/> Correndo
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientada <input type="checkbox"/> Desorientada <input type="checkbox"/> Confusa <input type="checkbox"/> Inapreensível	6-EXPANSÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Casal <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> zero	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Mais <input checked="" type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoráxica	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	vezes	10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input checked="" type="checkbox"/> Presente: _____ vezes
DATAS: 19/01/15 07:00	vezes	11-ALTERAÇÕES NAS FEZES: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade Alterações na urina:
12-ANAMNESE: <i>16/01/15 PDP - Edm me leito com dores e náuseas. 23/01/15 Edm medicação de dor. 24/01/15 Edm medicação de dor. 06/01/15 Edm - medicação de dor. 07/01/15 PDP - Edm náuseas e dor.</i>		
Assinatura e Identificação: <i>F.655</i>		

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



PROPOSTA DE SPG

DATA DE NASCIMENTO: 17/10/98

CÉ

EPÓD I

SEG

TER

QUA

QUI

SEX

SÁB

DÔ

DIAS / DATAS / HORÁRIOS

06/08 07/08 08/08

M Y N

M Y N

M I N

M T N

M T N

M I N

M I

M Y N

M I N

M T N

M T N

M I N

M I N

M I

7h

7h

7h

7h

7h

7h

7h

M Y N

M I N

M T N

M T N

M T N

M I N

M I N

ATT

ATT

ATT

ATT

ATT

ATT

ATT

M Y N

M I N

M I N

M T N

M I N

M I M

M I M

08 10 12 14 16

08 10 12 14 16

08 10 12 14 16

08 10 12 14 16

08 10 12 14 16

08 10 12 14 16

08 10 12 14 16

18 20 22 24 02

18 20 22 24 02

18 20 22 24 02

18 20 22 24 02

18 20 22 24 02

18 20 22 24 02

18 20 22 24 02

04 06

04 06

04 06

04 06

04 06

04 06

04 06

10 16 22 04

10 16 22 04

10 16 22 04

10 16 22 04

10 16 22 04

10 16 22 04

10 16 22 04

TEC. MANHÃ

TEC. TARDE

TEC. NOITE

ENFERMEIRO

ENFERMEIRO

ENFERMEIRO

ENFERMEIRO

ENFERMEIRO

ENFERMEIRO

ENFERMEIRO

ENFERMEIRA

ENFERMEIRA

ENFERMEIRA

ENFERMEIRA

ENFERMEIRA

ENFERMEIRA

ENFERMEIRA

ENFERMEIRO

ENFERMEIRO

ENFERMEIRO

ENFERMEIRO

ENFERMEIRO

ENFERMEIRO

ENFERMEIRO

ENFERMEIRA

ENFERMEIRA

ENFERMEIRA

ENFERMEIRA

ENFERMEIRA

ENFERMEIRA

ENFERMEIRA

ENFERMEIRO

ENFERMEIRO</p

VIEW COMPLETE

Monita St.

#### DATA DE NASCIMENTO

十一

0198-1100-C

4 UND-AD-100

IBAT / DATAS / HOWARD

*reordered*

## HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

NOME COMPLETO:		Eduardo dos Santos	
D.A.: 07/10/88		LEITO: CZ	REGISTRO: 1108685
UNIDADE: Orto I			
DATA: 08/08/19		HORA: 10:00 h	
SEXO: MASCULINO		DIH: 09/08/19	

### EXAME ESPECÍFICO:

#### A- INDICADORES DE GRAVIDADE

VIA AÉREA: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tubo endotraqueal <input type="checkbox"/> Cânula Traqueal			VENTILAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ventilação Mecânica <input type="checkbox"/> Apporte de oxigênio				
FC: bpm	FR: lpm	PANI: mmHg	Temperatura: °C	Sat. de O2: %	PAM: mmHg		
PVC: mmHg	PIC:	PIA:					

#### Escala de CAM- ICU (DELIRIUM)

Escala de Coma Glasgow	ABERTURA OCULAR	MELHOR RESPOSTA VERBAL	MELHOR RESPOSTA MOTORA	REATIVIDADE PUPILAR	Pontos:	
					4	5
Esponjadas	Criado	Chega comandos verbais	Inexistente	2		
Estímulos Verbais	Confuso	Responde estímulos	Parcial	1		
Estímulos à Pressão	Palavras inapropriadas	Retirada inespecífica	Completa	0		
Ausente	Sons ininteligíveis	Padrão flexor				
Não testável	Ausente	Padrão extensor				
	Não testável	Ausente				
		Não testável				

Risco:  
3 a 4: coma profundo  
7 coma intermitente  
11 coma superficial  
15 normabilidade

Escala de RASS	Combativo, violento, representando risco para a equipe	+4	Torporoso	-1	Pontos:	
	Muito Agitado, puxa e remove tubos ou cateteres	+3	Sedado leve	-2	0	1
	Aagitado, movimentos desapropriados frequentes, briga com o ventilador	+2	Sedado moderado	-3		
	Inquieto, apresenta movimentos, mas que não são agressivos ou vigorosos	+1	Sedado profundamente	-4		
	Alerta e calmo	0	Coma	-5		

Risco:  
0: alerta  
1 a 2: alguma gagueira de sedação  
3 a 4: alguma gagueira de sedação  
5: sedado

Escala de Morse	HISTÓRICO DE QUEDAS	DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO	Pontos:	
				0	30
Não Sim	25	Não Sim	15	Nenhum, Acamado ou Auxiliado por Profissional de Saúde	0
				Muletas, Bengala ou Andador	15
				Mobilidade cu Parede	30

Risco:  
0: alerta  
1 a 2: alguma gagueira de sedação  
3 a 4: alguma gagueira de sedação  
5: sedado

Escala de Braden	PERCEPÇÃO SENSORIAL	UMIDADE	ATIVIDADE	Pontos:	
				1	2
Completamente limitada	1: Constantemente úmida	1: Acamado			
Muito limitada	2: Frequentemente úmida	2: Restrito à cama			
Levemente limitada	3: Ocasionalmente úmida	3: Caminha ocasionalmente			
Nenhuma alteração	4: Raramente úmida	4: Caminha frequentemente			

MOBILIDADE	NUTRIÇÃO	FRICÇÃO E CISALHAMENTO	Pontos:	
			1	2
Completamente immobilizado	1: Muito pobre	1: Problema		
Muito limitado	2: Inadequada	2: Problema Potencial		
Levemente limitado	3: Adequada	3: Nenhum problema aparente		
Nenhuma limitação	4: Excelente	4:		

Risco:  
nível alto: 10 a 23  
risco médio: 15 a 25  
risco baixo: 11 a 14  
risco muito alto: 4 a 9

Escala de Dor	Sentir dor:	0	Pontos:	
			1 a 3	4 a 6
Do leve:				
Do moderada:				
Do intensa:				

0: alerta  
1 a 2: alguma gagueira de sedação  
3 a 4: alguma gagueira de sedação  
5: sedado

#### B- DISPOSITIVOS INVASIVOS

Tubo Orotraqueal	Traqueostomo	Sonda Gástrica	Sonda Enteral
Data de Instalação: / /			
Data da Última Troca: / /			
Data da Retirada: / /			

Sistema Venoso de Drenagem	Catéter Venoso Periférico	Catéter Venoso Central	Dr. [Redacted]
Data de Instalação: _____	Data de Instalação: 07/08/19	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: _____

C - EXAME FÍSICO

## FOCO NEUROLÓGICO

**FOCO NEUROLOGICO:** Pupilas:  Isocônicas  Anisocônicas  Micticas  Midriáticas  Fotoreceptoras  
Paladar:  Normal  Afasia  Disartria  Disfalia  Aftonia  Defasgia  
Nível de consciência:  Consciente  Orientado  Desorientado  Comatoso  Sonolento  Confuso  Torporoso  Sedado  
Resposta Motora:  Normal  Hemiplegia  Plegia  Paresia  Parestesia

FOCO CARDIOVASCULAR

P脉:  Rítmico  Arrítmico  Chelo  Filiforme  
皮膚:  Corada  Hipocorada  Cianótica Localização: \_\_\_\_\_

**FOCO RESPIRATÓRIO**

**FOCO RESPIRATÓRIO**  Cavitário  Tequilpneico  Bradpneico  Orthopneico  Dispneico AP:  MV+ sem RA  estertores

5000 GASTROINTESTINAL

**FOCO GASTROINTESTINAL**  Distendido  Dor a palpação  Flácido  Globoso  Plano RHA:  Presente  Ausente

QBS

ELIMINAÇÕES

Dejeções:  Presente  Ausente /idas  
Diurese:  Amarelo claro  Concentrada  Colúria  Hematuria  Piúria  Disúria  Poliuria  Oliguria

OBS:

ABARE-HOLOCOMOTOR

Edema:  Ausente  Presente Local/Cacifico:

Alteração Tóxica:  Ausente  Presente

Sensibilidade:  Presente  Ausente

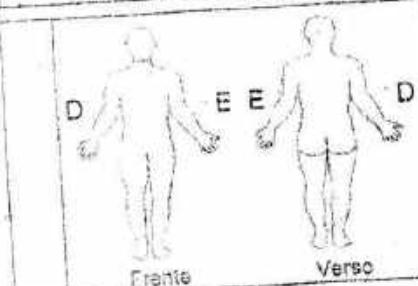
SEGURANÇA FÍSICA

**SECURANÇA FÍSICA**  Sim  Não Isolamento  Sim  Não  
Necessidade de contenção no leito

Pessoas Sociais       Solicitante       Outros:

Necessita de acompanhante  Sim

Necessidade de auxílio espiritual



**D. AVALIAÇÃO/CONDUTAS:**

roca:	Data da Última Troca:	Data da Última Troca:	Data da Retirada:	Data da Retirada:
a:	Data da Retirada:			

SICO

## DOLÓGICO

côricas:  Anisocôricas  Mióticas  Midriáticas  Fotoreagentes  
 al:  Afasia  Disartria  Dislalia  Aftonia  Disfasia  
 ciência:  Consciente  Orientado  Desorientado  Comatoso  Soporento  Confusa  Torporoso  Sedado  
 tora:  Normal  Hemiplegia  Plegia  Paresia  Parestesia

## HIOVASCULAR

nico:  Arritmico  Cheio  Filiforme  
 ada:  Hipocorada  Clanótica Localização: AC:

## TRATÓRIO

Taquipneico  Bradpneico  Ortopneico  Dispneico AP:  MV+ sem RA  Estertores  Roncos  Sibilos

## TRINTESTINAL

Dor a palpação  Flácido  Globoso  Piano RHA:  Presente  Ausente  Diminuidos  Aumentados

## DES

Presente  Ausente (dias \_\_\_\_\_)  
 Amarelo claro  Concentrada  Colúria  Hemitúria  Piúria  Disúria  Poliúria  Oligúria  Anúria

## LOCOMOTOR

Ausente  Presente Local/Cäche:  
 tófica:  Ausente  Presente:  
 de:  Presente  Ausente  
 Preservada:  Sim  Não:

## ICA FÍSICA

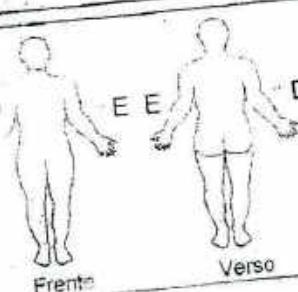
je de contenção no leito  Sim  Não Colamento  Sim  Não

## DADES PSICOSSOCIAIS

de acompanhante  Sim  Não  Ansiedade  Medo  Solicitante  Outros:

## DADES PSICOESPIRITUAIS

nte  Não praticante  Necessidade de auxílio espiritual



Lesão Por Pressão		
Local	Est.	Característica

TAÇO/CONDUTAS: 05/8

Vit. coluna lombar L6; 18 luxações, dor intensa  
 direcionado SUP fractura tibia

Luciene E. dos Santos  
 Enfermeira  
 COREN/SE 12.960.000

## HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

*Fluorota dos Sts*

NOME COMPLETO:		D.N.: 4/10/98	LEITO C4	REGISTRO: 1108
UNIDADE: <i>Oncop I</i>		DATA: 04/8/99		HORA: 18:30
		SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO		DIH:

### EXAME ESPECÍFICO:

#### A- INDICADORES DE GRAVIDADE

VIA AÉREA: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tubo endotraqueal <input type="checkbox"/> Cânula Traqueal	VENTILAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ventilação Mecânica <input type="checkbox"/> Aperto de oxigênio
FC: bpm	FR: lpm
PAP: mmHg	PAC: mmHg

#### Escala de CAM- ICU (DELIRIUM)

Escala de Coma de Glasgow	ABERTURA OCULAR	MELHOR RESPOSTA VERBAL	MELHOR RESPOSTA MOTORA	REATIVIDADE PUPILAR		
					1	2
	Esportânea	Orientado	Obedece comandos verbais	Inexistente		
	Estímulos Verbais	Confuso	Localiza estímulos	Parcial		
	Estímulos & Pressão	Palavras Inapropriadas	Retirada inespecífica	Completa		
	Ausente	Sons ininteligíveis	Padrão flexor			
	Não testável	Ausente	Padrão extensor			
		Não testável	Ausente			
			Não testável			

Escala de Rass	Combativo, violento, representando risco para a equipe	+4	Torporoso	-1
	Muito Agitado, puxa e remove tubos ou cateteres	+3	Sedado leve	-2
	Agitado, movimentos desapropriados frequentes, briga com o ventilador	+2	Sedado moderado	-3
	Inquieto, apresenta movimentos, mas que não são agressivos ou vigorosos	+1	Sedado profundamente	-4
	Alerta e calmo	0	Coma	-5

Escala de Morse	HISTÓRICO DE QUEDAS	DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO		
				0	15
	Não Sim	0 15	Nenhum, Acamado ou Auxiliado por Profissional da Saúde Muletas, Bengala ou Andador Mobilidade ou Andar	0	15

Escala de Braden	DISPOSITIVO ENDOVENOSO	MARCHA	ESTADO MENTAL		
				0	10
	Não Sim	0 20	Normal/Sem desambulatório, Acamado ou Cadeira de Rodas Fraca Comprometida ou Cambaleante	10 20	Orientado / Capaz quanto à sua capacidade / limitação Supera能力 capacidade / Esquece limitações

Escala de Braden	PERCEPÇÃO SENSORIAL	UMIDADE	ATIVIDADE		
				1	2
	Completamente limitada	1 Constantemente úmida	1 Acamado		
	Muito limitada	2 Frequentemente úmida	2 Restrito à cama		
	Ligeiramente limitada	3 Ocasionalmente úmida	3 Caminha ocasionalmente		
	Nenhuma alteração	4 Raramente úmida	4 Caminha frequentemente		
	MOBILIDADE	NUTRIÇÃO	FRICÇÃO E CISALHAMENTO		
				1	2
	Completamente imobilizado	1 Muito sobre	1 Problema		
	Muito limitado	2 inadequada	2 Problema Potencial		
	Ligeiramente limitado	3 Adequada	3 Nenhum problema aparente		
	Nenhuma limitação	4 Excelente	4		

Escala de Dor	Sem dor	1 a 3		
			1	2
	Dor leve	4 a 6		
	Dor moderada	7 a 10		
	Dor intensa			

#### B- DISPOSITIVOS INVASIVOS

Tubo Orotraqueal	<input checked="" type="checkbox"/>	Traqueostoma	<input checked="" type="checkbox"/>	Sonda Gástrica	<input checked="" type="checkbox"/>	Sonda Enteral	<input checked="" type="checkbox"/>
Data de Instalação:	/ /						
Data da Última Troca:	/ /						
Data da Retirada:	/ /						

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
PERIOPERATÓRIA - SAEP

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

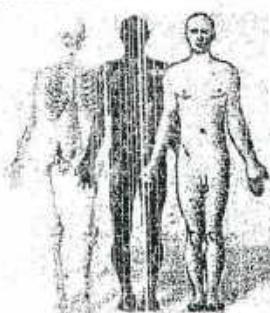
Nome: <u>Joathan dos Santos</u>	Procedência: <u>Orto 1</u>	Matrícula: <u>1108685</u>
Idade: <u>20</u>	Sexo: <u>M</u> ( ) F	Data de admissão: <u>04/08/19</u>
Leito: <u>C.4</u>		

TRANS-OPERATORIO (Admissão no Centro Cirúrgico)

- Confirmar a solicitação: Reserva de Sangue ( ) SIM ( ) NÃO Volume: \_\_\_\_\_ Vaga na UTI ( ) SIM ( ) NÃO
- Preparo: ( ) Jejum a partir - HORÁRIO: \_\_\_\_\_ e DATA: / / ( ) Puncão venosa periférica
- Retirar a prótese e adornos: ( ) Prótese dentária ( ) Lente de contato ( ) Jóias ( ) Grampos ( ) Outros:
- Alergia conhecida: ( ) SIM ( ) NÃO ( ) QUAL (IS): \_\_\_\_\_
- 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)

HORÁRIO: \_\_\_\_\_ h.



ASSINATURA:

INTRA-OPERATÓRIO (Admissão na Sala Operatória - SO)

EQUIPE CIRÚRGICA

- Cirurgião: DR. Paulo Sallote
- Instrumentador: Marcelo
- Anestesiologista: DR Andreia / Priscila
- Circulante: Larysse

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

- Proposto: \_\_\_\_\_ Realizado: \_\_\_\_\_
- Horário - Início: 08:05 h e Término 08:30 h.
- Monitorização:  
 ECG  Oximetria  PANI  Pressão invasiva:
- Técnicas Anestésicas:  
 Geral venosa  Geral intravehnosa  
 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: MSF
- Incisão Cirúrgica - local: MI A
- Curativo - Tipo e local: comum

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Ocorrências e Intercorrências)

HORÁRIO DE ENTRADA NA SO: 08:00 h. HORÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA SRPA: \_\_\_\_\_ h.

Paciente com na SO para submeter-se a um ato cirúrgico, com orientado, verbalizado, consciente, espontâneo, normotensivo, monitorizado PA 135x67 mmHg, FE 564m, 500<sup>2</sup> 991 m<sup>0</sup> suplementar, realizada raquianestesia com agulha N=27 os 08.05 com sucesso aberto campo estéril, colocar os mimos e iniciado o ato cirúrgico os 08:30 com intenção ato cirúrgico realizado com sucesso, plante encurvado para SOA com tecido e prontos para alta médica

ASSINATURA:

Patrícia Santos  
Pereira Santos  
COREN/SE 1358738-TE

Silva Santos  
Silva Santos  
Secretaria FBHC  
Mat. 89440

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

**DISPOSITIVOS EM USO**

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

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

0	FR: <u>80</u> rpm	SpO2: <u>90</u> %	FC: <u>74</u> bpm	PANI: <u>154/75</u> mmhg	Temp.: _____ °c	DOR: _____
30	FR: <u>36</u> rpm	SpO2: <u>93</u> %	FC: <u>60</u> bpm	PANI: <u>240/64</u> 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: 10:05 h. Paciente admitido na SRPA vindos de sala nubla de alta cirurgia em uso de sedoterapia + apito anestésico

**ASSINATURA:**

*Candido Vinícius Melo Sá*

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

HORARIO: \_\_\_\_\_ h. Paciente saiu da alta da SRPA para sua unidade de origem.

DESTINO/UNIDADE:

**ASSINATURA:** *DR. C. Sá*  
COREN - SIE 063234-12

**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				
	Apréxia	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	Túcidio, 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: 11:00

ASSINATURA - ANESTESIOLOGISTA / CRM:

ASSINATURA - ENFERMEIRO / COFEN:

*Eduardo Augusto*  
CRM 5619

(3-7 moderada) / (8-10 intensa)

CIRURGIA

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL CIRURGICO

RASTREABILIDADE DE INTEGRADORES QUÍMICOS

NOME: Joaquim dos Santos  
NÚMERO DE INTERNAMENTO: 1108688

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO:

CIRURGIÃO: DR Paulo Sallote

ENFERMEIRO: Dorival Sáione

CIRCULANTE DE SALA: Laryssa

ANESTESIOLOGISTA: DR Andreia Priscila

INSTRUMENTADOR: Marcela

DATA: 03/08/19

SALA CIRÚRGICA: 06

GRAMPEADO INTEGRADORES QUÍMICOS NOS ESPAÇOS ABALHOS

MISTO DE TIBIA.

67 mm ventral - 30 s - OR

misurante ee 105(08/08) a

Ext = 88

AUT = 3

1 + 077

X.M.P.33 Rés de elaboração

GII 8/08/19 - U

11 - 2008

51 mm de

ee 03 capotes e 05 campos elint.

## FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

## FICHA DE CONSUMO DE SALA

PACIENTE:

MATRÍCULA:

CONVÉNIO:

CURURGIA REALIZADA:

DATA:

CIRURGIAO:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESIOLOGISTA:

CIRGULANTE:

MONOCRYL 5.0 REF Y844 1.6CM	I - CATH AMARELO ( ) AZUL ( ) VERDE ( )	
MONOCRYL 5.0 REF Y495	LÂMINA DE BISTURI Nº 15 ( ) 23 ( ) 24 ( )	1
MONOFYL 3.0 C 2 AG. 70CM	LATEX 206 AMARELO ( ) SILICONE ( )	3
MONONYLON Nº 0 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 8 ( ) 10 ( )	LUVA ESTERIL 7.0	7
QUESTER (ETIEOND) Nº 0 ( ) 3 ( )	LUVA ESTERIL 7.5	3
OPIROFILENO (PROLENE) Nº 0 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )	LUVA ESTERIL 8.0	2
OLYCRYL Nº 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 8 ( )	PLACA DE BISTURI ELETTRICO	
ICRYL Nº 0.5 AG.	SCALP Nº 19 ( ) 21 ( ) 23 ( ) 25 ( ) 27 ( )	2
ATGUT. SIMPLES C\AG. Nº ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 5 ( )	SERINGA DESCARTAVEL 1ML ( ) 60ML ( )	1
ATGUT. SIMPLES S\AG. Nº ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 15 ( )	SERINGA DESCARTAVEL 3 ML ( ) 5ML ( )	2
ERA P\ OXIG	SERINGA DESCARTAVEL 10ML	1
LETRÔDIO DESCARTAVEL P\ MARCA PASSO	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML	2
ITA CARDIACA PC 500	SERRA DE GIGLI	
IT CATARATA 3\8 6.5MM REF K.85510	SONDA ASPIRAÇÃO Nº 4 ( ) 6 ( ) 8 ( ) 10 ( ) 12 ( ) 14 ( ) 16 ( ) 18 ( ) 20 ( )	1
IGA CLIP 10G	SONDA CATETER P\ OXIGÊNIO Nº 4 ( ) 6 ( ) 8 ( ) 10 ( ) 12 ( ) 14 ( ) 16 ( )	
IGA CLIP 20G	SONDA DE FOLLEY 2 VIAS Nº 10 ( ) 12 ( ) 14 ( ) 16 ( ) 18 ( ) 20 ( ) 22 ( )	
MONOCRYL 6 REF Y967H 3.5 CM	SONDA DE FOLLEY 3 VIAS Nº 16 ( ) 18 ( ) 20 ( ) 22 ( ) 24 ( )	
MONOCRYL 3 REF Y30S 1.5 CM	SONDA ENDOTRAQUEAL ARAMADA C\ BALÃO Nº 3.0 ( ) 3.5 ( ) 4.0 ( ) 4.5 ( ) 5.0 ( ) 5.5 ( ) 6.0 ( ) 6.5 ( ) 7.0 ( ) 7.5 ( ) 8.0 ( ) 8.5 ( )	
MONOCRYL 3.0 REF 8450-30	SONDA ENDOTRAQUEAL C\ BALÃO Nº 3.0 ( ) 3.5 ( ) 4.0 ( ) 4.5 ( ) 5.0 ( ) 5.5 ( ) 6.0 ( ) 6.5 ( ) 7.0 ( ) 7.5 ( ) 8.0 ( ) 8.5 ( )	
WATERPAK MÉDICO HOSPITALAR	QNT	
AGODÃO H10 RODIL	SONDA ENDOTRAQUEAL C\ BALÃO Nº 3.0 ( ) 3.5 ( ) 4.0 ( ) 4.5 ( ) 5.0 ( ) 5.5 ( ) 6.0 ( ) 6.5 ( ) 7.0 ( ) 7.5 ( ) 8.0 ( ) 8.5 ( ) 9.0 ( ) 9.5 ( )	
CATH Nº ( ) 14 ( ) 16 ( ) 18 ( ) 20 ( ) 22 ( ) 24		
BADADER DE LIN/ JUA (ESPATULA)	SONDA ENDOTRAQUEAL S\ BALÃO Nº 2.0 ( ) 2.5 ( ) 3.0 ( ) 3.5 ( )	
GULHA DESCARTAVEL Nº ( ) 23 X 0.45 ( ) 30 X 0.70 ( ) 0.80 ( ) 40 X 0.12	4.0 ( ) 4.5 ( ) 5.0 ( ) 5.5 ( ) 6.0 ( ) 6.5 ( )	
GULHA PERIPERITAL Nº ( ) 16 ( ) 18 ( ) 19 ( ) 20	4.0 ( ) 4.5 ( ) 5.0 ( ) 5.5 ( ) 6.0 ( ) 6.5 ( )	
GULHA DE PACQUIN Nº ( ) 25 ( ) 27	SONDA ENDOTRAQUEAL S\ BALÃO Nº 2.0 ( ) 2.5 ( ) 3.0 ( )	
TADURA ALGODÃO ORTOPEDICO 10CM ( ) 15CM ( ) 20CM ( )	3.5 ( ) 4.0 ( ) 4.5 ( ) 5.0 ( ) 5.5 ( ) 6.0 ( ) 6.5 ( )	
SCM ( ) 10 CM ( )	SONDA GASTRICA Nº 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 8 ( ) 10 ( ) 12 ( ) 14 ( ) 16 ( ) 18 ( ) 20 ( ) 22 ( )	
TADURA CREPOM 10CM	SONDA RETAL Nº 4 ( ) 6 ( ) 8 ( ) 10 ( ) 12 ( ) 14 ( ) 16 ( ) 18 ( ) 20 ( )	
TADURA CREPOM 15CM	SONDA URETRAL Nº 4 ( ) 6 ( ) 8 ( ) 10 ( ) 12 ( ) 14 ( ) 16 ( ) 18 ( ) 20 ( )	
TADURA CREPOM 20CM	SONDA CATETER TIPO OCULOS ( )	
TADURA CREPOM 10CM ( ) 15CM ( ) 20CM ( )	TORNEIRA PLASTICA 3 VIAS	
OLSI DE COLOSTOMIA	FRACTIONADOS	
ANELLA DE TRACHEOSTOMIA Nº 7.0 ( ) 7.5 ( ) 8.0 ( ) 8.5 ( )	CAL SOLDADA	
APAP MICROSCÓPIO ( ) CAPA P VIDEO ( )	ESPARADRAPO COMUM	20 cm
CALETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	ESPARADRAPO ANTIALERGICO	
RENO DE KERMET Nº 12 ( ) 14 ( ) 15 ( ) 16 ( )	ETER SULFURICO	
IRENO DE SUCCAO Nº 3.2 ( ) 4.8 ( ) 6.4 ( )	FORMOL 10% elevado sobre a coluna 100 ml	
RENO DE TORAX Nº 28 ( ) 36 ( )	GORRO TURBANTE	
RENO PNEUMO Nº 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )	MÁSCARA DESCARTAVEL	
LETRÔDIO DESCARTAVEL	5 POLVIDINE TÓPICO	
QUIPO MACROGOTAS C\ INJETOR LATERAL	5 POLVIDINE DEGERMANTE	
SCOVA PVC		
SPONJA HELIX/AM MEDICINAL		

PACIENTE: *Joathan dos Santos*Nº DAAIH: *110 8685*DATA DA CIRURGIA: *07.08.19*CIRURGÃO: *Paulo Gollot*

PRONTUÁRIO Nº

CONVÊNIO:

PROCEDIMENTO:

## DESCRÍÇÃO DOS PRODUTOS UTILIZADOS

Nº 018710

MATERIAL	REF.	QUANT.	MATERIAL	REF.	QUANT.
Peq. Fragmentos	Arruela p/ Parafuso 3,5		Haste Bloqueada <input type="checkbox"/> Femur <input checked="" type="checkbox"/> Tibia <input type="checkbox"/> Umero		<i>360 01</i>
	Placa em T 3,5		Haste Bloqueada Proximal		
	Placa A/ C Peq. Fragtos 3,5		Parafuso de Bloqueio Proximal para Haste		<i>3514501</i>
	Placa 1/3 Tubular Peq. Fragtos 3,5		Parafuso de Bloqueio Distal para Haste		<i>3513002</i>
	Placa em Trevo 3,5		Parafuso Tampão		
	Placa de Reconstrução 3,5		Haste <input type="checkbox"/> Ender <input type="checkbox"/> Mini Ten <input type="checkbox"/> Ten		
	Arruela p/ Parafuso <input type="checkbox"/> 4,5 <input type="checkbox"/> 6,5		Fixador Tube Tubo <input type="checkbox"/> Tibia <input type="checkbox"/> Fémur		
	Placa A/ C Estreita 4,5		Fixador Linear (Antebraço)		
	Placa A/ C Larga 4,5		Fixador Linear (Úmero)		
	Placa Ponte Larga 4,5		Fixador Linear (Mão e Pé)		
Grandes Fragmentos	Placa Semitubular 4,5		Fixador Linear <input type="checkbox"/> Tibia <input type="checkbox"/> Fémur		
	Placa Reta Maleável 4,5		Fixador Linear TP Preston <input type="checkbox"/> Tibia <input type="checkbox"/> Fémur		
	Placa Supra Condilar 4,5		Fixador Linear TP Preston (Úmero)		
	Placa em L/T 4,5 <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda		Fixador Articulado (TP Colles)		
	Placa Tipo Puddu <input type="checkbox"/> Fémur <input type="checkbox"/> Tibia		Fixador Ilizarov		
	Placa Tubo Richards <input type="checkbox"/> 95° <input type="checkbox"/> 135°		Lâmina de Cartilagem		
	Parafuso Deslizante		Lâmina de Osso		
	Parafuso de Compressão		Equipo p/ Bomba Infusão		
	Prótese Thompson		Equip. Multivias		
	Parafuso p/ Acetáculo		Ponteira de Rádiofrequência (Ablator)		
Quadril	Acetáculo Bipolar		Parafuso Transverso		
	Acetáculo N/ Cimentado		Parafuso de Interferência		
	Acetáculo Cimentado		Agrafe		
	Inserto do Acetáculo		Âncora Femural (Endoboton)		
	Cabeça Intercambiável		Âncora		
	Haste		Cânula		
	Restritor de Cimento	-	Fio de Kirschner		
	Componente Femoral		Fio de Steinmann		
	Inserto Tibial		Fio de Cerclagem		
	Base Tibial		Grampo de Blount		
Joelho	Componente Patelar		Placa Bloqueada 3,5 ( )		
	OPSITE		Placa Bloqueada 4,5 ( )		
	Cimento Ortopédico		Placa Titânio ( ) ( )		
	Kit Cimentação		Placa Pedus		
	Campo Cirúrgico				

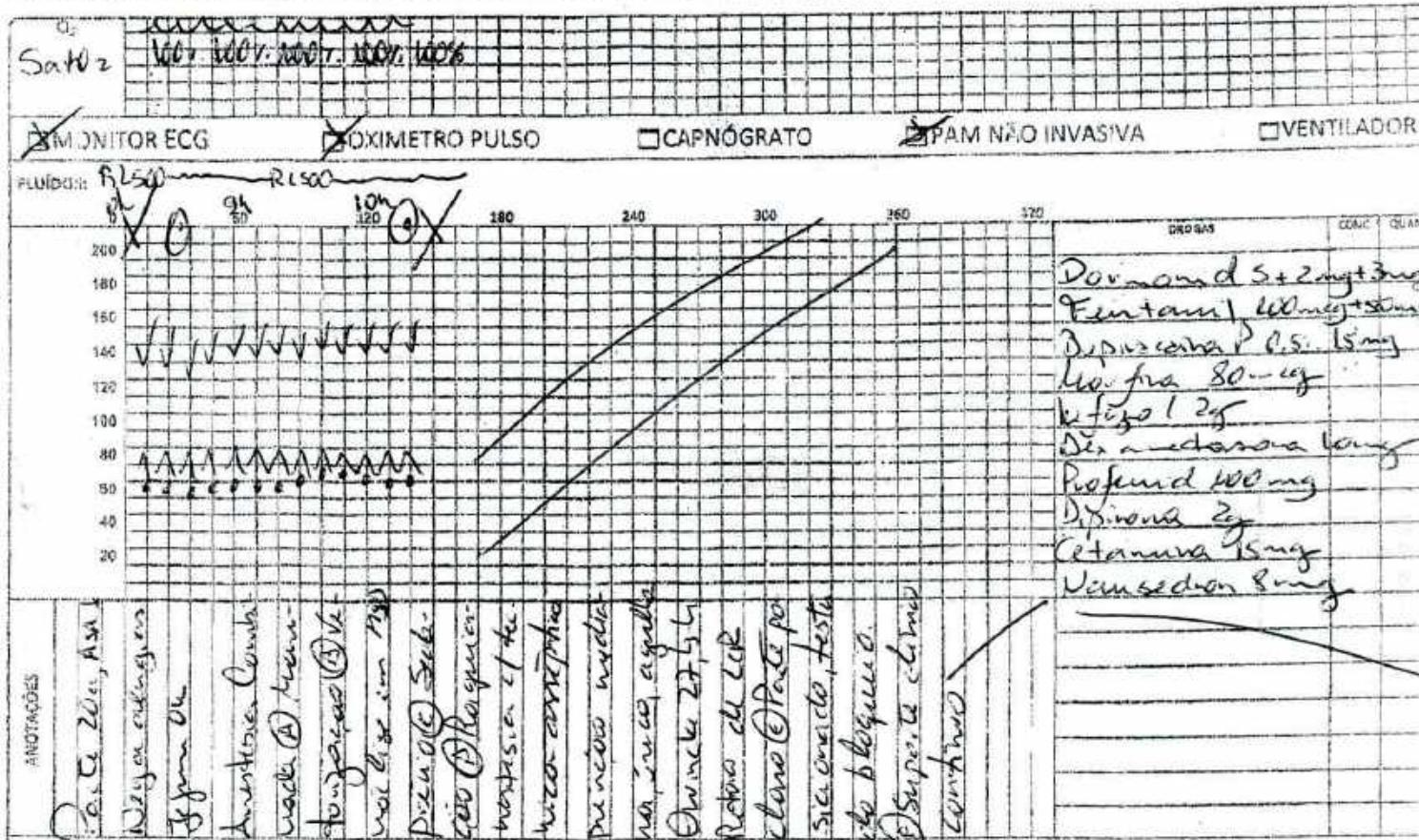
## ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

PARAFUSO CORTICAL	MM	Nº				PARAFUSO TITÂNIO CORTICAL	MM	Nº			
		QTD						QTD			
PARAFUSO CORTICAL	3,5MM	Nº				PARAFUSO TITÂNIO CORTICAL	3,5MM	Nº			
PARAFUSO ESPONJOSO	4,0MM	QTD				PARAFUSO TITÂNIO CORTICAL	4,0MM	QTD			
PARAFUSO CORTICAL	4,5MM	Nº				PARAFUSO TITÂNIO BLOQUEADO	4,5MM	Nº			
PARAFUSO MALEOLAR	4,5MM	QTD				PARAFUSO TITÂNIO BLOQUEADO	4,5MM	QTD			
PARAFUSO ESPONJ. R/16 CURTA	Nº					PARAFUSO AÇO TIT CANULADO 3,5	Nº	QTD			
PARAFUSO ESPONJ. R/32 LONGA	QTD					PARAFUSO AÇO TIT CANULADO 4,5	Nº	QTD			
PARAFUSO TIPO HERBERT p. 58	Nº					PARAFUSO AÇO TIT CANULADO R/16	Nº	QTD			
	QTD					PARAFUSO AÇO TIT CANULADO R/32	Nº	QTD			

*Dr. Paulo Gollot  
Aracaju - SE  
TEOT/12504*

DATA: 07/08/19

PACIENTE: Jonathan dos Santos.				MATRÍCULA: 1103718	CONVÉNIO:	
IDADE: 20	SEXO: M	COR:	ENF:	QUARTO:	LEITO:	APTO:
CIRURGÃO: D. Paulo				ANESTESISTA: Dra. Andressa + Priscila (m&eacute;		
1º AUXILIAR:				2º AUXILIAR:		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura da Tibia						
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O uso						
CIRURGIA PROPOSTA: Tratamento cirúrgico de fratura de tibia						
CIRURGIA REALIZADA: A proposta						
CÓDIGO CIRÚRGICO						
PRÉ-MEDICAÇÃO: —				HORA: —	RESULTADO: 1-2-3-4-5-6	
INÍCIO DA ANESTESIA: 8:05h		INÍCIO DA OPERAÇÃO: 8:30h		ALT DA ANESTESIA:	RISCO OPERATÓRIO: 1-2-3-4	ESTADO FÍSICO: 1-2-3-4-5-6-7



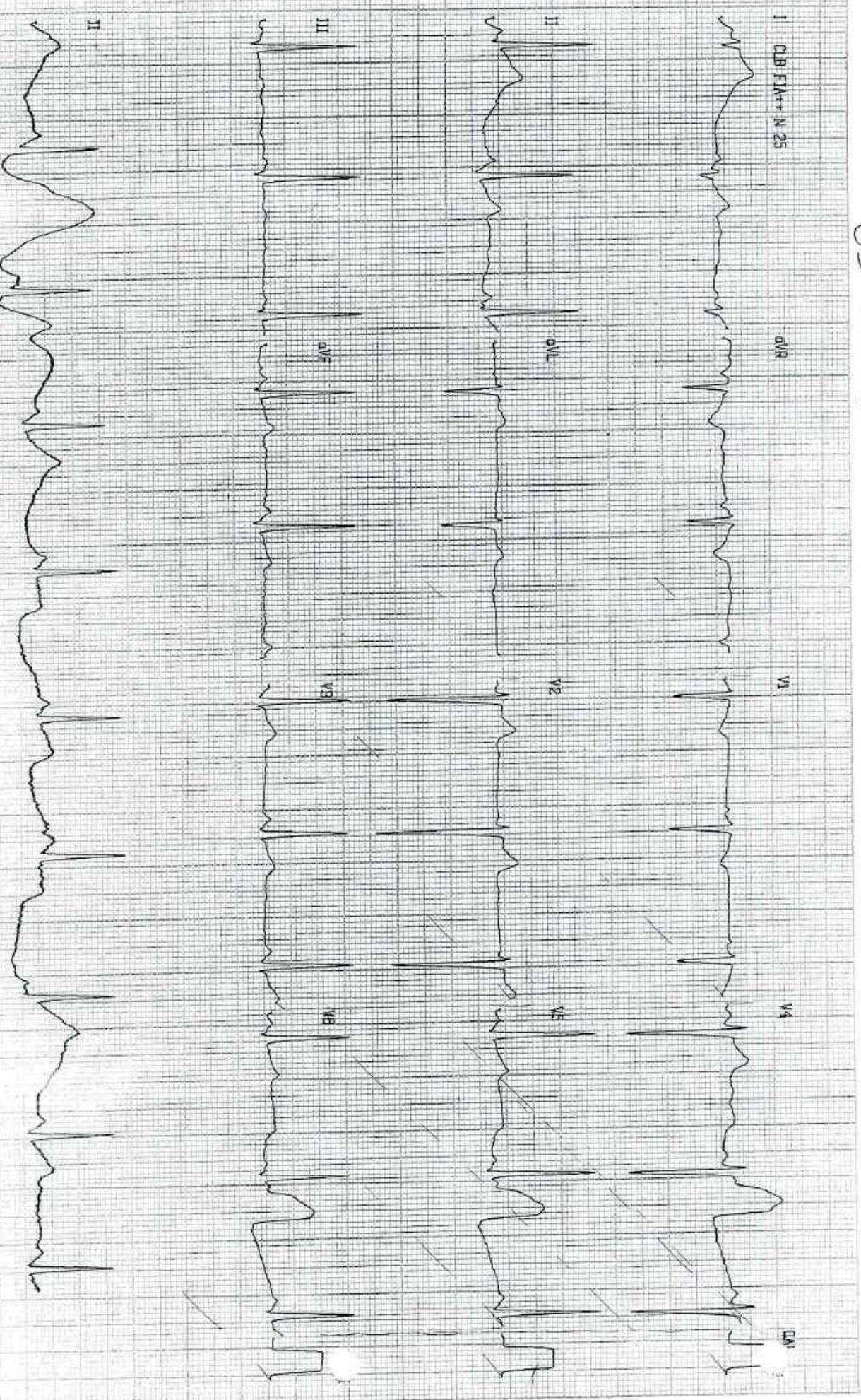
AGENTES ANESTÉSICOS: Bupivacaina Piso de 0,5%.

TÉCNICA: Análisis Combinado (Rasgos sintéticos + Síntesis)

	POSIÇÃO: <u>Oc</u>	LOCAL PUNÇÃO: -	LÍQUIDO RETIRADO: -
TECNICO: -	POSIÇÃO APOS: <u>Q</u>	POSIÇÃO OPERATÓRIA: <u>Oc</u>	RESULTADO B.R.M: -
DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: <u>100 min</u>	DURAÇÃO DA ANESTESIA: <u>130 min</u>	CONSCIÊNCIA:	
PÓS-OPERATÓRIO: <input checked="" type="checkbox"/> UTI <input checked="" type="checkbox"/> SRPA	DESTINO DA SRPA: <input checked="" type="checkbox"/> LEITO <input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	CONDIÇÕES:	
OBSERVAÇÕES:	<u>Dra. Priscila Sales Leal</u> <u>Médica</u> <u>CRM 5615</u>	<u>Dra. Andreia Pereira Augusto</u> <u>CRM 5615</u> ASSINATURA DO ANESTESISTA	

Joathan do Santo  
onto T-L.C4

05.08.19



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

/alidado

Name: JOATHAN DOS SANTOS

**Sexo:** Masculino

ID do doente: V TRAUMA

**Data nascimento:** 07.10.1998

ID da amostra: 11

**Data/hora da colheita:**

**Localização:**

**Médico:**

saio	Resultado	Unidades	Alertas	Intervalo	Data da conclusão	Hora da conclusão
CREATININA	0.90	mg/dL	CNTL	0.50 - 1.30	03.08.2019	10:31
C	3.6	mmol/L		3.5 - 5.1	03.08.2019	10:26
-C	138	mmol/L		136 - 145	03.08.2019	10:26
REIA	26	mg/dL		17 - 56	03.08.2019	10:31

**Fim do registo da amostra**

CRM - 893  
Bromélae  
Cyperaceae

Impresso em 03.08.2019  
10:31:39AM

## ARCHITECT

Página: 1 de 1

HOSPITAL DE URGENCIA DE S. J. IPE

## EQUIPAMENTO:

Pág Diagrama

ID Amost 008

Nome Pac JOATHAN DOS SANTOS

ID Pac V TRAUMA

Dr.

Anotação

RRTT R2 T8

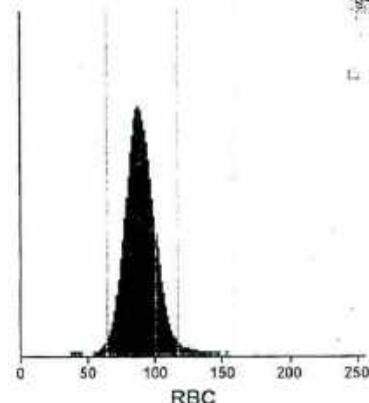
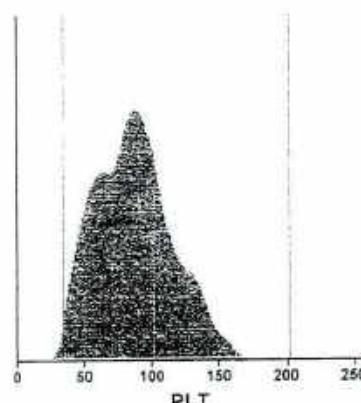
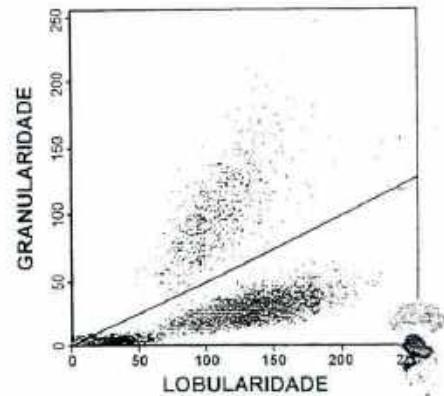
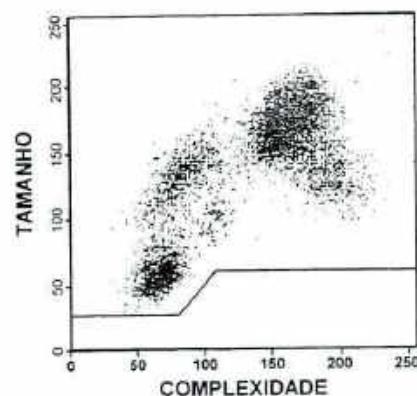
Typo Am Patient  
 DN 7/10/1998 Sex Masc  
 DT/HR Coleta 3/8/2019 0:00  
 Obs 1  
 Obs 2

SEQ# 4135 IDOP Admin  
 Corrida 3/8/2019 9:46  
 Test CBC  
 Modo Fechado Param  
 Limites Masc Universal

WBC	9.21	10e3/uL
NEU	6.04	65.5 %
LYM	1.54	16.7 %
MONO	.671	7.28 %
EOS	.859	9.33 %
BASO	.106	1.15 %

RBC	4.84	10e6/uL
HGB	15.6	g/dL
HCT	43.8	%
MCV	90.4	fL
MCH	32.3	pg
MCHC	35.7	g/dL
RDW	11.1	%

PLT	261.	10e3/uL
MPV	7.23	fL



Inst. G. da S. Carvalho  
 Biomedélica  
 CRM 873

## DIFERENCIAL MANUAL

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

## NOTA

DIF POR	DATA
---------	------

## INTERPRETAÇÃO

-----LEUC-----HEM-----PLT-----

## ANORMAL. DEF. POR USUÁRIO:

Eosinofilia Hipercromia  
 Basofilia

LIM. REF				
WBC	3.70-10.1	RBC	4.06-5.58	PLT 155-366.
NEU	1.63-6.96	HGB	12.9-15.9	MPV 6.90-10.6
LYM	1.09-2.99	HCT	37.7-53.7	
MONO	.240-.790	MCV	81.1-96.0	
EOS	.030-.440	MCH	27.0-31.2	
BASO	0.00-0.80	MCHC	31.8-35.4	
		RDW	11.5-14.5	

## Resultados por amostra

s/n: 618-0000528

ver.: 2.0.0.166

	Medir	Interpolado	Relação	INR	Comentários
<b>TESTE: INR - APTT</b>					
DG-APTTsynth	33.6 s		1.05 r		FI
DG-PT	15.8 s	84.7 %	1.10 r	1.11 INR	(B) FI

Inês Christine S. F. de J.  
Biomédica  
CRBM - 0900

- |   |  |  |                  |               |
|---|--|--|------------------|---------------|
| - Amostra identificada manualmente (-D)     | (O) Resultado revisado sem usar qualquer | (I) Há avisos                                  | CN: Cancelado    | FI: Concluído |
| (A) Produto identificado manualmente        | (C) Erro de CV                           | (F) Resultado fora do intervalo de normalidade | PE: Pendente     | RV: Revisado  |
| (B) Curva de calibração editada manualmente | (D) Duplicado                            | (#) Teste não validados                        | PR: Em andamento | EX: Exportado |
| (P) Produto verificado                      | (R) Repetição                            |  |                  |               |

*Laboratório*

<b>Atendimento</b>	1108685	<b>Data</b>	04/08/2019 15:11
<b>Nome</b>	JOATHAN DOS SANTOS	<b>Convênio</b>	Sus
<b>Tp.Atend</b>	Urgência	<b>Med.Sol:</b>	
<b>Endereço</b>	CABECA DANTAS	<b>Bairro:</b>	
<b>Cidade</b>		<b>Telefone:</b>	999629413/999512337
<b>Sexo:</b>	Masculino	<b>Idade:</b>	20 anos

**TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTPA)**

Data Coleta:04/08/2019 16:15

Material: Plasma Citratado  
Método: Coagulométrico

Tempo de Tromboplastina (TTPA)	35,5 Segundos	Referência
Mônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo Biomédica CRBM 1986	Edna Cristina Souza Santos Biomédica CRBM 0948	Anne Regina P.C. Carvalho Biomédica CRBM 0776
Fernanda S. Almeida Biomédica CRBM 2860	Diego Mascarenhas Nascimento Biomédico CRBM 2795	Jaqueleine Lícia dos Santos Biomédica CRBM 2875
		Railton Rocha de Araújo Júnior Biomédico CRBM 7909

*Laboratório*

<b>Atendimento</b>	1108685	<b>Data</b>	04/08/2019 15:11
<b>Nome</b>	JOATHAN DOS SANTOS	<b>Convênio</b>	Sus
<b>Tp.Atent</b>	Urgência	<b>Mes.Sol:</b>	
<b>Endereço</b>	CABECA DANTAS	<b>Bairro:</b>	
<b>Cidade</b>		<b>Telefone:</b>	999629413/999512337
<b>Sexo:</b>	Masculino	<b>Idade:</b>	20 anos

**TEMPO DE PROTOMBINA**

Data Coleta: 04/08/2019 16:15

Material: Plasma  
Método: Automatizado

		<b>Referência</b>
TEMPO DE PROTOMBINA .....	15,3	10,0 a 14,0
PROTOMBINA ( ATIVIDADE) .....	64,8	70 a 100%
INR .....	1,24	0,81 a 1,13

**VALORES DE RNI RECOMENDADOS PARA O CONTROLE DA TERAPIA ANTICOAGULANTE ORAL:****INDICAÇÃO** : RNI

Profilaxia de Trombose venosa em pacientes cirúrgicos	:	
de alto risco	:	2,0 - 3,0
Prevenção de Trombose venosa profunda	:	2,0 - 3,0
Prevenção de Tromboembolismo	:	2,0 - 3,0
Prevenção de recorrência do embolismo, ou tratamento de pacientes portadores de válvulas cardíacas mecânicas.	:	3,0 - 4,5

Mônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo  
Biomédica  
CRBM 1936Edna Cristina Souza Santos  
Biomédica  
CRBM 0948Anne Regina P.C.Carvalho  
Biomédica  
CRBM 0776Marina Lira Santana  
Biomédica  
CRBM II - 1939Fernanda S. Almeida  
Biomédica  
CRBM 2860Diego Maccarenhas Nascimento  
Biomédico  
CRBM 2795Jaqueline Lícia dos Santos  
Biomédica  
CRBM 2875Ralton Rocha de Araújo  
Júnior  
Biomédico  
CRBM 7909



## Laboratório

Atendimento 1108685  
 Nome JOATHAN DOS SANTOS  
 Tp.Atend Urgência  
 Endereço CABECA DANTAS  
 Cidade  
 Sexo: Masculino

Data 04/08/2019 15:11  
 Convênio Sus  
 Med.Sol:  
 Bairro:  
 Telefone: 999629413/999512337  
 Idade: 20 anos

## HEMOGRAMA COMPLETO

Data Coleta: 04/08/2019 16:15

Material Sangue Total  
Método: Automatizado

## Referência

## ERITROGRAMA

A) Eritrócitos .....	5,04 milh./mm <sup>3</sup>
B) Hemoglobina .....	15,9 g/dl
C) Hematócritos .....	47,4 %

Homem Mulher

4,0 - 5,5 4,0 - 5,0

Homem Mulher

13,0 - 17,0 12,0 - 16,0

Homem Mulher

40 - 50 35 - 47

## ÍNDICES HEMATIMÉTRICOS

A) V.C.M .....	94,05 fl	82 - 95
B) H.C.M .....	31,55 pg	26 - 34
C) C.H.C.M .....	33,54 g/dl	30 - 35
D) R.D.W .....	13,5 %	10 - 15

## LEUCOGRAMA

A) Leucócitos (global) .....	7.080 mm <sup>3</sup>	5.000 a 10.000/mm <sup>3</sup>
B) Contagem diferencial .....	%...../mm <sup>3</sup>	40 a 70 1.600 a 7.300
Segmentados .....	52,1%	3647,0 01 a 04 50 a 400
Eosinófilos .....	21,7%	1519,0 00 a 02 00 a 200
Basófilos .....	01,1%	77,0 20 a 50 1000 a 5000
Linfócitos .....	16,1%	1127,0 03 a 10 150 a 1000
Monócitos .....	09,0%	630,0

## PLAQUETAS

Valor Encontrado .....	255.000 /mm <sup>3</sup>	150.000 a 400.000/mm <sup>3</sup>
------------------------	--------------------------	-----------------------------------

Márcia Ribeiro de Oliveira Esmeraldo  
Biomédica  
CRBM 1986

Edna Cristina Souza Santos  
Biomédica  
CRBM 0948

Anne Regina P.C. Carvalho  
Biomédica  
CRBM 0776

Maria Lira Santana  
Biomédica  
CRBM II - 1939

Fernanda S. Almeida  
Biomédica  
CRBM 2860

Diego Mazzarenhas Nascimento  
Biomédico  
CRBM 2795

Jaqueleine Lídia dos Santos  
Biomédica  
CRBM 2875

Railton Rocha de Araújo  
Júnior  
Biomédico  
CRBM 7909



## Laboratório

Atendimento 1108685  
 Nome JOATHAN DOS SANTOS  
 Tp.Atend Urgência  
 Endereço CABECA DANTAS  
 Cidade  
 Sexo: Masculino

Data 04/08/2019 15:11  
 Coletânia Sus.  
 Meio,Sol:  
 Endro:  
 Telefone: 999629413/999512337  
 Idade: 20 anos

## CREATININA

Data Coleta: 04/08/2019 16:15

Material:Soro  
Metodo:Cinético

RESULTADO .....: 0,93 mg/dl

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

## GLICEMIA

Data Coleta: 04/08/2019 16:15

Material: Sangue Capilar  
Metodo: Glicosímetro

Resultado .....: 91 mg/dl

**Referência**  
 60 a 99 mg/dl.

## UREIA

Data Coleta: 04/08/2019 16:15

Material:Soro  
Metodo:Enzimático Colorimétrico

RESULTADO .....: 29 mg/dl

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

Mônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo  
Biomédica  
CRBM 1986

Edna Cristina Souza Santos  
Biomédica  
CRBM 0946

Anne Regina P.C. Carvalho  
Biomédica  
CRBM 0776

Marina Lira Santana  
Biomédica  
CRBM II - 1939

Fernanda S. Almeida  
Biomédica  
CRBM 2860

Diego Mascarenhas Nascimento  
Biomédico  
CRBM 2795

Jaqueleine Lícia dos Santos  
Biomédica  
CRBM 2875

Railton Rocha de Araújo  
Júnior  
Biomédico  
CRBM 7909



**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PACIENTES  
EM ATENDIMENTO PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Eu, JOATHAN DOS SANTOS

CPF:07275876507 RG:25762710

Residente e domiciliado no endereço:POVOADO CABEÇA DANTAS Nº78. BOQUIM-SE

DECLARO estar ciente que o atendimento no HOSPITAL DE CIRURGIA é custeado pelo SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) e que nenhum valor será cobrado ou devido para a realização de qualquer exame ou procedimento porventura necessário ao tratamento do paciente enquanto estiver internado.

DECLARO ainda estar ciente que não existe a possibilidade de antecipação de procedimentos mediante pagamento de quaisquer valores e que oferecer dinheiro ou aceitar a oferta de pagamento por funcionários ou terceiros em nome do Hospital para desviar o fluxo de atendimento do SUS pode ser caracterizado conduta ilícita passível de responsabilização criminal.

São freqüentes as ofertas de golpistas que rondam os hospitais públicos e abordam familiares de pacientes internados alegando a necessidade do pagamento de valores em nome da Instituição, o que não é tolerado pelo Hospital de Cirurgia em nenhuma hipótese, por mais grave que seja a situação do paciente.

Se algo parecido acontecer, registre sua denúncia junto a Ouvidoria do Hospital, pessoalmente ou através do telefone (79)98162-4814.

Aracaju,04 de Agosto 2019

DECLARANTE



**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PACIENTES  
EM ATENDIMENTO DO HOSPITAL DE CIRURGIA**

Eu, JOATHAN DOS SANTOS

CPF:07275876507 RG:25762710

Residente e domiciliado no endereço: Povoado CABEÇA DANTAS Nº78, BOQUIM-SE

Declaro, para os devidos fins, sob as penas da lei, estar ciente da proibição de produção e/ou veiculação de fotos e /ou filmagem de quaisquer áreas do Hospital Cirurgia, bem como dos pacientes internos, funcionários e demais colaboradores.

A reprodução e/ou divulgação de fotos e/ou imagens sem autorização enseja responsabilidade civil e criminal, nos termos do art. 5º, inciso X, da Constituição Federal de 1988.

Aracaju, 04 de Agosto de 2019

  
DECLARANTE

			NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
DOENÇA CRÔNICA AVANÇADA: SIM/NÃO	INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: SIM/NÃO	ALIMENTAÇÃO: ORAL ( ) SNE( ) NPT( ) GTT( )	ISOLAMENTO: SIM ( ) RESPI ( ) CONTATO( ) NÃO ( )	INSUF RENAL: SIM/NÃO	ANTIBIÓTICOS: DIAS DE USO [Dx]	ESCALA DE COMA DE GLASGOW: AO/MRV/MMR
NAO	NÃO	ORAL	NÃO	NÃO	NÃO	15
DEAMBULA	CADEIRANTE	ACAMADO	OUTROS			
NÃO	NÃO	SIM				

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

## FRATURA DIAFISE DA TIBIA D

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

FALTA DE VAGA

## É VEDADO AO MÉDICO

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

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

## Médico Solicitante

Data: 04/10/8  
Hora:

Assinatura:  
Carimbo:

NIR

Data: 04/10/8  
Responsável:

Hora: 8:00  
TEL/FAX: (11) 5555-1234  
CORREIO: E-mail

## Médico do NIR

Data:  
Hora:

Assinatura:  
Carimbo:

## CRL (RECEBIMENTO)

Data:  
Responsável:

## CRL (Autorização)

Data:  
Hora:  
MR:  
Código:  
Assinatura:

## ATENÇÃO

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

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:	JOATHAN DOS SANTOS	DATA DE ADMISSÃO:	02/08/19
NOME DA MÃE:	JUCIMARIA DOS SANTOS	DATA DE NASCIMENTO:	07/10/98
ENDERECO:	POV. CABECA DANTAS	IDADE:	20
CNS:	708203643730843	ESTADO:	SERGIPE
NATURALIDADE:	BOQUIM-SE	MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:	BOQUIM
TELEFONE PARA CONTATO:	79 - 996587202	REGIÃO DE SAÚDE:	
UNIDADE PRODUTIVA:	PRONTO SOCORRO ÁREA AZUL ( ) ÁREA VERDE (X)		
OUTROS:			

QUEIXA PRINCIPAL E DURAÇÃO:

DOR EM Perna d, APOS ACIDENTE DE MOTO HA 02 DIAS

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO

ANTECEDENTES PESSOAIS E COMORBIDADES:

NÃO

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

RX + LABORATORIO

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

FRATURA DIAFISE DA TIBIA D

RESUMO DA TERAPÉUTICA INSTITUÍDA E RESULTADOS

ANALGESIA + PROFILAXIA DE TVP

PARAMÉTROS CLÍNICOS E LABORATORIAIS							
PRESSÃO ARTERIAL	SATURAÇÃO DE O2	FREQUÊNCIA CARDÍACA	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	Glicemias	UREIA	CREATININA	
120x89	99%	82	18	100	26	0,90	
HEMOGLOBINA	LEUCÓCITOS	POTASSIO	USO DE O2: SIM ( ) NÃO ( )	SECRETIVO: SIM ( ) NÃO ( )	INTUBADO: SIM ( ) NÃO ( )	COLAR CERVICAL: SIM ( ) NÃO ( )	

## Evolução/Prescrição Médica      DATA      04/08/19

NOME: JOATHAN DOS SANTOS

ALA: VERDE TRAUMA 1   LEITO: CORREDOR   GÊNERO: MASCULINO   IDADE: 20

DIAGNÓSTICOS: FRATURA DIAFISE DE TIBIA D

Evolução médica: *Paciente acordou em prainha, com NVDs.*  
*Id = Mantida*

*Dr. Washington Barreto*  
*Ortopedia e Traumatologia*  
*CRM - 42 V*  
*TFC - 15832*

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta VO LIVRE	S.N.
2	AVP PERVIO	
3	AAS 100MG VO APOS O ALMOÇO	14
4	Ranitidina, 02 mL + 18 mL AD, IV, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, IV, às 6:00	06
5	Dipirona, 02 mL + 08 mL AD, IV, 6h/6h	18 24 06
6	Profenid, 01 ampola IV + 100mL SF0,9%, 12h/12h	16 06
7	Tramal 100mg + 250 ml SF0,9, IV, 8h/8h	14 22 06
8	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia	14
9	CLONAZEPAM 05GTS VO A NOITE	21
10	Glicemia capilar, 6h/6h, se diabético	
11	Insulina regular, conforme glicemia:	
12	<200 = Ø      251 - 300 = 4U      351 - 400 = 8U	
13	201 - 250 = 2U      301 - 350 = 6U      > 400 = 10U	
14	Glicose 25%, 40ml, IV, se glicemia < 70	
15	Captopril 25mg, VO, se PAS > 180mmHg ou PAD > 110mmHg SOS	
16	CCGG + SSVV 6h/6h	
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		

*Alegre*

*PX*

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

NO. DO BE: 30938

DATA: 02/08/2019 HORA: 19:13 USUARIO: ELMENEZES

CNS:

SETOR: 06-SUTURA

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Nome: JOATHAN DOS SANTOS Doc.: 25762710  
 Idade: 20 ANOS NASC: 07/10/1998 Sexo: MASCULINO  
 Endereco: Povoado CABECA DANTAS Numero:  
 Complemento: 708203643730843 Bairro: ZONA RURAL  
 Municipio: BOQUIM UF: SE CEP: 49360-000  
 Nome Pai/Mae: JOSE AGNALDO DOS SANTOS /JUCIMARIA DOS SANTOS  
 Responsavel: A MAE/SAMU TEL.: 79-99658-7  
 Procedencia: BOQUIM-SE 202  
 Atendimento: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)  
 Caso Policial: NAO Plano de Saude: NAO Trauma: SIM  
 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:

Rente retardo de exame de motor (quadro) em uso de capacete - lesão secundaria escoriação na testa.  
 ECG: IS (anormal) - alterações de ritmo e ondas som  
 ANOTACOES DA ENFERMAGEM:  
 alterações de ritmo e ondas som normais.

DIAGNOSTICO: FUGA DE ARTERIA CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1. Preferencialmente . 19:35	

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

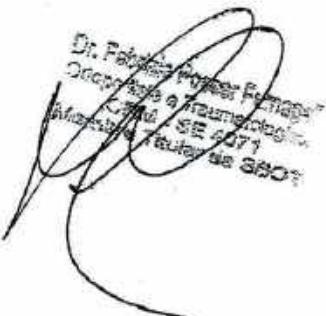
[ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT [ ] PAEOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL



Father deceased  
filed D. Blinded

- Tals Crews socialist
- Interv. p/ No censored  
elecres

  
Dr. Pedro Pablo Pernía  
Cónsul de la República  
de Colombia en  
Méjico D.F.  
C.E. 4071  
Casa de la  
República  
Colombia



PRONTO SOCORRO ADULTO

HUSE

PREScrição MÉDICA

Nome: Joatáton das Santas Idade: 20 Data: 02/08/19

DATA	HORA	PREScrição	HORÁRIO
02		① Dieldenol 5%	S.M.D.
02		② Safo R. Lactato s.a 02/08/19	20/08/19 00-500
10		③ Disinôxido de Alumínio 6/6	20/08/19 00-00
		④ Profenidol 100mg a.d 12/12	09/09/19 FF DPF
		⑤ Tramadol 100mg a.d 8/8	16/08/19 00-00
		⑥ Omprazol 40mg a.d 1x/dia	06/09/19
		⑦ Cuidados gerais	
		⑧ Suss. V. Ity 6/Gal	24 de 12/18

Dr. Fábio  
Cirurgião-Dentista F  
Médico de Família  
Assistente Odontológico  
Assistente Odontológico  
Assistente Odontológico



Fundação  
Hospitalar  
de Saúde

## EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE – HUSE

## **PRONTO SOCORRO ADULTO**

Página n° 1

Nome do Paciente: Tatiana dos Santos

Idade: 20

Sexo: M

### **Unidade de Produção:**

Leito:

Nº do Prontuário:

HISTÓRICO

# Feitos Diagnóstico Fálico (1)

Vitória de acidente de trânsito  
que resultou em fratura perineal  
direita

Ds: feitos diagnóstico fálico (1)

Ch: Interno e saliços PreOp

*[Handwritten signature]*



## RELATÓRIO ESPECIALIZADO

Avaliação de perda funcional e Invalidez permanente, pós tratamento das vítimas de acidente do trânsito.

### Número do sini

Музеи и архивы. № 121407.

Nome do paciente:

TOATITAN. SOS SANTOS

Data de nascimento:

07.10.1998

Data do inicio do tratamento / Acidente

07.08.2019.

## 1 - Diagnóstico / Causas básicas:

## 2 - Data / Tratamento Realizado:

04/08/2019/11/08/10/2019.  
Pediá 225 dias para levar o respectivo exame. O que  
confirma o que eu falei na reunião. Mais pra mim os  
bloco de praxe é FICAR 014 5822. Lembrei os hospitais  
de Caxias: São José, São Luiz e Rubens Alves. Perguntei  
que apresentar no Hospital do Hépatico de Caxias  
0405 5822.

### 3 - Data / Exames Complementares / Resultados:

02.08.2015.  
Rx de Amys 1st (Portuguese after own Rec.)

Renato Teixeira CRM 1450  
Ortopedia, Traumatologia

10 Dec 2020

Data

### *Assinatura e Carimbo*

4 - Hospitais / Serviços / Prestou atendimento:

02/08/2015. 1º Atendimento no COECA Aracaju.  
2º Atendimento no Huse

5 - Descrição das perdas funcional / Invalidez permanente / Pós-tratamento realizados:

- Perdeu parte do seu membro para fisionte pro no M/S  
outra parte arrebia constante.
- Perdeu parte de seu olho direito permanente em 100%.
- Perdeu parte de seu membro esquerdo permanente em 50%.
- Perdeu parte de seu membro esquerdo permanente com arrebia constante em M/S.
- Perdeu parte de seu membro esquerdo permanente com arrebia constante.  
el 30/55% em M/S.
- Consequências:
  - Perdeu parte de seu olho direito permanente em 100%
  - Perdeu parte de seu membro esquerdo permanente em 50%
  - Perdeu parte de seu membro esquerdo permanente em 50%

6 - Alta definitiva do tratamento: 10/06/2020

7 - Data do Exame do Paciente 10/06/2020.

8 - Segue Exame Anexo

9 - Médico responsável pela avaliação após análise da documentação do primeiro atendimento médico / Internação hospitalar / Histórico do paciente / Exame Fisico / Exames Complementares:

Nome do Médico	Renato Teixeira	Nº do CRM	1450	Fone:	(079) 3211-5368
Endereço	Rua Itaporanga, Bairro Getulio Vargas	Número	598	Cidade	Aracaju

*Atenção: As sequelas das lesões sofridas só poderam ser determinadas após decorridos 60, 90, 180... 1 ano ou mais tempo da alta definitiva*

Renato Teixeira CRM 1450  
Ortopedia - Traumatologia

10/06/2020

Data

10/06/2020

Assinatura e Carimbo

2

Consultório de Ortopedia e Traumatologia Dr. Renato Teixeira.  
Rua Itaporanga, 598 - CEP: 49055-330, Aracaju - SE, Telefones: (079) 3211-5368 / 9817-5139 / 8848-2270



# RECIBO

Nº

VALOR

100,00

Recebi (emos) de

JOATHAN DOS SANTOS

a quantia de

cem reais

Correspondente a

CONSULTA ORTOPEDICA

e para clareza firmo (amos) o presente.

ALACAJU 01 de JUNHO de 2020

Assinatura

p. 80

Nome

Renato Teixeira CRM 1149  
Ortopedia - Traumatologia072 758 765-07  
CPF/RG 2576 276-0

CONSULTORIO ORTOPEDICO



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**BOQUIM DA COMARCA DE BOQUIM**  
**Pq Citrícula Gov. João Filho, Bairro Centro, Boquim/SE, CEP 49360000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**PROCESSO:**

202061001913

**DATA:**

30/10/2020

**MOVIMENTO:**

Ato Ordinatório

**DESCRIÇÃO:**

De acordo com a Portaria nº 002/2017, desde Juízo, intime-se o Bel. ELTON SOARES DIAS - OAB/SE nº 10289, para no prazo de (05) cinco dias, juntar aos autos a guia de custas iniciais, independente do pedido de gratuidade judiciária, científico-lhe que o descumprimento acarretará a extinção do processo e cancelamento da distribuição por decisão judicial.

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Sim



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**BOQUIM DA COMARCA DE BOQUIM**  
**Pq Citrícula Gov. João Filho, Bairro Centro, Boquim/SE, CEP 49360000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**PROCESSO:**

202061001913

**DATA:**

13/11/2020

**MOVIMENTO:**

Decurso de Prazo

**DESCRIÇÃO:**

Decorreu o prazo sem manifestação.

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Não



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**BOQUIM DA COMARCA DE BOQUIM**  
**Pq Cítricula Gov. João Filho, Bairro Centro, Boquim/SE, CEP 49360000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**PROCESSO:**

202061001913

**DATA:**

13/11/2020

**MOVIMENTO:**

Conclusão

**DESCRIÇÃO:**

Nesta data faço o processo eletrônico concluso.

**LOCALIZAÇÃO:**

Juiz

**PUBLICAÇÃO:**

Não



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**BOQUIM DA COMARCA DE BOQUIM**  
**Pq Citrícula Gov. João Filho, Bairro Centro, Boquim/SE, CEP 49360000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**PROCESSO:**

202061001913

**DATA:**

16/11/2020

**MOVIMENTO:**

Juntada

**DESCRIÇÃO:**

Juntada de Outras Petições realizada nesta data. {Movimento Gerado pelo Advogado: ELTON SOARES DIAS - 10289}

**LOCALIZAÇÃO:**

Juiz

**PUBLICAÇÃO:**

Não



ELTON SOARES DIAS  
ADVOGADO

**EXCELENTESSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA  
VARA CÍVEL DE BOQUIM/SE.**

**Processo nº 202061001913**

JOATHAN DOS SANTOS, devidamente qualificada nos autos da **AÇÃO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT C/C PEDIDO DE DANO MORAL**, identificada em epígrafe, que move em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, também já qualificada, vem, por conduto de seu advogado subscritor, ante a presença de Vossa Excelência, requer a juntada das guias de custas judiciais.

**J. aos autos**

**NESTES TERMOS,**

**ESPERA DEFERIMENTO**

Aracaju, 16 de novembro de 2020.

**ELTON SOARES DIAS  
OAB/SE nº 10.289**

**Tribunal de Justiça do Estado de Sergipe****Guia de Recolhimento****Custas - Inicial Cível**

Data: 16/11/2020

Num. Guia: 202010601340

Taxa de Distribuição: R\$ 20.73      Valor das Custas: R\$ 338.61      Valor da(s) Diligência(s): R\$ 27.65

Taxa Judiciária: R\$ 143.25      Valor da Causa: R\$ 9550.00

Valor Litisconsórcio: R\$ 0.00      Comarca: Boquim

**TOTAL 530,24****Guia Válida 06/12/2020**

Via - Cartório

Autenticação Mecânica

**Tribunal de Justiça do Estado de Sergipe****Guia de Recolhimento****Custas - Inicial Cível**

Data: 16/11/2020

Num. Guia: 202010601340

Taxa de Distribuição: R\$ 20.73      Valor das Custas: R\$ 338.61      Valor da(s) Diligência(s): R\$ 27.65

Taxa Judiciária: R\$ 143.25      Valor da Causa: R\$ 9550.00

Valor Litisconsórcio: R\$ 0.00      Comarca: Boquim

**TOTAL 530,24****Guia Válida 06/12/2020**

Via - Parte

Autenticação Mecânica

856200000052 302401560123 020106013400 202012060341

**Tribunal de Justiça do Estado de Sergipe****Guia de Recolhimento****Custas - Inicial Cível**

Data: 16/11/2020

Num. Guia: 202010601340

Taxa de Distribuição: R\$ 20.73      Valor das Custas: R\$ 338.61      Valor da(s) Diligência(s): R\$ 27.65

Taxa Judiciária: R\$ 143.25      Valor da Causa: R\$ 9550.00

Valor Litisconsórcio: R\$ 0.00      Comarca: Boquim

**TOTAL 530,24****Guia Válida 06/12/2020**

Via - Banco

Autenticação Mecânica



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**BOQUIM DA COMARCA DE BOQUIM**  
**Pq Citrícula Gov. João Filho, Bairro Centro, Boquim/SE, CEP 49360000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**PROCESSO:**

202061001913

**DATA:**

01/12/2020

**MOVIMENTO:**

Despacho

**DESCRIÇÃO:**

Face o expresso desinteresse em audiência de conciliação, cite-se o Requerido para oferecer contestação no prazo de quinze dias. Após, com a apresentação de fatos novos, documentos ou proposta de conciliação, intime-se a requerente para réplica, também em 15 dias. Em havendo contraproposta, intime-se o Requerido para manifestar-se em cinco dias. Com as manifestações, em havendo interesse de incapaz, dê-se vistas ao Ministério Público pelo prazo de 15 dias. Não havendo incapazes, venham os autos conclusos

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Sim



**Poder Judiciário do Estado de Sergipe  
Boquim**

---

**Nº Processo 202061001913 - Número Único: 0001912-37.2020.8.25.0009**

**Autor: JOATHAN DOS SANTOS**

**Réu: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**

---

Movimento: Despacho >> Mero Expediente

Face o expresso desinteresse em audiência de conciliação, cite-se o Requerido para oferecer contestação no prazo de quinze dias.

Após, com a apresentação de fatos novos, documentos ou proposta de conciliação, intime-se a requerente para réplica, também em 15 dias.

Em havendo contraproposta, intime-se o Requerido para manifestar-se em cinco dias.

Com as manifestações, em havendo interesse de incapaz, dê-se vistas ao Ministério Público pelo prazo de 15 dias. Não havendo incapazes, venham os autos conclusos



Documento assinado eletronicamente por **ELÁDIO PACHECO MAGALHÃES, Juiz(a)** de Boquim, em **01/12/2020, às 10:53:33**, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A conferência da **autenticidade do documento** está disponível no endereço eletrônico [www.tjse.jus.br/portal/servicos/judiciais/autenticacao-de-documentos](http://www.tjse.jus.br/portal/servicos/judiciais/autenticacao-de-documentos), mediante preenchimento do número de consulta pública **2020002326293-23**.

---



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**BOQUIM DA COMARCA DE BOQUIM**  
**Pq Cítricula Gov. João Filho, Bairro Centro, Boquim/SE, CEP 49360000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**PROCESSO:**

202061001913

**DATA:**

03/12/2020

**MOVIMENTO:**

Citação Eletrônica

**DESCRIÇÃO:**

Citação Eletrônica enviada à Empresa Privada - SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.<br>Face o expresso desinteresse em audiência de conciliação, cite-se o Requerido para oferecer contestação no prazo de quinze dias.

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Não



Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe

BOQUIM DA COMARCA DE BOQUIM  
Pq Citrícula Gov. João Filho, Bairro Centro, Boquim/SE, CEP 49360000  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**PROCESSO:**

202061001913

**DATA:**

11/12/2020

**MOVIMENTO:**

Outras Informações

**DESCRIÇÃO:**

Citação Eletrônica do(a) Empresa Privada - SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A. considerada em 11/12/2020, mediante consulta processual realizada por seu representante legal, referente ao movimento de Intimação, do dia 03/12/2020, às 14:19:11.

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Não