
Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190016594

Vítima: LAZARO PEREIRA DE MENEZES

Data do Acidente: 06/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE JORGE FIGUEREDO HORA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LAZARO PEREIRA DE MENEZES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 20 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190016594

Vítima: LAZARO PEREIRA DE MENEZES

Data do Acidente: 06/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE JORGE FIGUEREDO HORA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LAZARO PEREIRA DE MENEZES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **LAZARO PEREIRA DE MENEZES**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000004874**

Conta: **0000017613-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

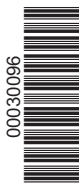
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190016594

Cidade: Cristinápolis

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LAZARO PEREIRA DE MENEZES

Data do acidente: 06/07/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO) E ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 000 489. 115-50	Nome completo da vítima KAIANO PEREIRA DE NOVAES
---------------------------	----------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo KAIANO PEREIRA DE NOVAES		CPF titular da conta 000 489. 11550	Profissão Desempregado
Endereço Rua José Luiz de Silva		Número 29	Complemento Lata
Bairro Centro	Cidade CANTIMARÓBI	Estado SP	CEP 149220-000
Email			Telefone (DDD) (19) 99995 7632

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

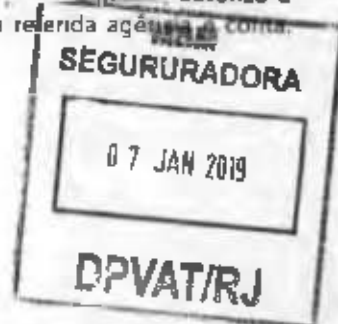
FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO 4874 D/V (Informar dígito se existir)		CONTA NRO 17613 D/V 9 (Informar dígito se existir)		BANCO Nome _____ NRO _____			
AGÊNCIA NRO _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)		CONTA NRO _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)					

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência de conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Cantimari 09 de Novembro de 2018
Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <i>Lázaro Pereira de Menezes</i>	CPF da Vítima <i>000 489 115-30</i>	Data do Acidente <i>06-07-2018</i>
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD) <i>119/99995-7633</i>

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

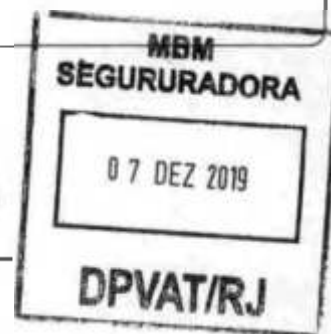
- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinado em 03 de Setembro de 2018

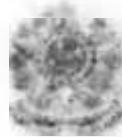
Local e Data



[Signature]
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

ESTADO Sergipe
COMARCA Cristinápolis
MUNICIPIO Cristinápolis
DISTRITO DE XXXXXXXXXX

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
Dr. José Benito Leal Soares - ONOMÁSTICO
Benito Matos Soares - SUBSTITUTO
Irene B. S. Oliveira - ESCRIVENTE
CRISTINÁPOLIS - SE

Dr. JOSÉ BENITO LEAL SOARES
Oficial do Registro Civil

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certifico que, às fls.07-v do livro A-11, sob nº de ordem 5727 foi lavrado o assento de nascimento de: **LAZARO PEREIRA DE MENEZES.**

do sexo: **Masculino**, nascido(a) no dia **28 de Julho de mil novecentos e setenta e três (1973)** às **03 horas 00 minuto em: Cristinápolis/SE.**

Filho(a) de: **Paulo Pereira de Menezes**

E de Dona: **Maria José de Menezes**

Sendo avós paternos: **Cícero Pereira de Menezes**

E Dona: **Otacília Maria da Conceição**

Sendo avós maternos: **Américo Joaquim do Nascimento**

E Dona: **Maria Evangelina de Jesus**

O assento foi lavrado em: **14 de Agosto de 1973.**

Tendo sido declarante:

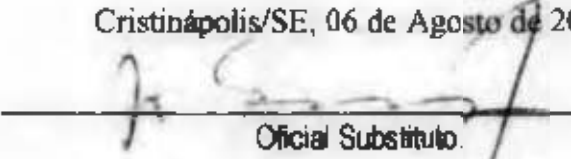
O Genitor.

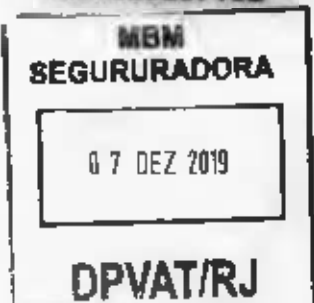
E serviram de testemunhas: **"As Constantes no termo"**.

Observação: **Segunda Via.**

O referido é verdade e dou fé.

Cristinápolis/SE, 06 de Agosto de 2004.

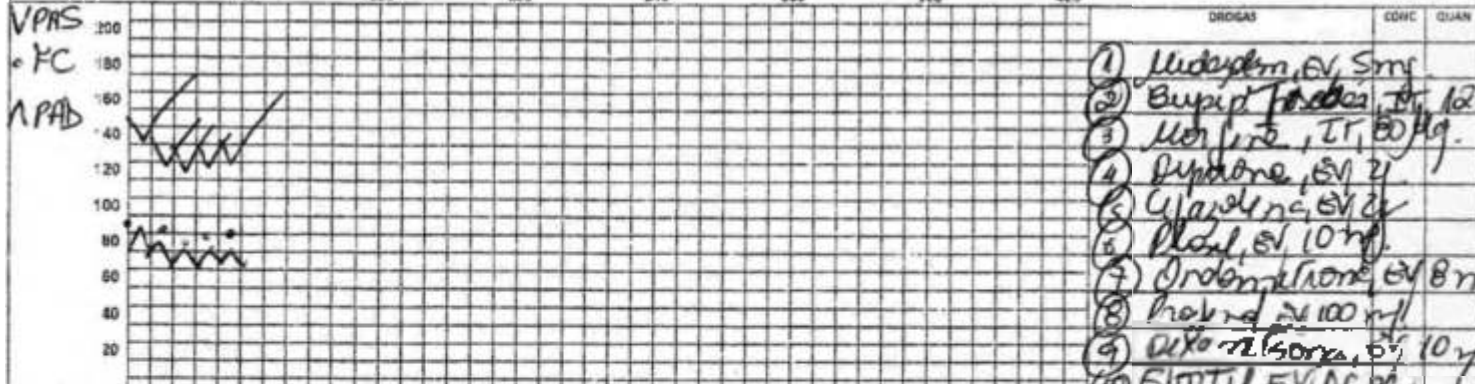

Oficial Substituto.



PACIENTE: Lázaro Remeia de Menezes		MATRICULA: 1041852		CONVÊNIO: SUS	
IDADE: 44a	SEXO: m	COR:	ENF: X	QUARTO:	LEITO:
CIRURGIÃO: Roberto Lima			ANESTESISTA: Fabiano dos Santos		
1º AUXILIAR: Kleber			2º AUXILIAR: André		
DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura da base da mandíbula					
DIAGNOSTICO PÓS-OPERATÓRIO: o mesmo					
CIRURGIA PROPOSTA: Redução cirúrgica com fixação					
CIRURGIA REALIZADA: à mandíbula				CÓDIGO CIRURGICO	
PRÉ-MEDICAÇÃO: —				HORA: —	RESULTADO: 1-2-3-4-5-6
INÍCIO DA ANESTESIA: 11:55	INÍCIO DA OPERAÇÃO: 12:00	ALT DA ANESTESIA: 14	RISCO OPERATÓRIO: 1-2-3-4	ESTADO FÍSICO: 1-2-3-4-5-6-7	

MONITOR ECG
 OXÍMETRO PULSO
 CAPNÓGRATO
 PAM NÃO INVASIVA
 VENTILADOR

FLUIDOS: **R1500 + 500**



ANOTAÇÕES:
Sem alterações; jejum > 8h, mat. em OK; sem náuseas pré-op; nos pontos de ref. maloclusão; acúria; equanimidade. Monitorização contínua; verificação imediata (C/1-206) após med. de manutenção de respiração com máscara após o início; Reguamente e equilíbrio WHTACKO 25G, mediana, punção de veia, e rejeição de LCR de 200, 1ml para teste, sem desconexão; dextro 2, 3; 2ml intravenoso.

AGENTES ANESTÉSICOS:
Midazolam, bupivacaína, morfina, dipirona, clonidina, plavix, dextro-rotorona, etopiv, heparina.

TÉCNICA: **RABUI + SEDACAO**

INDUÇÃO:	POSIÇÃO: sentado	LOCAL PUNÇÃO: L4/L5	LÍQUIDO REMANECENTE: SEGURADO
TÉCNICA:	POSIÇÃO APÓS: DDII	POSIÇÃO OPERATÓRIA: DDII	RESULTADO B.B.M.

DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: 30 min	DURAÇÃO DA ANESTESIA: 1h	CONSCIÊNCIA: 07 JAN 2019
------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

PÓS-OPERATÓRIO: <input checked="" type="checkbox"/> UTI <input checked="" type="checkbox"/> SRPA	DESTINO DA SRPA: <input type="checkbox"/> LEITO <input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR
--	--

OBSERVAÇÕES:

CONDIÇÕES: **ESTABILIZADO**
 Fabricio dos Santos
 ANESTESISTA
 CRM RJ 12345
 ASSINATURA DO ANESTESISTA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Layano Pereira dos Santos

RG nº 9035495-1, data de expedição 20/08/18, Órgão SSP/Ser

CPF nº 000.489.115-50, venho perante a este instrumento declarar que não possui comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua José Luiz de S. Lira</u>
Número	<u>29</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Campanópolis</u>
Estado	<u>SonS. Pó</u>
CEP	<u>49270000</u>
Telefone de Contato	<u>(79) 99995-7633</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Campanópolis 03/12/18

Assinatura do Declarante: Layano Pereira dos Santos





ARDE: Rua Campo de Marte, 531, 03 de Julho, Aragoari-MS 48225-000
 CEP: 48225-000 Fone: (67) 3744-1000

FATURA MENSAL

Matrícula
447496.1

*** ANEXO AVISO DE CORTE ***

Nome do Cliente: MARTA PEREIRA DE MENEZES

RUA JOSE LUIZ DA SILVA, 28, CRISTINAPOLIS, 48270-000

409009/00276 04/09/2018 A18G554072

Med: 1

Bil. Anterior 24
 Bil. Atual 28
 Consumo Faturado (m3) 10
 Média de consumo (m3) 8
 Data de Leilão Anterior 08/08/18
 Dias de Consumo 28
 Média diária (m3) 0,27
 Previsão para Próx. Leilão 04/10/18
 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Descrição	Valor
AGUA	35,64
ESGOTO	0,00
080 MULTA P/IMPUNTUALIDADE 0101	0,73
091 JUROS DE MORA 0101	0,82
094 ATUALIZACAO MONETARIA 0101	0,81

09/2018 VENCIMENTO: 13/09/2018 37,60

"VIOLENCIA CONTRA A MULHER E CRIME. DENUNCIE - LIGUE 180 OU PROCURE O (A) PROMOTOR (A) DE JUSTIÇA".

A falta de pagamento dessa fatura 30 (trinta) dias após seu vencimento implicará na interrupção do fornecimento do serviço de acordo com o art. 91, Decreto Lei nº 27.685/2010.

CANAL DE ATENDIMENTO: 0800 078 0198 - SAC: 4020-0198
 AGÊNCIA VIRTUAL: www.deso-ms.com.br/agenciavirtual

Qualidade da Água Distribuída (Decreto Federal nº 4.407/2005 - Art. 5º inciso II)

Parâmetro	Unidade	De	Para	Atual	Limite Inferior	Limite Superior
Nº de horas de Abastecimento Diário	h	24	10	24	24	
Nº de Abastecimentos Mensais	h	48	48	48	48	48
Nº de Abastecimentos Anuais	h	48	48	48	48	48



447496.1	13/09/2018
08/2018 2	37,60

62670000001 376000418206 447496109201 181447496116



MBM
SEGUROADORA

07 JAN 2019

DPVAT/RJ

3889949-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
CCEE foi criada pela Lei Nº 10.438
de 26 de abril de 2002
www.enel.com.br
800 08 00 128 | atendimento 24h



Para regular seu atendimento, tenha este nº em mãos.

Atividade Energia e Serviços S.A. | Praça Leão Ramos, 1 Niterói - RJ
CEP 24210-205 | CNPJ 33.082.071/0001-68 | Insc. Est. 80.040.681

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B | SÉRIE ÚNICA - P | Nº 1115688
Rota 08 14010 05 003150 - 4 Apresentação 12/12/2018
Nome ROSANGELA FLORENTINO FERREIRA SCHUELER
Endereço AVE A.M. BENJAMIN SOORE 00150 AP 802
BOA VIAGEM - NITERÓI - 24210390
Medida 7953988
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL Fator de Potência 0,00
01-RESIDENCIAL NORMAL Referência Dez/2018
TRIFASICO

INDICADORES DE QUALIDADE

Condição	FGA
EUSEF	741,27 Ref. Out/2018
Apuração Mensal	
DIC	0,00 FIC 3,00 DMIC 8,00
Limite	Mensal Integral Anual
DIC	2,00 6,14 13,20
FIC	3,00
DMIC	13,20
DICRI	

ÁREA RESERVADA AO FISCAL
E-REB. 9465.4398.1050.28CF.575A.A99A

IMPOSTOS		
Base de Cálculo IRPJ	Alíquota	Valor do Imposto
717,14	32,00%	229,48

DATAS DE LEITURA		
Anterior	Atual	Próxima Prevista
13/11/2018	12/12/2018	12/01/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Ind.	Const. Pot.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
67982	67094	7,88	794	0,49	7,39	8,39938	717,14
12/12/2018	11/11/2018		28.3148				717,14

DADOS DO FATURAMENTO

Valor do Consumo do Mes 717,14
Contribuição Iluminação Pública-Prefeitura 31,86

Cargos desta fatura R\$ 35,23 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:08,05% e COFINS:03,81%
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 80.040.681-11 | CNPJ: 33.082.071/0001-68 | INSC. ESTADUAL: 80.040.681

19/12/2018 749,00
CPF: 906894057-77

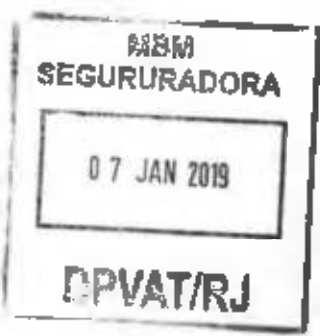
DIVISÃO DE CONSUMO DO MÊS		ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)												
Energia	219,52	149	173	165	166	139	441	603	644	615	910	757	589	701
Transmissão	147,95													
Enel	55,63													
Encargos Setoriais	262,75													
Tributos	717,14													
TOTAL														

144 DEBITO AUTOMÁTICO INK

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEGURO DO DIGITO VERIFICADOR."

Bandeira usada em dez-18, não aparece no valor da energia a ser cobrado para o consumidor. Informações: www.enel.com.br

3889949-3 Dez/2018



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/ri/ri/lotecaweb/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e restituição.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ROSANGELA F.F. SCHUELER VIEIRA inscrito(a) no CPF sob o Nº 996894057 782 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LAZARO PEREIRA DE MENEZES inscrito (a) no CPF sob o Nº 000489115/50 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima LAZARO PEREIRA DE MENEZES inscrito (a) no CPF sob o Nº 000489115/50 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>AV. ALMIRANTE BENJAMIN SOARES</u>		Número <u>150</u>	Complemento <u>802</u>
Bairro <u>BOA VIAGEM</u>	Cidade <u>NITERÓI</u>	Estado <u>RJ</u>	CEP <u>24240390</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD)

NITERÓI de _____ de _____
Local e Data

Rschueler
Assinatura do Declarante



CHECKLIST ORTOPÉDICO ADMISIONAL

NOME Lozano Pereira de Meneses
 LEITO: _____ MATRÍCULA: _____
 HAS (DM) | NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA ()

IDADE: 45 SEXO: M () F ()
 CONVÊNIO: SUS () IPES () PLANO ()

DATA FRATURA: 06/07/2018

DATA INTERNAMENTO: 08/07/2018

EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO () COLHIDOS: SIM () NÃO () IMPRESSOS: SIM () NÃO ()
 RX: () PELÍCULAS DE BOA QUALIDADE () SEM QUALIDADE ()
 ECG: SIM () NÃO () ECO: SIM () NÃO () PEDIDO: SIM () NÃO ()
 REALIZADO: SIM () NÃO () REALIZADO: SIM () NÃO ()
 TOMOGRAFIA: SIM () NÃO () PEDIDA: SIM () NÃO () REALIZADO: SIM () NÃO ()

CIRURGIA

FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

CHECKLIST ORTOPÉDICO DA ENFERMARIA

NOME: _____ IDADE _____ SEXO: M _____
 MATRÍCULA: _____ HAS () DM () NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA ()
 LEITO: _____ CONVÊNIO: SUS () IPES () PLANO ()
 DATA FRATURA: ____/____/____ DATA INTERNAMENTO: ____/____/____

EXAMES LABORATORIAIS: OK () ALTERADO ()
 RX: () PELÍCULAS DE BOA QUALIDADE () SEM QUALIDADE ()
 ECO: SIM () NÃO () FEITO: NÃO SE APLICA ()
 RISCO CIRÚRGICO: SIM () NÃO () SOLICITADO: SIM () NÃO () FEITO
 TOMOGRAFIA: SIM () NÃO () FEITO: () NÃO SE APLICA
 VAGA DE UTI: SIM () NÃO () SOLICITADA: SIM () NÃO () TEM VAGA
 DATA DA CIRURGIA ____/____/____ ORTOPEDISTA: _____

CIRURGIA

FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

CHECKLIST ORTOPÉDICO DO CENTRO CIRÚRGICO

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



HOSPITAL
CIRURGIA

laudo OK

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA-HOSPITAL DE CIRURGIA
Av. Desembargador Maynard, 174 Bairro Cirurgia Fone: 2106-7312
CEP 49.055-210 ARACAJU - SE CNPJ - 13.016.332/0001-05

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR

ATENDIMENTO

Data	Hora	Unidade / Leito	Tipo
08.07.18	16:00	Onco II B2	Urgência
Profissional			Convênio
Auciano Passos			Sus

PACIENTE

Matricula	Nome	Estado Civil	
	Wazaro Pereira de Menezes		
Endereço	Bairro	CEP	
Bairro São Francisco 998		49240-000	
Cidade	UF	Telefone	CID
Aracaju	SE	9997103 31	5822
			CPF
			000-489.1153
Data Nasc	Idade	Sexo	Profissão
28.07.73		<input checked="" type="checkbox"/> Masc. () Fem.	
			Cor
			R.G.
			3.035.481
Nome do Pai	Nome da mãe		
Paulo Pereira de Menezes	Larissa José de Menezes		

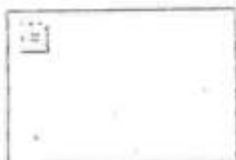
RESPONSÁVEL

Nome	Endereço		
Damires Menezes Sobrinha			
Bairro	CEP	Cidade	UF
			Telefone

DADOS COMPLEMENTARES

CID	PROCEDIMENTO	ORIGEM	CARTÃO DO SUS
5822	04.08.050.500		4005013.660892
Alteração			A.I.H.
Unidade	Leito	Paciente EM Minhado	
		SEGURURADORA	

07 JAN-2019
DPVAT/RJ



Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia

Data: 09/07
Hora: 13:48

Laboratório

B2

Atendimento 1041851
Nome LAZARO PEREIRA DE MENEZES
Tp. Atend Urgência
Endereço SAO FRANCISCO N.298
Cidade
Sexo: Masculino

Data 08/07/2018 16:00
Convênio Sus
Med. Sol:
Bairro:
Telefone: 999710331/999578298
Idade: 44 anos

HEMOGRAMA COMPLETO

Data Coleta: 09/07/2018 13:43

Material: Sangue Total
Método: Automático

ERITROGRAMA

A) Eritrócitos 3,86 milh./mm³
B) Hemoglobina 12,1 g/dl
C) Hematócritos 35,6 %

Referência

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 92,23 fl
B) H.C.M 31,35 pg
C) C.H.C.M 33,99 q/dl
D) R.D.W 10,9 %

82 - 95
26 - 34
30 - 35
10 - 15

LEUCOGRAMA

A) Leucócitos (global) 6.200 mm³
B) Contagem diferencial %
 Segmentados 51.9% 3217.8
 Eosinófilos 03.9% 241.8
 Basófilos 00.4% 24.6
 Linfócitos 34.9% 2163.8
 Monócitos 06.9% 351.6

5.000 a 10.000/mm³
40 a 70 1.600 a 7.300
01 a 04 50 a 400
00 a 02 00 a 200
20 a 50 1000 a 5000
03 a 10 150 a 1000

PLAQUETAS

Valor Encontrado 138.000 /mm³ 150.000 a 400.000/mm³

Mônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo
Biomedica
CRM 1396

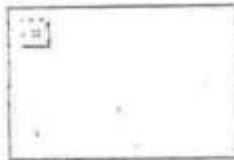
Ailene Karla Costa Lial
Biomedica
CRM 3637

Anne Regina P.C. Carralho
Biomedica
CRM 0776

Fernanda S. Almeida
Biomedica
CRM 2860

Camilla Figueiredo Oliveira
Biomedica
CRM 4928

Jaqueline Licia dos Santos
Biomedica
CRM 2875



Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia

Data: 09/07/2018
Hora: 15:45

Laboratório

Atendimento 1041851
Nome LAZARO PEREIRA DE MENEZES
Tp. Atend Urgência
Endereço SAO FRANCISCO N.298
Cidade
Sexo: Masculino

Data 08/07/2018 16:00
Convênio Sus
Med. Sol:
Bairro:
Telefone: 999710991/999578298
Idade: 44 anos

CREATININA

Data Coleta: 09/07/2018 15:45

Material: Soro
Método: Creatinina

RESULTADO : 0,91 mg/dl

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

GLICEMIA

Data Coleta: 09/07/2018 15:45

Material: Sangue Capilar
Método: Glucose Oxidase

Resultado : 101 mg/dl

Referência
60 a 99 mg/dl.

UREIA

Data Coleta: 09/07/2018 15:45

Material: Soro
Método: Espectroscopia Colorimétrica

RESULTADO : 27 mg/dl

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

Mônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo
Biomedica
CRM 1395

Ailene Karis Costa Lial
Biomedica
CRM 3697

Anne Regina P. C. Carvalho
Biomedica
CRM 0776

Fernanda S. Almeida
Biomedica
CRM 2860

Camilla Figueiredo Chianca
Biomedica
CRM 4928

Jaqueline Licia dos Santos
Biomedica
CRM 2875

nto dos Resultados de Exame

Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia

Data: 08/07,
Hora: 18:45

Laboratório

Atendimento 1041851
Nome LAZARO FERREIRA DE MENEZES
To. Atend Urgência
Endereço SAO FRANCISCO N.298
Cidade
Sexo: Masculino

Data 08/07/2018 18:00
Convênio Sus
Med.Sol:
Bairro:
Telefone: 999710031/999578298
Idade: 44 anos

TEMPO DE PROTOMBINA

Data Coleta: 08/07/2018 18:45

Idade: 44 anos
Sexo: Masculino

		Referência
TEMPO DE PROTOMBINA	13,3	10,0 a 14,0
PROTOMBINA (ATIVIDADE)	93,9	70 a 100%
INR	1,06	0,81 a 1,13

VALORES DE INR RECOMENDADOS PARA O CONTROLE DA TERAPIA ANTICOAGULANTE ORAL:

INDICAÇÃO	INR
Profilaxia de Trombose venosa em pacientes cirurgicos 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 1985

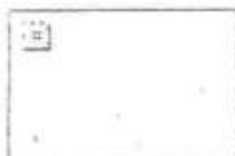
Alinne Karla Costa Lial
Biomédica
CRBM 3637

Anne Regina P.C. Carvalho
Biomédica
CRBM 0776

Fernando S. Almeida
Biomédica
CRBM 2850

Camilla Figueiredo Chianca
Biomédica
CRBM 4928

Jaqueline Licia dos Santos
Biomédica
CRBM 2875



Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia

Data: 06/07/2018
Hora: 16:45

Laboratório

Atendimento 1041851
 Nome LAZARO PEREIRA DE MENEZES
 Tp. Atend Urologia
 Endereço SAO FRANCISCO N.298
 Cidade
 Sexo: Masculino

Data 06/07/2018 16:00
 Convenio Sus
 Med. Sol:
 Bairro:
 Telefone: 999710301/999578298
 Idade: 44 anos

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTPA)

Data Coleta: 06/07/2018 16:45

Método: Visual - Colorimétrico
Método: Coagulômetro

Tempo de Tromboplastina (TTPA)

37,9 Segundos

Referência

30 a 40 seg.

Mônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo
 Biomedica
 CRBM 1986

Alinne Karla Costa Liel
 Biomedica
 CRBM 3697

Anne Regina P. C. Carvalho
 Biomedica
 CRBM 0776

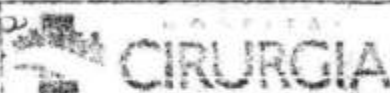
Fernanda S. Almeida
 Biomedica
 CRBM 2860

Camilla Figueiredo Chianca
 Biomedica
 CRBM 4328

Jaqueline Licia dos Santos
 Biomedica
 CRBM 2875

Nº: Jaguar Pereira de Menezes

Métrica: 104,850
Leito:



FICHA DE EVOLUÇÃO
FISIOTERAPIA

Objetos:	Objetos:										
Admissão:	Admissão:										
DATA: <u>11/06/18</u>	DATA:										
FC:	FR:	PA:	T:	M () T () N ()	DATA:	FC:	FR:	PA:	T:		
AP:	GCS:	RASS:	IMS:	MRC:	NC:	AP:	GCS:	RASS:	IMS:	MRC:	NC:
VA:	Sedação:	DVA:	SpO ₂ :	VA:	Sedação:	DVA:	SpO ₂ :				
Ventilação Mecânica:	Modo:	PC:	TI:	VC:	Fluxo:	Ventilação Mecânica:	Modo:	PC:	TI:	VC:	Fluxo:
PEEP:	PS:	I:E:	FR:	Sens:	PEEP:	PS:	I:E:	FR:	Sens:		
Monit. Vent. Cest:	Cdin:	Res:	IRRS:	PaO ₂ /FIO ₂ :	Monit. Vent. Cest:	Cdin:	Res:	IRRS:	PaO ₂ /FIO ₂ :		

PROTÓCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOZE: () NÍVEL 1 / () NÍVEL 2 / () NÍVEL 3 / () NÍVEL 4
 Reavaliação: Paciente no leito, acordado, cooperativo
2el no

CONDIÇÃO: () FISIOTERAPIA MOTORA () FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA

DESAFIO: () S / () D / () P - Horas: () 2 / () 4 / () 6 - FALHOU PRO?	DESAFIO: () S / () D / () P - Horas: () 2 / () 4 / () 6 - FALHOU PRO?
() THB () EENM () MRA () TRE VNI (tipo): Tempo: () TE P () Ex. Resp () Transporte () TMR () Monit () Intub Outras: () RPPi () Posic () Cuff / () MAN () RCP () Extub	() THB () EENM () MRA () TRE VNI (tipo): Tempo: () TE P () Ex. Resp () Transporte () TMR () Monit () Intub Outras: () RPPi () Posic () Cuff / () MAN () RCP () Extub
Motora: () Passiva () Ativo-assistida () Ativo () Resistido	Motora: () Passiva () Ativo-assistida () Ativo () Resistido
() SL () Sc/MMII pend () SP () ORT () S/L () ME () DEA	() SL () Sc/MMII pend () SP () ORT () S/L () ME () DEA
Secreção: () P () M () G / () F () E () MU () S () MS () MP () Am () Esv () Ros	Secreção: () P () M () G / () F () E () MU () S () MS () MP () Am () Esv () Ros

OBS: Somente
Estável
Enferm. P. Fos
Fisioterapeuta/CREFITO

EXAME	HORA	RESULTADOS				
GASO:		pH:	PaO ₂ :	PCO ₂ :	HCO ₃ :	BE:
GASO:		pH:	PaO ₂ :	PCO ₂ :	HCO ₃ :	BE:
RAIO X:		OUTROS:				

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

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

CIRURGIA

HOSPITAL DE CLÍNICAS
"DR. AUGUSTO LEITE"

Data: 03/01/18
Paciente: Lazaro Pereira de Menezes
Internação: 030718
Convênio: [blank]
Matrícula: [blank]
Unidade: [blank]
Leito: 33

Item

PRESCRIÇÃO MÉDICA

oral p/ HIAS

Distribuição de Horário
1º Turno: 7 às 13h - Ass.
2º Turno: 13 às 19h - Ass.
3º Turno: 19 às 7h - Ass.

Dieta: SND
Gelco hidrolizado
Omeprazol 20mg O1 CP VO às 6h;
~~Cetastina 1g EV de 6h,~~
Dipirona 2:8ml AD EV 6/6h SOS
Pizosil 2:8ml AD EV 6/8h SOS
Captopril 25mg VO se PA > 160x100mmHg SOS
Profenid 100mg + 100ml SF EV 12/12h SOS
Tramal 100mg + 100ml AD EV 6/6h SOS
Clexane 40mg 1x/dia SC;
Glicemia capilar de 6/6h;
Glicose 25% - 04 amp. IV se glicemia < 70mg/dl
Insulina Regular, SC, conforme esquema:
180=0U 181-250=02U 251-300=04U
350=06U 351-400=08U > 401=10U
Sinais vitais e cuidados gerais de 6/6h

SND
SOS
SOS
SOS
SOS
10
12
88
178
80
14
06
06
06

DPVAT/RJ
07 JAN 2019
MIBM
SEGURADORA

Direção S. Dornemann
M.D.T.C.S.
CRM/SE 5461

Josilene da Freitas Oliveira
Técnica de Enfermagem
COREN/SE 1040158

[Signature]

PRESCRIÇÃO MÉDICA		Distribuição de horário					
		1º Turno		2º turno		3º turno	
		07 às 13h	Ass.	13 às 19h	Ass.	19 às 07h	Ass.
1	DIETA BRANDA						
2	JELCO HIDROLIZADO						
3	DIPIRONA 02:18ML AD IV 06/06HS	18		(18)		18	
4	TRAMAL 50+SF100MG IV 08/08HS SOS	SOS					
5	PLASIL 02:18 ML AD IV 8/8H SOS	SOS					
6	PROFENID100MG+SF150ML IV 12/12HS	18					
7	FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA						
8	CURATIVO DIARIO 1XDIA						
9	SINAIS VITAIS E CCGG 06/06HS	18		(18)		18	
10							
11	HEPARINA 5000 UI SC 12/12h	(10)				(10)	
12	OPTOPAN 100mg VO 8/8h						
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							

Mariana

Dr. Cícero Santos
ORTOPEDIA
CRM-SE 26336

DPVATRI
07 JAN 2019
SEGUROPADORA
NBM

CR
Luis Henrique
CRM-SE 2235

CIRURGIA

HOSPITAL DE CLÍNICAS
"DR. AUGUSTO LEITE"

Data: 30/07/18 Convênio: SUS

Matrícula: 1041852

Paciente: Lazaro Pereira de Menezes

Idade: 44 anos

Internado em: / / Unidade:

Leito: B2

PRESCRIÇÃO MÉDICA		Distribuição de horário						Requisição de Enfermagem	
		1º Turno		2º Turno		3º Turno			
Item		07 às 13h	Ass.	13 às 19h	Ass.	19 às 07h	Ass.	Quant.	Discriminação
1	Dieta Branda Livre SF 0,9% ----- 1000 ml Uso: IV, 28 gts/min			500	16	500			
2	SG 5% ----- 1000 ml Uso: IV, 28 gts/min	500				500			
3	Cefalotina 2g ----- amp Uso: IV, 6/6h, diluída	12		16	16	24	08		
4	Dipirona 2g ----- amp Uso: IV, em cada soro								
5	Diazepan 10 mg ---- amp Uso: VO, às 20:00 h					20			
6	Tramal 100 mg ---- amp Uso: IV, 8/8h, diluído p/ 250 ml SF 30gts/min	8		16	16	24			
7	Clexane 40mg ----- amp Uso: SC/dia	10							
8	Ranitidina ----- amp Uso: IV, 12/12 h			16	16	06			Enf. Fernanda Scarlett COREN-36443.065
9	Plasil ----- amp + 18 AD Uso: EV, 8/8 h, SOS	SOS							
10	Cetoprofeno 100 mg -- amp Uso: IV, 12/12h, diluído p/ 250 ml, SF 30 gts/min	10				22			
11	Rx de controle								
12	Cuidados Gerais Sonda de alívio, SOS								

Augusto Leite
Téc. em Enfermagem
COREN-SE 35351

Dr. Gilson Telxira
Ortopedia/Traumatologia
CRM-SE 4093

Margely Reis da Silva
COREN/SP 379.405 - ENF

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

11/07/18 D1X1

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

UNIDADE:

0105 II

CRUZADA

PACIENTE: Luiz Roberto Pereira de Menezes MATRÍCULA: _____
 IDADE: _____ SERVIÇO: _____ APTO: _____ QUARTO: _____ ENFERM: _____ LEITO: _____ CONVÊNIO: _____

DATA E HORA	EVOLUÇÃO
08/07	<p># 2 mal diagnosticada lesão de perna e # HAS aguda. Causa de desconforto por 18 meses na coxa com dor deformante e limit de movimento em perna e. O dx: BEO/KATE/AAA em uso de talo gesso mal em MIE, distúrbios neur, perf adequada, TEC ≤ 25 co. no hosp.</p>
	<p><i>Dr. Carlos S. Donnenberg</i> MÉDICO CRM/RJ 5461</p>
	<p><i>Dr. Carlos S. Donnenberg</i> CA FISILOGIA CRM/RJ 2035</p>
	<p>ANOT OSSO PERNA E HAS Plano clin e f evolu sem intencional nec ai to crônicas</p>
	<p>MBM SEGURADORA 07 JAN 2019 DPVAT/RJ</p>


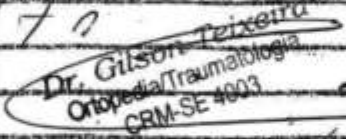
CRUICIA

HOSPITAL DE CLINICAS "DR. AUGUSTO LEITE"

UNIDADE:

EVOLUÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

PACIENTE: Lazara Pereira de Menezes					MATRÍCULA: 1093852	
IDADE: 44 anos	SERVIÇO:	APTO:	QUARTO:	ENFERM.:	LEITO:	CONVÊNIO: SUS

DATA E HORA	EVOLUÇÃO
10/7/18	Paciente portador de fratura dos ossos da perna esquerda submetido à redução cirúrgica com fixação da tala.
	
	10/7/18 02 Gerson
11/07/18	DLT
	

NOME: Luciano Passos
 IDADE: _____ LEITO: 1302 REGISTRO: _____ UNIDADE: Ortopedia 02

DATA: 07:00 às 13:00 h	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 checked="" 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 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"/> 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"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

Assinatura e identificação

8170718

DATA: 13:00 às 19:00 h	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
	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 checked="" type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

15:45 Pt admitido neste setor proveniente do leito, acompanhado de familiar, e em sala com funcionário.

18:00 Pt aceitou dieta

18:30 Pt segue as atividades da enfermagem

Assinatura e identificação

NUM: Cozaro Pereira de Almeida
 IDADE: LEITO: B2 REGISTRO: UNIDADE: Ortopedia

DATA: 07/01/2018 07:00 às 13:00 h

1-BIOTIPO: Caquético Eutrófico Obeso 2-COMPANHIA: Desacompanhado Familiar Profissional 3-LOCOMOÇÃO: Deambula Deambula com auxílio Acamado Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: Alerta Verbal Doloroso 5-ORIENTAÇÃO: Orientado Desorientado Confuso Inacessível 6-LESÃO POR PRESSÃO: Sim Não

7-NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral Zero 8-INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anoréxico

9-EVACUAÇÃO: Sólida Pastosa Líquida Zero Alterações nas fezes:

10-DIURESE: Ausente: horas Presente: vezes Alterações na urina: Dor Ardor Dificuldade

07 Paciente encontra-se no leito, em uso de gases líquidos e MSE
 07:00 aferido SSV.
 10:00 aferido almoço, não administrado clonazepam 0,5 mg SC porque estamos aguardando.
 12:00 aferido diurese 169 mg/l.



Assinatura e identificação
 Dayane Santos Bezerra
 Téc. de Enfermagem

DATA: 09/01/2018 13:00 às 19:00 h

1-BIOTIPO: Caquético Eutrófico Obeso 2-COMPANHIA: Desacompanhado Familiar Profissional 3-LOCOMOÇÃO: Deambula Deambula com auxílio Acamado Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: Alerta Verbal Doloroso 5-ORIENTAÇÃO: Orientado Desorientado Confuso Inacessível 6-LESÃO POR PRESSÃO: Sim Não

7-NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral Zero 8-INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anoréxico

9-EVACUAÇÃO: Sólida Pastosa Líquida Zero Alterações nas fezes:

10-DIURESE: Ausente: horas Presente: vezes Alterações na urina: Dor Ardor Dificuldade

13h acordada calma no leito em uso de AUP+ gases líquidos sem queixas.
 14h Aferido SSV
 15h Adm. Trazal de SSV, oxiteno e benzil
 18h bord calma, oxiteno e fentanil aferido

Assinatura e identificação
 Corenise 364517

NOME: Langaro Pereira de Menezes
 IDADE: 49 LEITO: B2 REGISTRO: _____ UNIDADE: Ortopedia IV

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 type="checkbox"/> Não	
DATA: 07:00 às 13:00 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"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade Alterações na urina:		

Assinatura e identificação

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 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 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	
ATA: 10/02/2018 13:00 às 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 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"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade Alterações na urina:		

19:40h paciente retorna do CC em maca calma, consciente orientado, realizando nariz x de p₂ sem queixas no momento
 16h Adm Normal de pressão
 18h Adm Antak, Kefem, acetem, silita

Assinatura e identificação
 COREN/SE 364512

Lozaro Henrique de Almeida

IDADE: 44 LEITO: B2 REGISTRO: J04J852 UNIDADE: Ortopedia 4

DATA: 11/07/2018

07:00 às 13:00 h

1-BIOTIPO: Caquético Eutrófico Obeso 2-COMPANHIA: Desacompanhado Familiar Profissional 3-LOCOMOÇÃO: Deambula Deambula com auxílio Acamado Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: Alerta Verbal Doloroso 5-ORIENTAÇÃO: Orientado Desorientado Confuso Inacessível 6- LESÃO POR PRESSÃO: Sim Não

7-NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral Zero vezes 8-INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anoréxico

9-EVACUAÇÃO: Sólida Pastosa Líquida Zero vezes Alterações nas fezes:

10-DIURESE: Ausente: _____ horas Presente: _____ vezes Dor Ardor Dificuldade Alterações na urina:

7:00 Paciente encontra-se no leito, em uso de oxigenoterapia e
 8:00 aferido SSV, instilado 10mg IV.
 10:00 Operado almoço.
 12:00 Paciente saiu de alta hospitalar.



Assinatura: Stéfano Bazzerra
 Tcc. Enfermagem
 ANEPN - CF. 564.103

DATA: 13:00 às 19:00 h

1-BIOTIPO: Caquético Eutrófico Obeso 2-COMPANHIA: Desacompanhado Familiar Profissional 3-LOCOMOÇÃO: Deambula Deambula com auxílio Acamado Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: Alerta Verbal Doloroso 5-ORIENTAÇÃO: Orientado Desorientado Confuso Inacessível 6- LESÃO POR PRESSÃO: Sim Não

7-NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral Zero vezes 8-INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anoréxico

9-EVACUAÇÃO: Sólida Pastosa Líquida Zero vezes Alterações nas fezes:

10-DIURESE: Ausente: _____ horas Presente: _____ vezes Dor Ardor Dificuldade Alterações na urina:

Blank space for nursing notes.

Assinatura e identificação

Rx / Outop

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO PR: 1750578 DATA: 06/07/2018 HORA: 20:28 USUARIO: ELMENEZES
CNS: SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : LAZARO PEREIRA DE MENEZES DOC...:
IDADE.....: 44 ANOS NASC: 28/07/1973 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: POVOADO JIBOIA NUMERO: 300
COMPLEMENTO...: 700501366089251 BAIRRO: SAO FRANCISCO
MUNICIPIO.....: CRISTINAPOLIS UF: SE CEP...: 49270-000
NOME PAI/MAE...: PAULO PEREIRA DE MENEZES /MARIA JOSE DE MENEZES
RESPONSAVEL...: BERENICE-IRMA TEL...: 79-99971-7
PROCEDENCIA...: CRISTINAPOLIS 331
ATENDIMENTO...: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO
CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

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

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

Pe. com acidente automobilístico
tese fechado/tranco para eq. Sem outras
lesões. Exame radiológico. ACPD = 0 = adeno.
ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM: de pendente para eq. Sp. a partir
sinal, tóxico, abdominal e UNSS = sem febre

DIAGNOSTICO: Trauma para eq. CID: S81

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

- 1) Anal. ortopedica
- 2) Anal. Rocio Uq
para eq 02p
- 3) Anal. ortopedica

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL
D. L. S. Faust

Assinatura e Carimbo do Médico
EXAME DE RADIOLOGIA - RUISE
REALIZADO EM 06/07/18
AS 21:17
HORAS
ANATOMIA PATOLÓGICA
SEGURURADORA
07 JAN 2019
DPVAT/RJ

HOSPITAL DE URGENCIA DE SERGIPE

EQUIPAMENTO 1

Pág Diagrama

ID Amost No ID

Nome Pac LAZARO PEREIRA DE MENEZES

ID Pac V. TRAUMA

Dr.

Anotação

Tipo Am Patient

DN 28/7/1973

Sex Ignorado

SEQ# 5483 IDOP Ad

Corrida 7/7/2018 1:55

Test CBC

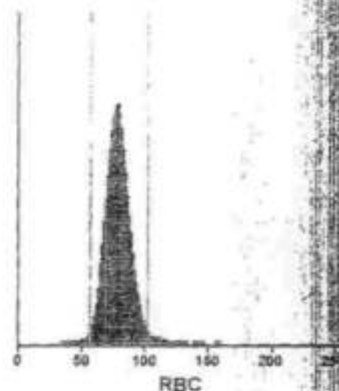
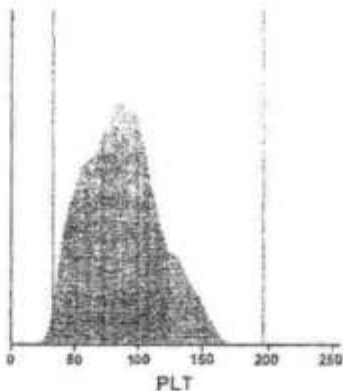
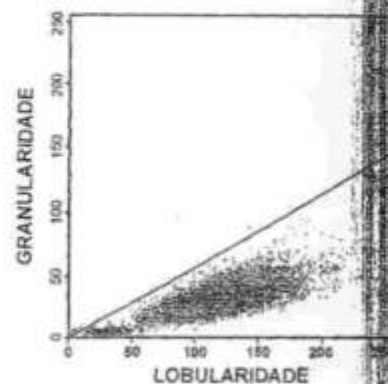
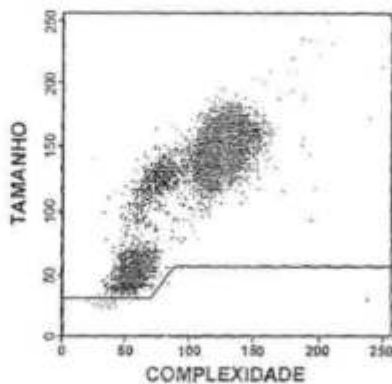
Modo Aberto Param

Limites Padrão (1)

WBC 14.4 10e3/uL
 NEU 11.3 78.5 %
 LYM 2.05 14.2 %
 MONO .994 6.90 %
 EOS .004 .030 %
 BASO .058 .401 %

RBC 4.88 10e6/uL
 HGB 15.2 g/dL
 HCT 43.7 %
 MCV 89.6 fL
 MCH 31.1 pg
 MCHC 34.7 g/dL
 RDW 11.1 %

PLT 147. 10e3/uL
 MPV 11.3 fL



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

NOTA	DATA

LIM. REF			
WBC	4.00-10.0	RBC	4.30-5.90
NEU	1.00-8.00	HGB	11.5-15.7
LYM	.800-4.00	HCT	40.0-52.0
MONO	.800-1.00	MCV	76.0-96.0
EOS	.400-.600	MCH	27.0-32.0
BASO	0.00-.200	MCHC	31.0-36.0
		RDW	11.0-16.0
		PLT	140.-450.
		MPV	6.90-10.6

INTERPRETAÇÃO

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

ANORMAL. DEF. POR USUÁRIO :
 Leucocitose
 Neutrofilia

PLT Macrofítica

Handwritten signature



ECG de Repouso

Exame: 16690

Reg.Clin.:VERDE TR

Data: 07/07/2018

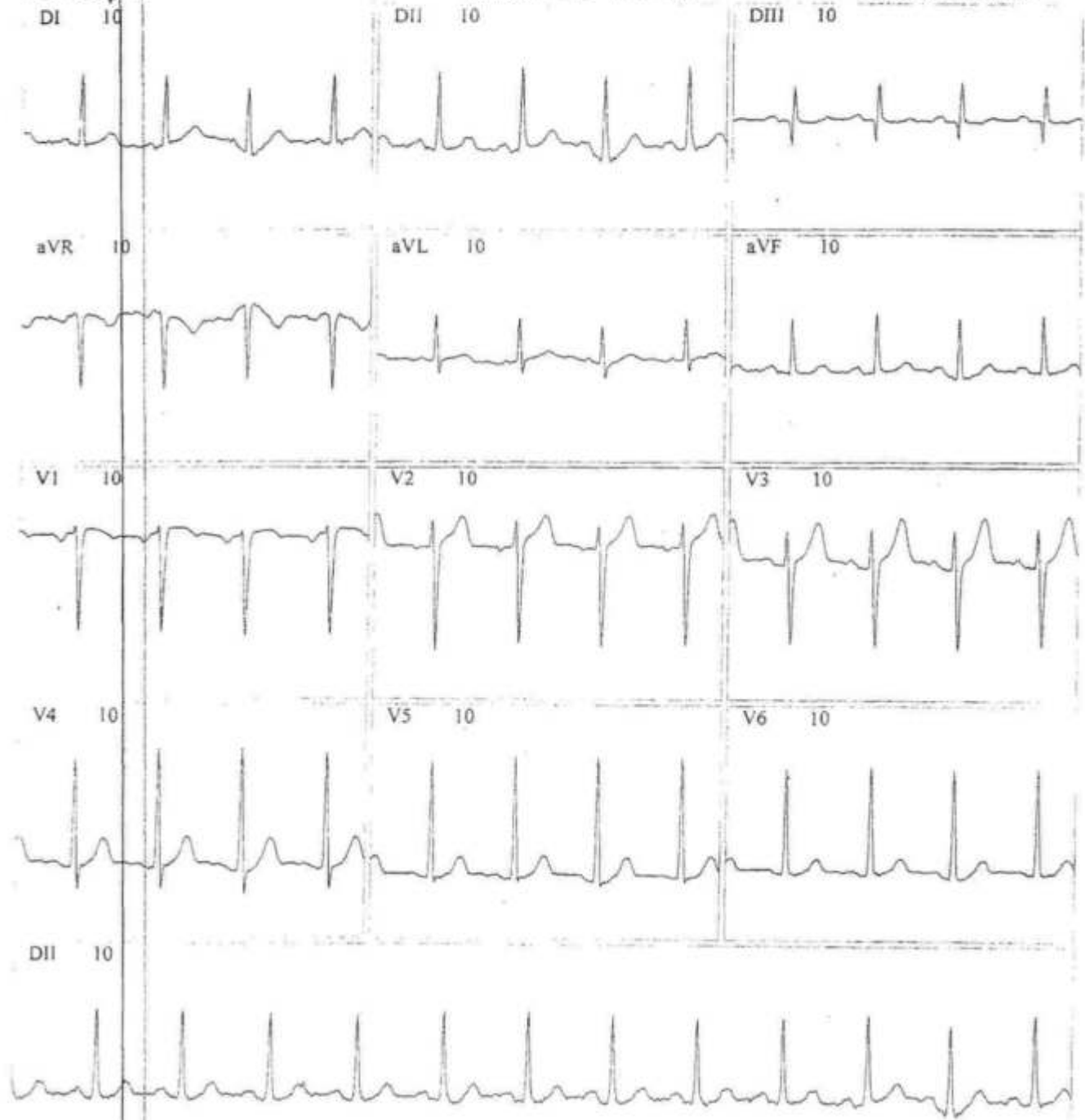
Nome: LAZARO PEREIRA DE MENEZES -HUSE 07.07 2018

Nasc.: 28/07/1973

FC 103 bpm

Filtros: 60Hz Muscular

Vel.: 25,mm/s



PRÉ OPERATÓRIO.



HUSE
ELETRCARDIOGRAMA
EXAMES(S) REALIZADO(S)
 DATA: 07/07/18
 HORÁRIO: 09:13
 TÉCNICO: [Signature]



PRONTO SOCORRO ADULTO	PRESCRIÇÃO MÉDICA
HUSE	

Nome: Carlos Pereira de Menezes Idade: 44 Data: 06/07/18

DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
<u>06/07/18 @</u>	<u>Dite livre.</u>	<u>SND</u>
<u>(2)</u>	<u>365% 1500 L, (EV), - 24L. 500</u>	<u>500 500</u>
<u>(3)</u>	<u>Ticod 100 g, + SF09% 100 L, EV, 8/8L - 505.</u>	
<u>(4)</u>	<u>Propinal 100 g + SF09% 100 L, EV, 12/12L - 02</u>	<u>02/07</u>
<u>(5)</u>	<u>Dipirona 2ml + 18 LAD, (EV) 2x</u>	
<u>(6)</u>	<u>Ticod 100 g + AD, EV, 8/8L - 505-50</u>	
<u>(7)</u>	<u>CC 66 + SSV.</u>	
<u>(8)</u>	<u>Clonazepam 0.5mg, SC, 1x/dia</u>	<u>07/07</u>
<u>(9)</u>	<u>Exames pré-operatórios</u>	

[Signature]
Dr. Washington Batista
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM - 4200

MMM
SEGURADORA
 07 JAN 2019
DPVAT/RJ



GOVERNO DE
SERGIPE
1961 27713 1 3 11 11 11

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE – HUSE
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA 08/07/18

NOME: LAZARO PEREIRA DE MENEZES

ALA: VERDE TRAUMA 1 LEITO: CORREDOR GÊNERO: MASCULINO IDADE: 44

DIAGNÓSTICOS: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQ.

EVOLUÇÃO MÉDICA: _____

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta VO, LIVRE	
2	SG5% 1500ML EV P/ 24HS	
3	Keflin 1g, IV, 6h/6h OU Kefazol 1g, IV, 8h/8h SUSP	
4	Ranitidina, 02 mL + 18 mL AD, IV, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, IV, às 6:00	
5	Dipirona, 02 mL + 08 mL AD, IV, 6h/6h	
6	Profenid, 01 ampola IV + 100mL SF0,9%, 12h/12h	
7	Tramal 100mg + 250 ml SF0,9, IV, 8/8h SOS	
8	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia	
9	Bromoprida, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos	
10	Glicemia capilar, 6h/6h, se diabético	
11	Insulina regular, conforme glicemia:	
12	<200 = 0 251 – 300 = 4U 351 – 400 = 8U	
13	201 – 250 = 2U 301 – 350 = 6U > 400 = 10U	
14	Glicose 25%, 40ml, IV, se glicemia < 70	
15	Captopril 25mg, VO, se PAS > 180mmHg ou PAD > 110mmHg SOS	
16	CCGG + SSVV 6h/6h	
17	Gentamicina 240mg, EV, 1x/dia SUSP	
18	CURATIVO DIARIO 1X/DIA	
19	<i>Transfêrencia para Hospital Corunga</i>	
20		
21	<i>Dr. Wagner José Aguiar de Santo</i>	
22	<i>MÉDICO</i>	
23	<i>CRM-SE 2377</i>	
24		
25		

06/07/18 # Otorrinolaringologia # (21:52L)

Paciente estirpe cirúrgica, alcoolizado no momento.
liberado pela cirurgia geral, apresenta-se com
fratura fechada de osso da face superior,
em manobra de teste.

- Id: (1) Internamento hospitalar
(2) Reforço de gesso, agulha X
(3) Exame pré-operatório
(4) Tala cirúrgica

Dr. Washington Batista
Otorrinolaringologista
CRM - 4295

HOSPITAL DE URGENCIA DE SERGIPE

EQUIPAMENTO 1

Pág Diagrama

ID Amost No ID
 Nome Pac LAZARO PEREIRA DE MENEZES
 ID Pac V. TRAUMA
 Dr.
 Anotação

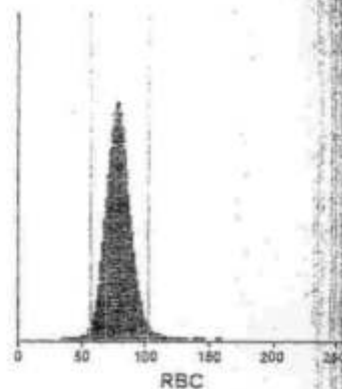
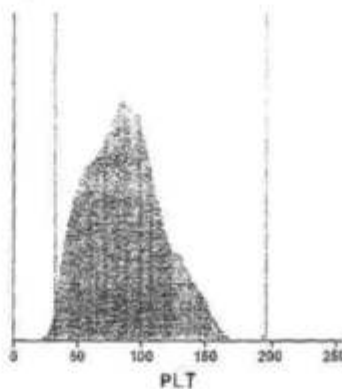
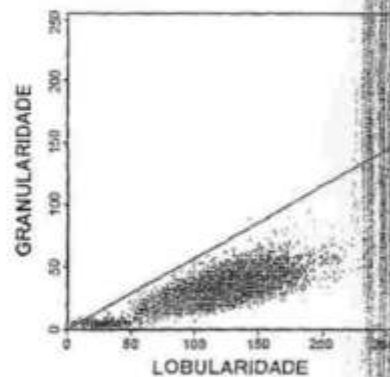
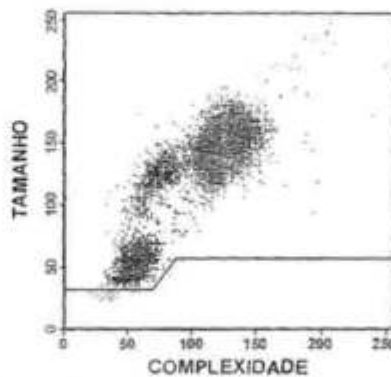
Tipo Am Patient
 DN 28/7/1973 Sex Ignorado
 DT/HR Coleta
 Obs 1
 Obs 2

SEQ# 5483 IDOP AC
 Corrida 7/7/2018 1:55
 Test CBC
 Modo Aberto Param
 Limites Padrão (1)

WBC 14.4 10e3/uL
 NEU 11.3 78.5 %
 LYM 2.05 14.2 %
 MONO .994 6.90 %
 EOS .004 .030 %
 BASO .058 .401 %

 RBC 4.88 10e6/uL
 HGB 15.2 g/dL
 HCT 43.7 %
 MCV 89.6 fL
 MCH 31.1 pg
 MCHC 34.7 g/dL
 RDW 11.1 %

 PLT 147 10e3/uL
 MPV 11.3 fL



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

INTERPRETAÇÃO
 LEUC ----- HEM ----- PLT
 ANORMAL. DEF. POR USUÁRIO :
 Leucocitose
 Neutrofilia
 PLT Macroctica

LIM. REF			
WBC	4.00-10.0	RBC	4.30-5.90
NEU	1.60-8.00	HGB	11.5-15.7
LYM	.800-4.00	HCT	40.0-52.0
MONO	.800-1.00	MCV	76.0-96.0
EOS	.400-6.00	MCH	27.0-32.0
BASO	0.00-.200	MCHC	31.0-36.0
		RDW	11.0-16.0
		PLT	140.-450.
		MPV	6.90-10.6



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

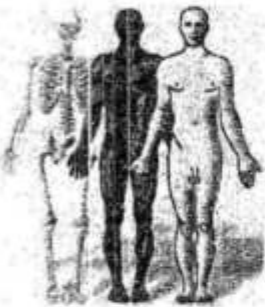
Nome: Lazaro Ferreira de Menezes Procedência: _____ Matrícula: 1041852
 Idade: 44 Sexo: M (F) Data de admissão: 1/1/ Leito: _____

TRANS-OPERATÓRIO (Admissão no Centro Cirúrgico)

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

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Estado clínico do paciente)

HORARIO: _____ : _____ h.



ASSINATURA: _____

INTRA-OPERATÓRIO (Admissão na Sala Operatória - SO)

EQUIPE CIRÚRGICA

- Cirurgião: Dr Roberto
- Instrumentador: André Kleber
- Anestesiologista: Dr Fabricio
- Circulante: Flávia

SERVIÇO DE APOIO

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

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

- Proposto: _____ Realizado: _____
- Horário - Início: _____ : _____ h e Término: _____ : _____ h.
- Monitoração: (ECG (Oximetria (RANI (Pressão invasiva: _____)
- Técnicas Anestésicas: (Geral venosa (Geral intravenosa (Geral combinada (Peridural com cateter Peridural sem cateter (Raqui-anestesia (Bloqueio (Sedação (Local)
- Posição Cirúrgica: (Dorsal (Ventral (Ginecológica (Lateral D (Lateral E (Outras _____)
- Local da placa dispersiva: _____
- Incisão Cirúrgica - local: _____
- Curativo - Tipo e local: _____

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Ocorrências e Intercorrências)

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

Paciente admitido p/ procedimento cirúrgico em sala de SO. Leto aceno deitado, monitorado PA 110x82 mmHg, Pulso 95, ECG 78, segue a cirurgia p/ remoção de cistite. paciente encaminhado p/ sala de SRPA p/ intercorrência.

Flávia Santos Costa
Téc. de Enfermagem
COREN/SE 454854

ASSINATURA: *tec flávia*
Costa
1041852

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

DISPOSITIVOS EM USO

CATETER O2 - ____ L/MIN () MASCARA O2 - FIO2: ____% () VMI/TOT - Modo: ____ e FIO2: ____% () VMI/TQT - Modo: ____ e FIO2: ____% () MARCAPASSO
 CATETER VENOSO PERIFÉRICO ____ () CATETER VENOSO CENTRAL () CATETER PERITONEAL () SONDA VESICAL () SONDA GÁSTRICA/ENTERAL () OSTOMIA
 FRALDA () DRENO SUÇÃO: ____ () DRENO PENROSE: ____ () DRENO TORÁCICO: ____ () DRENO TORÁCICO

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

SINAIS VITAIS

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

HORARIO: 13:00 h. Paciente admitido na SRPA após ato cirúrgico sob efeito anestésico profundo em uso de propofol.

ASSINATURA:

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

HORARIO: 13:00 h. Paciente em alta encaminhada para sala em uso de propofol em uso de propofol.

DESTINO/UNIDADE:

ASSINATURA:

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

HORARIO DE ALTA - SRPA: 14:35 h.

ASSINATURA - ANESTESIOLOGISTA/CRM:

ASSINATURA - ENFERMEIRO (A)/COREN:

LEGENDA:

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

LAUDO MÉDICO SUPLEMENTAR

Nº DO LAUDO DE AIH	SEQUÊNCIA	Nº DO LAUDO DE ALTO CUSTO :	Nº DO CARTÃO SUS : 700.501366089251	Nº DO PRONTUÁRIO 1041852
UNIDADE SOLICITANTE FUNDAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL DE CIRURGIA			CÓDIGO DA UNIDADE 0002283	CGC 13.016.332.0001-06
NOME DO(A) PACIENTE Luisa Helena de Almeida				DATA DO NASCIMENTO 28/07/1973
NOME DA MÃE Maira Jose de Almeida				SEXO: Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>
ENDEREÇO COMPLETO São Francisco N. 298 Centro				MUNICÍPIO EM QUE RESIDE Montesópolis
DATA DE INTERNAÇÃO 08/07/18	HORA DE INTERNAÇÃO 16 Hs. 00 Min.	CARÁTER <input checked="" type="checkbox"/> URG <input type="checkbox"/> ELETIVA	TIPO	NÚMERO DO LEITO 3
		ENFERM.	CPF MÉDICO SOLICITANTE	

TIPO DE SOLICITAÇÃO

<input type="checkbox"/> 1 - PERMANÊNCIA A MAIOR	<input type="checkbox"/> 4 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	<input type="checkbox"/> 7 - DIÁLISE	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
<input type="checkbox"/> 2 - MEDICAMENTOS ESPECIAIS	<input type="checkbox"/> 5 - HEMODINÂMICA	<input type="checkbox"/> 8 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA		
<input type="checkbox"/> 3 - NUTRIÇÃO PARENTERAL	<input type="checkbox"/> 6 - DIÁRIA DE RECÉM NASCIDO			
<input type="checkbox"/> 9 - HEMODERIVADOS	<input type="checkbox"/> 12 - UTI II	PROCEDIMENTO 1	QTDE	PROCEDIMENTO 2
<input type="checkbox"/> 10 - USO DE ÓRTESE/PRÓTESE	<input type="checkbox"/> 13 - UTI III	PROCEDIMENTO 3	QTDE	PROCEDIMENTO 4
<input type="checkbox"/> 11 - CIRURGIA MÚLTIPLA	<input type="checkbox"/> 14 - OUTROS			
<input type="checkbox"/> 15 - DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> 16 - DIÁRIA DE UTI I	QTDE	<input type="checkbox"/> 18 - MUDANÇA DE AIH 1 PARA AIH 5	
<input type="checkbox"/> 17 - MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		<input type="checkbox"/> 19 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5	
<input type="checkbox"/> 21 - NOVA AIH	<input type="checkbox"/> 23 - CUIDADOS PROLONGADOS	<input type="checkbox"/> 25 - REABILITAÇÃO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
<input type="checkbox"/> 22 - PSQUIATRIA	<input type="checkbox"/> 24 - ACOMPANHANTE PÓS-TRANSPLANTE			
MÉDICO SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO)	DIRETOR CLÍNICO DA UNIDADE (ASSINATURA E CARIMBO)		DATA DA SOLICITAÇÃO	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

DADOS DA HISTÓRIA CLÍNICA E DO EXAME FÍSICO
01 Placa A/c estreita 4,5
08 Parafusos corticais 4,5mm

EXAMES COMPLEMENTARES

TRATAMENTO

PROCEDIMENTO AUTORIZADO

DESCRIÇÃO DO NOVO PROCEDIMENTO

AUTORIZADO SIM NÃO

MOTIVO DA REJEIÇÃO

DATA DA AUTORIZAÇÃO

MÉDICO SUPERVISOR (ASSINATURA / CARIMBO)
Dr. Ana Amélia Donatas
CRM 2343
CPF 850.011.136-16

MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA / CARIMBO)

CPF / MÉDICO AUTORIZADOR

MÉDICO COORDENADOR DA AUDITORIA (ASSINATURA / CARIMBO)

08/07/18



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

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Lozane Pereira de Menezes Matrícula: 1041852
Enfermaria: _____ Convênio: SUS
Diagnóstico: Fratura dos ossos da perna esquerda
Procedimento realizado: Redução cirúrgica com fixação de tábua
Data da utilização: 10/07/18

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome: Dr. Roberto Lima
CRM: 1173

IDENTIFICAÇÃO DOS PRODUTOS

Código INSS / SIMPRO	Quantidade Utilizada	Descrição dos produtos
04.08.05.050-0	01 08	Placa AK estriada 45 Parafusos lorticais 4,5mm

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: Ortoplan CNPJ: _____
Carimbo e assinatura: _____

CONTROLE DA FARMÁCIA

Data do recebimento: _____
Farmacêutico: _____

1ª via - Prontuário

2ª via - Fornecedor





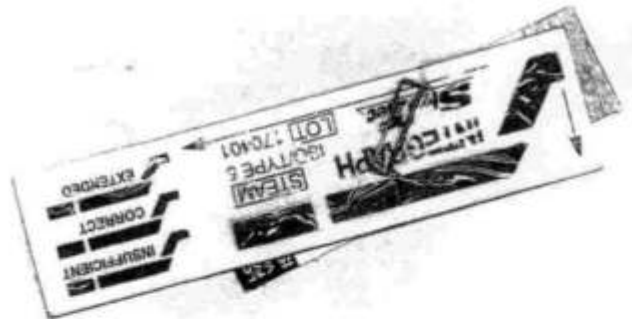
FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL CIRURGIA

RASTREABILIDADE DE INTEGRADORES QUÍMICOS

NOME: Adriano Pereira de Menezes
NUMERO DE INTERNAMENTO: 1041852
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: Fratura de tornozelo
CIRURGIÃO: Dr Roberto P
ENFERMEIRO: Saivaldo P
CIRCULANTE DE SALA: Marcos
ANESTESIOLOGISTA: Dr Fabricio
INSTRUMENTADOR: Andreus
DATA: 10-07-18
SALA CIRÚRGICA: 07

GRAMPEAR INTEGRADORES QUÍMICOS NOS ESPAÇOS ABAIXO

LOTES _____ LOTES _____



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

Obs.: permanecer junto ao prontuario



HOSPITAL



ORTOPLAN SERGIPE LTDA. - EPP

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

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

PACIENTE: João Pereira de Moraes

Nº DAAIH: _____

PRONTUÁRIO Nº 1041852DATA DA CIRURGIA: 10.07.18CONVÊNIO: SUSCIRURGIÃO: Roberto Lima

PROCEDIMENTO: _____

DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS UTILIZADOS

Nº 017150

	MATERIAL	REF.	QUANT.	MATERIAL	REF.	QUANT.
Peq. Fragmentos	Arruela p/ Parafuso 3,5			Haste Bloqueada <input type="checkbox"/> Femur <input type="checkbox"/> Tibia <input type="checkbox"/> Umero		
	Placa em T 3,5			Pararafuso para Haste Bloqueada		
	Placa A/ C Estreita Peq. Fragtos 3,5			Pararafuso Tampão		
	Placa 1/3 Tubular Peq. Fragtos 3,5			Haste <input type="checkbox"/> Ender <input type="checkbox"/> Mini Ten <input type="checkbox"/> Ten		
	Placa em Trevo 3,5			Fixador ()		
Grandes Fragmentos	Placa de Reconstrução 3,5			Fixador Linear (Antebraço)		
	Arruela p/ Parafuso <input type="checkbox"/> 4,5 <input type="checkbox"/> 6,5			Fixador Linear (Úmero)		
	Placa A/ C Estreita 4,5		<u>10x 01</u>	Fixador Linear (Mão e Pé)		
	Placa A/ C Larga 4,5			Fixador Linear (Femur/Tibia)		
	Placa Ponte Larga 4,5			Fixador Linear (Fêmur)		
	Placa Semitubular 4,5			Fixador Linear (Tibia)		
	Placa Reta Maleável 4,5			Fixador Linear TP Preston (Tibia)		
	Placa Supra Condiliar 4,5			Fixador Linear TP Preston (Úmero)		
	Placa em L/ T 4,5 <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda			Fixador Linear TP Preston (Fêmur)		
Fra. Colo	Placa Tipo Puddu <input type="checkbox"/> Fêmur <input type="checkbox"/> Tibia			Fixador Articulado (TP Colles)		
	Placa Tubo Richards <input type="checkbox"/> 95° <input type="checkbox"/> 135°			Fixador Ilizarov		
	Parafuso Deslizante			Lâmina de Cartilagem		
Quadril	Parafuso de Compressão			Lâmina de Osso		
	Prótese Thompson			Equipo p/ Bomba Infusão		
	Parafuso p/ Acetabulo			Equip. Multivias		
	Acetábulo Bipolar			Ponteira de Ráfiofrequência (Ablator)		
	Acetábulo N/ Cimentado			Parafuso Transverso		
	Acetábulo Cimentado			Parafuso de Interferência		
	Inserto do Acetábulo			Agrafe		
	Cabeça Intercambiável			Âncora Femural (Endoboton)		
	Haste			Âncora		
	Centralizador			Cânula		
Joelho	Restritor de Cimento			Fio de Kirschner		
	Componente Femoral			Fio de Steinmann		
	Inserto Tibial			Fio de Cerclagem		
	Base Tibial			Grampo de Blount		
Steri Drape	Componente Patelar			Placa Bloqueada 3,5 ()		
				Placa Bloqueada 4,5 ()		
				Placa Titânio () ()		
				Placa Pedus		
	Cimento Ortopédico					
	Kit Cimentação					

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

PARAFUSO CORTICAL	MM	Nº	QTD	PARAFUSO TITANIO CORTICAL	MM	Nº	QTD
PARAFUSO CORTICAL	3,5MM	Nº	QTD	PARAFUSO TITANIO CORTICAL	MM	Nº	QTD
PARAFUSO ESPONJOSO	4,0MM	Nº	QTD	PARAFUSO TITANIO BLOQUEADO	MM	Nº	QTD
PARAFUSO CORTICAL	4,5MM	Nº	QTD	PARAFUSO TITANIO BLOQUEADO	MM	Nº	QTD
PARAFUSO MALEOLAR	4,5MM	Nº	QTD	PARAFUSO <input type="checkbox"/> AÇO <input type="checkbox"/> TIT CANULADO	3,5	Nº	QTD
PARAFUSO ESPONJ. R/16 CURTA		Nº	QTD	PARAFUSO <input type="checkbox"/> AÇO <input type="checkbox"/> TIT CANULADO	4,5	Nº	QTD
PARAFUSO ESPONJ. R/32 LONGA		Nº	QTD	PARAFUSO <input type="checkbox"/> AÇO <input type="checkbox"/> TIT CANULADO	R/16	Nº	QTD
PARAFUSO TIPO HERBERT		Nº	QTD	PARAFUSO <input type="checkbox"/> AÇO <input type="checkbox"/> TIT CANULADO	R/32	Nº	QTD



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
FICHA DE CONSUMO SALA CIRURGICA

PACIENTE: Laizano Pereira de Mendonça MATRÍCULA: 1041852 CONVÊNIO: Sus
CIRURGIA REALIZADA: Fratura de torçao do ombro direito DATA: 10/07/18 CIRURGIÃO: Dr. Roberto Lip
1º AUXILIAR: no qui 2º AUXILIAR: Dr. Fabricio
ANESTESIA: no qui ANESTESIOLOGISTA: Dr. Fabricio
CIRULANTE: Manoel

MEDICAMENTOS	QNT		
ÁCIDO TRANEXÂMICO (TRANSAMIN) 150MG\3ML		NORADRENALINA 8MG\4ML	
ÁGUA DESTILADA 10ML		OXIDO DE ZINCO + VIT. A e D (HIPOGLÓS) 30G	
AMINOFILINA 24MG\10ML		OMEPRAZOL 40MG\10ML	
ATRACURIO 25MG\5ML		ONDASTERONA 8MG\4ML	
ATROPINA 0.25MG\ML		PANCURONEO 4MG\2ML	
BICARBONATO DE SÓDIO 8.4% 10ML		PENTOXIFILINA 100MG\5ML	
BUPIVACAÍNA (NEOCAINA) C\CASO 1200 .00 20ML		PENINSULINA G POTASSICA 5000.000UI	
BUPIVACAÍNA (NEOCAINA) S\VASO 0.5% 20ML		PROMETAZINA (FENERGAN) 50MG\2ML	
BUPIVACAÍNA (NEOCAINA) PESADA 0.5% 20ML		RANITIDINA (ANTAK) 50MG\2ML	
CAPTOPRIL 25MG COMP.		SUBGALATO DE BISMUTO 30G	
CEFALOTINA (KEFLIN) 1G SOL. INJETÁVEL		SUXAMETONEO 100MG\FRASCO	
CLORPROMAZINA 25MG\5ML		SUXAMETONEO 500MG\FRASCO	
CEFAZOLINA 1G SOL. INJETAVEL		TERBUTALINA (BRICANIL) 0.5MG\1ML	
CEFTRIAXONA 1G SOL. INJETAVEL		VANCOMICINA 50MG\ML	
CETOPROFENO (PROFENID) 100MG PÓ LIOFILO			
CIPROFLOXACINO 200MG\100ML		EQUIPAMENTOS	QNT
CISATRACURIO (NIMBIUM) 10MG\5ML		APARELHO DE AMESTESIA	
CLINDAMICINA (DALACIM) 600MH\4ML		BISTURI ELETRICO / BIPOLAR	
CLONIDINA SOL. INJETAVEL		CAPNÓGRAFO	
CLORETO DE POTÁSSIO 19.1%		DEFRIBILADOR	
CLORETO DE SÓDIO 20% 10ML		ENDOSCÓPIO	
COLAGENA:SE 30G BISHAGA		ESTRIBO	
DESLANOSÍDEO 0.4MG\2ML		FONTE DE ENERGIA/FIBRA ÓTICA	
DEXAMETAZONA 4MG\2.5ML		FOTÓFORO	
DICLOFENACO 75MG\ML		LARINGOSCÓPIO	
DIPIRONA 500MG\2ML		MICROSCÓPIO CIRÚRGICO	
DOBUTAMINA 250MG\20ML		MONITOR CARDIACO	
ENOXAPARINA 40MG\0.4ML		ÓXIMETRO	
EPINEFRINA (ADRENALINA) 1MG\ML		RAIO X	
ETILEFRINA (EFORTIL) 10MG\ML		RESPIRADOR VOLUMÉTRICO	
HIOSCINA(BUSCOPAM) ESCOPOLAMINA 20MG\ML			
INSULINA - NPH 10ML () REGULAR ()		GASOTERAPIA	QNT
IMIPINEM + CILASTINA (TIENAM) 500MG\120ML		AR COMPRIMIDO	
IOXITALAMATO DE MEGLUMINA (TELEBRIX)		GÁS CARBÔNICO	
LIDOCAINA (S\VASO) 1% () 2% ()		OXIGÊNIO	
LIDOCAINA 10% SPRAY 50ML		PROTÓXIDO DE AZOTO	
LIDOCAINA GELEIA (BISHAGA) 30G		VÁCUO	
LIDOCAINA + EPINEFRINA (C\VASO) 20ML - 1% () 2% ()			
METOPROLOL 25MG COMP.		SOLUÇÕES PARENTERAIS DE GRANDE VOLUME	QNT
METOPROLOL 50MG COMP.		ÁGUA DESTILADA 1000ML	
METRONIDAZOL 500MG\100ML		SOLUÇÃO SORBITOL + MANITOL 1000ML	
METOCLOPRAMIDA (PLASIL) 10MG\2ML		SORO RINGER + LACTATO 500ML	
NEOSTIGMINA 0.5MG\ML		SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML	
ALGODÃO C\AG. Nº () 0 () 2 () 3 () 4 ()		SORO GLICOSADO 5% 500ML	
ALGODÃO S\AG. Nº () 0 () 2 () 3 () 4 ()		SORO GLICOFISIOLÓGICO 5% 500ML	
CATGUT CRO.M. C\AG. Nº 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()			
CATGT CRO.M. S\AG. Nº 0 () 1 () 2 () 3 () 4 ()		FIOS CIRURGICOS	QNT
		AÇO MONOFILAMENTO Nº 0 () 1 () 2 () 4 () 5	
		EQUIPO MICROGOTAS-QNT () EQUIPO P\ TRANSFUÇÃO-QNT ()	
		EQUIPO AMBAR - QNT ()	
		ESPONJA HEMOSTÁTICA SURGICEL	
		EXTENSOR (INFUSOR) 2 VIAS	()
		FRALDA DESCARTÁVEL ADULTO () INFANTIL ()	
		IRRIGAFIX 4 VIAS	

HOSPITAL



ORTOPLAN - SERGIPE LTDA. - EPP

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

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

PACIENTE:

F O S C
Lazaro Pereira de Menezes

Nº DAAIH:

PRONTUÁRIO Nº

1041852

DATA DA CIRURGIA:

10.07.18

CONVÊNIO:

SUS

CIRURGIÃO:

Roberto Lima

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS UTILIZADOS

Nº 017150

	MATERIAL	REF.	QUANT.	MATERIAL	REF.	QUANT.	
Peq. Fragmentos	Arruela p/ Parafuso 3,5			Haste Bloqueada <input type="checkbox"/> Femur <input type="checkbox"/> Tibia <input type="checkbox"/> Umero			
	Placa em T 3,5			Pararafuso para Haste Bloqueada			
	Placa A/ C Estreita Peq. Fragtos 3,5			Pararafuso Tampão			
	Placa 1/3 Tubular Peq. Fragtos 3,5			Haste <input type="checkbox"/> Ender <input type="checkbox"/> Mini Ten <input type="checkbox"/> Ten			
	Placa em Trevo 3,5			Fixador ()			
Grandes Fragmentos	Placa de Reconstrução 3,5			Fixador Linear (Antebraço)			
	Arruela p/ Parafuso <input type="checkbox"/> 4,5 <input type="checkbox"/> 6,5			Fixador Linear (Úmero)			
	Placa A/ C Estreita 4,5	10K	01	Fixador Linear (Mão e Pé)			
	Placa A/ C Larga 4,5			Fixador Linear (Femur/Tibia)			
	Placa Ponte Larga 4,5			Fixador Linear (Fêmur)			
	Placa Semitubular 4,5			Fixador Linear (Tibia)			
	Placa Reta Maleável 4,5			Fixador Linear TP Preston (Tibia)			
	Placa Supra Condíliar 4,5			Fixador Linear TP Preston (Úmero)			
	Placa em L/ T 4,5 <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda			Fixador Linear TP Preston (Fêmur)			
Fra. Colo	Placa Tipo Puddu <input type="checkbox"/> Fêmur <input type="checkbox"/> Tibia			Fixador Articulado (TP Colles)			
	Placa Tubo Richards <input type="checkbox"/> 95° <input type="checkbox"/> 135°			Fixador Ilizarov			
	Parafuso Deslizante			Lâmina de Cartilagem			
Quadril	Parafuso de Compressão			Lâmina de Osso			
	Prótese Thompsom			Equipo p/ Bomba Infusão			
	Parafuso p/ Acetabulo			Equip. Multivias			
	Acetábulo Bipolar			Ponteira de Radiofrequência (Ablator)			
	Acetábulo N/ Cimentado			Parafuso Transverso			
	Acetábulo Cimentado			Parafuso de Interferência			
	Inserto do Acetábulo			Agrafe			
	Cabeça Intercambiável			Âncora Femural (Endoboton)			
	Haste			Âncora			
	Centralizador			Cânula			
	Restritor de Cimento			Fio de Kirschner			
	Joelho	Componente Femoral			Fio de Steinmann		
		Inserto Tibial			Fio de Cerclagem		
Base Tibial				Grampo de Blount			
Componente Patelar				Placa Bloqueada 3,5 ()			
	Steri Drape			Placa Bloqueada 4,5 ()			
	Cimento Ortopédico			Placa Titânio () ()			
	Kit Cimentação			Placa Pedus			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

PARAFUSO CORTICAL	Nº	QTD	PARAFUSO TITANIO CORTICAL	Nº	QTD
___MM			___MM		
PARAFUSO CORTICAL 3,5MM	Nº		PARAFUSO TITANIO CORTICAL ___MM	Nº	
	QTD			QTD	
PARAFUSO ESPONJOSO 4,0MM	Nº		PARAFUSO TITANIO BLOQUEADO ___MM	Nº	
	QTD			QTD	
PARAFUSO CORTICAL 4,5MM	Nº	32 34 38	PARAFUSO TITANIO BLOQUEADO ___MM	Nº	
	QTD	05 01 02		QTD	
PARAFUSO MALEOLAR 4,5MM	Nº		PARAFUSO <input type="checkbox"/> AÇO <input type="checkbox"/> TIT CANULADO 3,5	Nº	
	QTD			QTD	
PARAFUSO ESPONJ. R/16 CURTA	Nº		PARAFUSO <input type="checkbox"/> AÇO <input type="checkbox"/> TIT CANULADO 4,5	Nº	
	QTD			QTD	
PARAFUSO ESPONJ. R/32 LONGA	Nº		PARAFUSO <input type="checkbox"/> AÇO <input type="checkbox"/> TIT CANULADO R/16	Nº	
	QTD			QTD	
PARAFUSO TIPO HERBERT	Nº		PARAFUSO <input type="checkbox"/> AÇO <input type="checkbox"/> TIT CANULADO R/32	Nº	
	QTD			QTD	

07 JAN 2019

DPVAT/RJ



HOSPITAL DE CLÍNICAS R. AUGUSTO LEITE
RELATÓRIO DO ATO CIRÚRGICO

UNIDADE:

PACIENTE: Wagner Pereira de Menezes
 MATRÍCULA: 1041852 IDADE: 44 anos CONVÊNIO: SUS

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura dos ossos da perna esquerda
 CIRURGIA REALIZADA: Redução cirúrgica com fixação da tibia
 CIRURGIÃO: Dr. Roberto Lima ANESTESIOLOGISTA: Dr. Fabrício
 AUXILIAR: _____ AUXILIAR: _____
 AUXILIAR: _____ ANESTESIA UTILIZADA: _____
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATORIO: _____

EQUIPAMENTOS

B. E. / BIPOLAR TRÉPANO ELÉTRICO
 SERRA ELÉTRICA MICROSCÓPIO CIRÚRGICO
 FONTE DE LUZ / FIBRA ÓTICA

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO:
Oculta dorsal
Antissepsia
Campos
Incisão - Direção
Redução cirúrgica com fixação da
tibia
Síntese do ferimento
curativo

10/07/18
 DATA
 MOD. 042-HCAL

[Assinatura]
 ASSINATURA DO CIRURGIÃO



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

RECEITUÁRIO

Nome: Angela D. de Menezes

Macrolídeos

⊙ Rebo Foot Longo

29/11/18

Dr. Paulo Salotti
Médico
CRM-4451

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

DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

Nº DO BE: 1750578
CNS:

DATA: 06/07/2018
SETOR: 06-SUTURA

HORA: 20:28
USUARIO: ELMENEZES

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : LAZARO PEREIRA DE MENEZES DOC...:
 IDADE.....: 44 ANOS NASC: 28/07/1973 SEXO...: MASCULIN
 ENDEREÇO.....: POVOADO JIBOIA NUMERO: 300
 COMPLEMENTO...: 700501366089251 BAIRRO: SAO FRANCISCO
 MUNICIPIO.....: CRISTINAPOLIS UF: SE CEP...: 49270-00
 NOME PAI/MAE...: PAULO PEREIRA DE MENEZES /MARIA JOSE DE MENEZES
 RESPONSÁVEL...: BERENICE-IRMA TEL...: 79-99971
 PROCEDENCIA...: CRISTINAPOLIS 331
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: SIM
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

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

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

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

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

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

MBM
SEGUROADORA
 [] DESISTENCIA
 07 DEZ 2019
DPVATR/RJ

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

EXAME DE PEDIATRIA - PUSP
 REALIZADO EM 06/07/18
 AS 21:17 HORAS

= Seciont et hinc munit, investigato in munit
libando pite munita quod, experimento in m
tutue fectura de munita fuma munita
munita munita munita

- 1. (1) Intercurrente munita
- (2) munita munita munita
- (3) munita munita munita
- (4) munita munita munita

Dr. Washington Batista
Ortopedia Traumatologia
CRM 4290



RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Luizão Pereira de Menezes
DATA DA ENTRADA: 06/07/2018
DATA DA SAÍDA: 09/07/2018

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 (x) ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

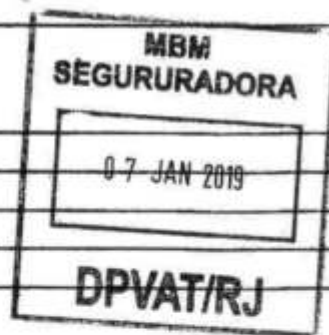
Paciente deu entrada neste serviço, apresentando trauma com punho esquerdo. Foi avaliado pelo cirurgião geral que não observou alterações nas estruturas ósseas. Injúria articular e recessos por punho e selecionou o curso de imobilização e elevação do antebraço devido a edema e dor. Pelo impedimento de trabalho de mãos da punho esquerda e realização de internamento hospitalar. Paciente ficou mantido sob uso de analgésico e antiemético, realizando exames pré-operatórios de rotina para a Hospital Geral de tratamento especializado.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

sem registro no prontuário

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx tórax AP
Rx punho esquerda (2 projeções)



MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Fernando S. Pereira (cirurgião geral)
Dr. Washington Batista (ortopedista e traumatologista)
Dr. Wagner José Andrade Santos (CRM 23771)

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

ARACAJU, 20 de setembro de 2018

Marcelo Augusto P. Freitas
Médico
CRM 2582



GOVERNO DE BRASÍLIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUSE
ELETROCARDIOGRAMA
EXAMES(S) REALIZADO(S)

DATA: 27/12/18
HORÁRIO: 13:13
TÉCNICO: [Signature]



PRONTO SOCORRO ADULTO	PRESCRIÇÃO MÉDICA
HUSE	

Nome: Lígia Priscila de Moraes Idade: 44 Data: 06/07/19

DATA	HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
06/07/18		Diclofenaco	
		3657. 1500 mg, EV, 24h - SOS	
		Tuamoxolona + SF697. 100 mg, EV, 8/8h - SOS	
		Propofol 100 mg + SF097. 100 mg, EV, 12/12h - SOS	
		Dipirona 2ml + 18 LAD, EV, 2h	
		Clindamicina + AD, EV, 8/8h - SOS	
		CC 660 + SSVV.	
		Paracetamol 400 mg, SC, 1x/die	
		Exames pré-operatórios	

Dr. Washington Batista
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 4200

MBM
SEGURADORA

07 JAN 2019

DPVAT/RJ

EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA **08/07/18**

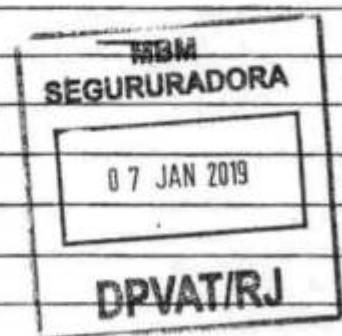
NOME: **LAZARO PEREIRA DE MENEZES**

ALA: **VERDE TRAUMA 1** LEITO: **CORREDOR** GÊNERO: **MASCULINO** IDADE: **44**

DIAGNÓSTICOS: **FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQ.**

EVOLUÇÃO MÉDICA:

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta VO, LIVRE	
2	SG5% 1500ML EV P/ 24HS	500 500
3	Keflin 1g, IV, 6h/6h OU Kefazol 1g, IV, 8h/8h SUSP	—
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 12
6	Profenid, 01 ampola IV + 100mL SF0,9%, 12h/12h	J4 02
7	Tramal 100mg + 250 ml SF0,9, IV, 8/8h SOS	SOS
8	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia	J6
9	Bromoprida, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos	SOS
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	SOS
16	CCGG + SSVV 6h/6h	
17	Gentamicina 240mg, EV, 1x/dia SUSP	
18	CURATIVO DIARIO 1X/DIA	
19	Transparência para Hospital Cirurgia	
20		
21	Dr. Wagner José Almeida de Santo	
22	MEDEICO CRM-SE 2377	
23		
24		
25		





PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPICURU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Sr. Roberto Medico

Rx

O paciente sofreu
lesões de membros;
vitimas de acidente
no trânsito no dia
08-07-2018; teve fratura
de perna esquerda;
trauma completa; se-
quelas: De fratura da
fossa muscular, tim
de 20 dias de tratamento;
Alta definitiva, no
dia: 18-11-2018

VOLTANDO A CONSULTA, QUEIRA TRAZER ESTA RECEITA
VACINAR É PRECISO

O.E.: M280030801 ESFERA: PRIVADO APRESENTAÇÃO: 08 / 2018

Num AIH : 281810014992-0 Situação : APURADA Tipo.: 01-INICIAL Apresentação : 08/2018 Data Autorização: 08 / 07

Especialidade : 01 - CIRURGICO Orgão Emissor : M280030801 CRC:

Doc autorizador : 192132126930000 Doc med resp : 206790614650009 Doc diretor clínico : 206790614650009 Doc médico Soc: 980016000

CNES : 000228 - FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA CNS : 700501366

Paciente: AZARO PEREIRA DE MENEZES Prontuário : 1041852

Data Nasc.: 28 / 07 / 1973 Sexo : MASCULINO Nacionalidade : 010 - BRASIL Tipo Doc. : Identidade Doc : 30354951

Responsável pac. : DAMIRES MENEZES Nome da Mãe : MARIA JOSE DE MENEZES

Endereço : RUA SAO FRANCISCO 298 Bairro: CENTRO Raça/Cor: 03-PARDA Etnia: 0000-NAO SE APLICA

Município : 280170 - CRISTINAPOLIS UF : SE CEP : 49270-000 Telefone : (79)9997-10331 Muda Proc.?: 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 : 08 / 07 / 2018 Data saída : 11 / 07 / 2018 Mot saída : 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIH01 : AIH Anterior : AIH Posterior :

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNPJ do Empregador : CNAER : -

Vinculo Previdência : CBOR : -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar	Valor p/ Qtde	Cmp	Descrição
1	040805050	980016287809073	225151(6)	3359948	3359948	1	07/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
2	040805050	980016287809073	225151(6)	3359948	3359948	1	07/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
3	030205001	980016289296235	223635	0002283	0002283	1	07/2018	PLACA DE OMBRESSA DINAMICA EM
4	030205001	980016289296235	223635	0002283	0002283	1	07/2018	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM
5	030205001	980016289296235	223635	0002283	0002283	1	07/2018	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM

DADOS DE OPM

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Reg. ANVISA	CNPJ Fabricante
3	000036421	02.681.701/0001-89				

VALORES DA PRÉVIA

	Serviço Hospitalar		Serviço Profissional				TOTAL
	Direto		Direto		Rateado		
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	
09.02.04-ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA							4,67
03.02.05-ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS	6,35						6,35
04.08.05-EMBROS INEFICIENTES					150,58		150,58
07.02.03-OPM EM ORTOPEdia		235,88					235,88
Total Geral:	642,27	235,88		64,53	150,58		1.093,26

CID SECUNDÁRIO

Cid Característica ção

V041 PREEXISTENTE ESTRE TRAUM. EM COL C/ VEIC. TRANS. PESADO OU ONIBUS - ACIDENTE DE TRANSITO

Número de Nascidos Número de Saídas Nº Pré-Natal:

Vivos : Mortos : Altas : Transf. : Óbitos :

De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22-de agosto de 1995 publicada no diário Oficial de 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

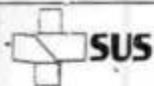
Mês 8/2018
P. g.

Unio

27/108

Dra Ana Carolina Dantas
Superv. Médica
CRM 2343
CPF 880.011 135-15





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

2 - CNES
0002283

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

4 - CNES
0002283

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
LAZARO PEREIRA DE MENEZES

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
104 1852

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
700 5013 6608 9251

8 - DATA DE NASCIMENTO
28/07/1973

9 - SEXO
Masc. 1 Fem. 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE
MARIA JOSE DE MENEZES

12 - TELEFONE DE CONTATO
DDD 79 99971-0331

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
SOBRINHA/DAMIRES MENEZES

14 - TELEFONE DE CONTATO
DDD 79 99957-8298

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
BAIRRO SÃO FRANCISCO 298

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
CRISTINAPOLIS

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
SE

18 - UF
SE

19 - CEP
49270000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

com déficit motor e limitação de movimento em pé direito e após amputação por amputação há 02 dias

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

exame mostra necessidade de trat. cirúrgico

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

exame clínico + RX

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL
Distúrbio de marcha

24 - CID 10 PRINCIPAL
S82.2

25 - CID 10 SECUNDÁRIO
V04.1

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
amputação da perna

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
0408050500

29 - CLÍNICA
Ortopedia Urgência

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
urgência

31 - DOCUMENTO
() CNS () CPF 154751205

32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
Mariano

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO
08/07/18

34 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
3145505 de Sousa
CRM 860

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

MBM
SEGURADORA

43 - CNIE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO

() APOSENTADO
07 JAN 2019

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

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

DPVAT/RJ

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
13/07/18

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

281810014992-0

Dr. Anne Ferreira da Mota
Ortopedia Médica / SES
CRM - RJ 3686
CPF: 876.198.735-20



Gmail

nirhuse crpe <nirhuse.crpe@gmail.com>

DUSV E - ORTOPEDIA - FBHC - LAZARO PEREIRA DI MENEZES

Sigau crpe <sigau.crpe@gmail.com>

8 de julho de 2018. 12:2

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

Segue o código de autorização

CC0807HCO2B2FC2

[Texto das mensagens anteriores oculto]



B2

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

ATENDIMENTO

Laudo preenchido.

ACOMODACAO: Enfermaria
DIREITO A ACOMPANHANTE? Sim
DATA: 08/07/2018 16:00:10 LEITO: MED GER. 807 - Ortopedia 11
TIPO: Urgência
CONVENIO: SUS INTERNO
PROFISSIONAL: 866-LUCIANO PASSOS DE SOUZA

PACIENTE CARTÃO SUS: 700501366089251

ATENDIMENTO: 1041852
NOME: LAZARO PEREIRA DE MENEZES Nº: 298
ENDERECO: SAO FRANCISCO N.298 UF: SE CEP: 49270001
BAIRRO: Centro CPF: 00048911990
CIDADE: Cristinápolis R.G: 30354951
FONE: 999710331/999578298 IDADE: 44 SEXO: Masculino
DATA NASC.: 28/07/1973 PROFISSÃO
EST. CIVIL: Solteiro
NOME DO PAI: PAULO PEREIRA DE MENEZES
NOME DA MAE: MARIA JOSE DE MENEZES

RESPONSÁVEL:

D. Damires Menezes

NOME DO RESPONSÁVEL: DAMIRES MENEZES / SOBRINHA
ENDERECO:
BAIRRO: CIDADE: UF:

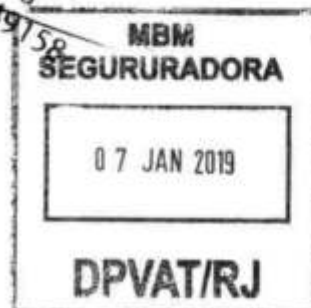
DADOS COMPLEMENTARES:

CID: S82.2-Fratura da diáfise da tibia
ORIGEM: Cristinápolis
DIAS INTERNAMENTO: 5
PROC. SUS: 040805050-0 Tratamento Cirurgico De Fratura Da Diafise Da Tibia
AIH:

*R+ pré OK
Pós OK*

*Andra Bezerra
Enfermeira
OREN 5-449158*

*Alta
11.08.18
12:00*



*Mariete Siew
Secretária de Clínica
Matrícula - 87130
Fam*

Emitente.....: ORTOPLAN SERGIPE LTDA
 Endereço.....: AV. NIO BRANCO-EDF. OVIDEO TEIXEIRA -2.813 186, CENTRO, ARACAJU - SE, 49010-030
 Fone.....: 3222-0250/ 3222-0383 CNPJ/CPP: 02.681.701/0001-89 Ins. Est.: 27.097.585-3
 Destinatário: (37) FUNDACAO DE BENEFICENCIA S. DE CIRURGIA CNPJ/CPP: 13.016.332/0001-06 Ins. Est.: ISENTO Data Emissao: 13.07.2018
 Endereço.....: AV. DIXSENBARGADOR MAYNARD, 174 Bairro...: CIRURGIA CEP.....: 49055-170
 Cidade.....: ARACAJU Fone.....: (0079) 212 -7312/ 211 -8817 UF.....: SE

Faturas.....: 005787400 / CONTRA-APRESENTACAO / 335,88

Código	Descrição	CF St	Und	Qtda	Valor Unitario	Vi. Desc	Valor Total	ICMS	IPI	Valor IPI
07.02.03.090-2	KIT PLACA COMPRESSE DINAM ESTREI 4.5 + PARAFUSO (800141700000) A 040 KIT	A	040	KIT	1,000	235,8800	235,88			
	PARAFUSO CORTICAL 4.5X38 TRAUMEDICA (2,000)									
Nota(s): 125518-	1,000									Val. INDETERMIN /
	PARAFUSO CORTICAL 4.5X34 TRAUMEDICA (1,000)									
Nota(s): 136818-	1,000									Val. INDETERMIN /
	PARAFUSO CORTICAL 4.5X32 TRAUMEDICA (5,000)									
Nota(s): 136718-	2,000									Val. INDETERMIN /
	PLACA ESTREITA 10F TRAUMEDICA (1,000)									
Nota(s): 106318-	1,000									Val. INDETERMIN /

Hospital: FUNDACAO DE BENEFICENCIA S. DE CIRURGIA
 Médico.: JOSE ROBERTO LIMA
 Instrum.: KLEBER SANTOS DA SILVA

Paciente/Id.: LAZARO FERREIRA DE MENEZES /
 AIL/Convenio: / SUS - SISTEMA UNICO DE SAUDE
 Procedimento: 0408050500

Dt. Cirurgia: 10.07.2018

Preteruário.: 1041852

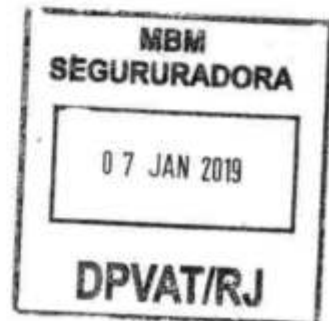
040/ISENTO DE ICMS CF ART. 8 INCISO IV DEC 17.037/97

Base ICMS: 0,00 Valor ICMS: 0,00 Base ICMS Subst: 0,00 Valor ICMS Subst: 0,00 Valor Produto: 235,88
 Vl. Frete: 0,00 Vl. Seguro: 0,00 Outras Despesas: 0,00 Valor Total IPI.: 0,00 Valor Pre-Nota: 235,88

Vendedor.....: IVO LEAL Pedido.....: 057874 A/9021.19.20
 Pedido Cliente: Ordem e Pagina: 00 1/1

Declaro que recebi os produtos constantes deste documento.

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





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: LAZARO PEREIRA DE MENEZES DATA DE ADMISSÃO: 06/07/18
 NOME DA MÃE: MARIA JOSE DE MENEZES DATA DE NASCIM: 28/07/73
 ENDEREÇO: POV. JIBOIA Nº 300 IDADE: 44
 CNS: 700501366089251 PLANO DE SAÚDE: NÃO ESTADO: SERGIPE
 NATURALIDADE: CRISTINAPOLIS - SE MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: CRISTINAPOLIS
 TELEFONE PARA CONTATO: 79 - 999717331 REGIÃO DE SAÚDE:

UNIDADE PRODUTIVA: PRONTO SOCORRO ÁREA AZUL () ÁREA VERDE (X) *VT* *com*
 OUTROS: _____

QUEIXA PRINCIPAL E DURAÇÃO:
DOR EM PERNA ESQ.

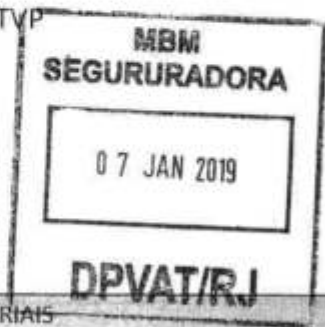
HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO

ANTECEDENTES PESSOAIS E COMORBIDADES:
NÃO

RESUMO DOS RESULTADOS DE EXAMES GRÁFICOS E POR IMAGENS (ANEXAR CÓPIAS DOS RESULTADOS E LAUDOS)
RX + LABORATORIO + ECG

RESUMO DE AVALIAÇÕES DOS ESPECIALISTAS (ANEXAR CÓPIAS DE LAUDOS E/OU AVALIAÇÕES)
FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQ.

RESUMO DA TERAPÊUTICA INSTITUÍDA E RESULTADOS
ANALGESIA + PROFILAXIA DE TVP



PARAMÉTRIOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS						
PRESSÃO ARTERIAL	SATURAÇÃO DE O2	FREQUÊNCIA CARDÍACA	FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	GLICEMIA	URÉIA	CREATININA
159x104	98%	85	26	94	17	1.03
HEMOGLOBINA	LEUCÓCITOS	POTÁSSIO	USO DE O2: SIM () NÃO ()	SECRETIVO: SIM () NÃO ()	INTUBADO: SIM () NÃO ()	COLAR CERVICAL: SIM () NÃO ()

152	14.4	Não	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
-----	------	-----	-----	-----	-----	-----

INFORMAÇÕES CLÍNICAS ADICIONAIS

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: AQ/MRV/MRM
NAO	NÃO	ORAL	NÃO	NÃO		15

MOTILIDADE			
DEAMBULA	CADEIRANTE	ACAMADO	OUTROS
NÃO	NÃO	SIM	

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)
FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQ.

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO
FALTA DE VAGA

É VEDADO AO MÉDICO

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

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

Médico Solicitante

Data: 08/07
Hora: 11:00
Assinatura: Wagner José Andrade Santos
Carimbo: Wagner José Andrade Santos
MÉDICO CRM-SE 4377

NIR

Data: 08/07
Hora: 11:00
Responsável: Célia Maria de Lima
Assistente Social
CRM-SE 1301

Médico do NIR

Data: _____
Assinatura: _____
Carimbo: _____

CRL (RECEBIMENTO)

Data: _____ Hora: _____
Responsável: _____

CRL (Autorização)

Data: _____ Hora: _____
MIR: _____
Código: _____
Assinatura: _____

ATENÇÃO

A primeira solicitação deverá ser enviada à Central de Regulação de Leitos através do DUSV Enfermaria devidamente preenchido no máximo 03 horas a partir da data e hora da solicitação.
As atualizações dar-se-ão a cada 24 horas a partir da primeira solicitação e deverão ser registradas em Formulário de informações complementares e enviadas à Central e Regulação de Leitos, cumprindo o mesmo prazo definido no item anterior.
Este DUSV UTI terá validade máxima de 03 dias a partir da data da primeira solicitação.

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.035.495-1 2.VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 20/08/2019

NOME LAZARO PEREIRA DE MENEZES

FILIAÇÃO MARIA JOSE DE MENEZES

PAULO PEREIRA DE MENEZES

NATURALIDADE CRISTINAPOLIS-SE DATA DE NASCIMENTO 28/07/1973

DOO ORDEM CT. NASCIM. NR 5727 LV-A 11 FL 07 V

CART. 1 OF. DIST. COM. DE CRISTINAPOLIS/SE

CH 000.489.115-50

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE

POLÍCIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

CONDICIONADOR GERAL DE IDENTIDADE

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "SILVANO DE MENEZES"



Lauro Pereira de Menezes

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MEM
SEGURADORA

07 JAN 2019

DPVAT/RJ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.035.495-1 2.VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 20/08/2018

NOME LAZARO PEREIRA DE MENEZES

FILIAÇÃO MARIA JOSE DE MENEZES

PAULO PEREIRA DE MENEZES

NATURALIDADE CRISTINAPOLIS-SE DATA DE NASCIMENTO 28/07/1973

DOC ORIGEM CT. NASCIM. NR 5727 LV-A 11 FL 07 V

CART. 1 OF. DIST. COM. DE CRISTINAPOLIS/SE

CP 000.489.115-50

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

SEGURO
PREVIDENTE

SEGURURADORA

07 JAN 2019

DPVAT/RJ

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Paulo Pereira de Menezes




ESTADO DE SERGIPE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DO RIO DE JANEIRO SECRETARIA DE ESTADO DA CASA CIVIL DETRAN - DIRETORIA DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL		Nº de Registro: 04.991.831-1 DATA DE EXPIRAÇÃO: 21/12/2013	
	0255 Polegar Direito	NOME: ROSÂNGELA FLORENTINO FERREIRA SCHUELER VIEIRA FILIAÇÃO: SEVERINO FLORENTINO FERREIRA MARIÁ FERREIRA DO ROSÁRIO	
		NACIONALIDADE: RIO DE JANEIRO DATA DE NASCIMENTO: 26/05/1960	
 Assinatura do Titular		DOB: CROZEM C. CASH: LIV 000108 PLS 214 7ERM 0003307 NITERÓI RJ CPF: 994.294.057-73 051 2 Via	
CARTERA DE IDENTIDADE		PIS: 12041103444 0259	

SEBRI
SEGURADORA
 07 JAN 2019
DPVAT/RJ

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSÉ JORGE FIGUEIREDO HORA inscrito (a) no CPF sob o Nº 469600315 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LAZARO PEREIRA DE MENEZES inscrito (a) no CPF sob o Nº 000489115 / 50, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima LAZARO PEREIRA DE MENEZES, inscrito (a) no CPF sob o Nº 000489115 / 50, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>PRAÇA JOSÉ ALVES DE OLIVEIRA</u>		Número <u>248</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>CRISTINAPÓLIS</u>	Estado <u>SE</u>	CEP <u>49270-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

CRISTINAPÓLIS 03 de DEZEMBRO de 2016
Local e Data

MAR F. SILVA
Assinatura do Declarante





Rua Capitão Salomão, 314-Centro Estância/SE
 CEP: 46200-000 CNPJ: 13.255.858.0001-98
 www.sulgipe.com.br
 0800-284-9909

54505 / 8

ESTER F DOS SANTOS
 PÇA JOSÉ ALVES DE OLIVEIRA, 248,
 CENTRO - Cristinápolis/SE - 49.270-000

Medidor: 948175 - 8

Mês de Faturamento	Consumo em kWh	Vencimento	Valor em R\$
08/2018	241	29/08/2018	263,60

DADOS CADASTRAIS

CNPJ/CPF
 Grupo B Ligação Bifásico
 Classe RESIDENCIAL - RESIDENCIAL NORMAL
 Tensão de Fornecimento (V) 220
 Limites adequados de Tensão (V) 202 a 231
 LIMITES DAS TENSÕES DE FORNECIMENTO CONFORME ANEXO 1 DO MÓDULO 8 DO PRODIST
 CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 054505

DADOS DE FATURAMENTO

Apresentação 15/08/2018
 Mês/Ano Faturamento 08/2018
 Leitura atual (15/08/2018) 21696
 Leitura anterior (15/07/2018) 21445
 Próxima leitura 20/09/2018
 Consumo Médio (kWh) 341
 Consumo Diário (kWh) 8,03
 Dias de Consumo 30
 Ocorrência do Mês Lido
 Média kWh últimos 12 meses: 228

HISTÓRICO DE CONSUMO - kWh

Mês/Ano	Consumo	Obs	Pagamento	Valor R\$
07/2018	194	Lido	Em aberto	208,42
06/2018	263	Lido	Em aberto	272,78
05/2018	252	Lido	29/07/18	
04/2018	301	Lido	20/06/18	
03/2018	290	Lido	23/05/18	
02/2018	286	Lido	10/04/18	
01/2018	217	Lido	02/03/18	
12/2017	137	Lido	05/02/18	
11/2017	234	Lido	15/01/18	
10/2017	209	Lido	08/12/17	
09/2017	178	Lido	13/11/17	
08/2017	173	Lido	25/10/17	

IDENTIFICAÇÃO

Nota Fiscal / Série 00.344.684 / B
 03.048.6202.004105.11
 Local de Entrega: 1

COMPOSIÇÃO DA FATURA - R\$

(Art. 31, resolução 186/2005 - ANEEL)

Energia	37,10%	91,08
Distribuição	26,90%	70,93
Transmissão	5,90%	14,48
Encargos Setoriais	5,30%	13,01
Tributos	22,70%	55,96
Outros		16,16
TOTAL		263,60

ITENS FATURADOS

Descrição	Onde	Tarifa	Valor(R\$)
CONSUMO	241 x 0,84349 =		155,08
ADIC. BANDA VERMELHA	241 x 0,05000 =		12,05
ICMS			88,26
PIS			2,15
COFINS			9,90

REAVISO DE FATURA VENCIDA

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

MES/ANO	VALOR
07/2018	R\$ 208,42
08/2018	R\$ 272,78

Outras cobranças
 JUROS E CORREÇÃO 05/2018 7,43
 MULTA P/ ATRASO PAGTO 05/2018 4,05

Cobranças de terceiros
 CIP- Prefeitura Municipal 6,88

TOTAL A PAGAR R\$ 263,60

TRIBUTOS	Base de cálculo(R\$)	Alíquota(%)	Valor(R\$)
ICMS	245,44	27,00	66,26
PIS/PASEP	245,44	0,88	2,15
COFINS	245,44	4,03	9,90

DADOS TÉCNICOS

Inst. transformadora: 1030009
 Número do medidor: 948175
 Fator de multiplicação: 1,000
 Tipo de ligação: Bifásico

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjunto TOMAR DO GERU	Referência	MENSAL	TRIMESTRAL	ANUAL
EUSD 96,72	08/2018	META DIC 6,15	12,30	24,60
		APUR DIC 0,00	0,00	0,00
		META FIC 3,42	6,85	13,70
		APUR FIC 0,00	0,00	0,00
		META DMIC 3,63		
		APUR DMIC 0,00		

RESERVADO AO FISCO: 5075 DC:LA 6970 52C0 0915 DAB4 9895 B03B
 Res. Anor/2006/188 e Palcos/2, vgh/nc/11/06/018

MENSAGEM

MSM
SEGURADORA

07 JAN 2019

DPVAT/RJ



ESTER F DOS SANTOS
 UC/UV: 54505 / 8
 Fatura do mês: 08/2018

NOTA FISCAL / FATURA ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Sul Sergipense de Eletricidade
 Rua Capitão Salomão, 314-Centro Estância/SE
 CEP: 46200-000 CNPJ: 13.255.858.0001-98
 www.sulgipe.com.br
 Nota Fiscal: 00.344.684 Série: B

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

JOSE JOSE FIGUEREDO NOVA

Doc. Expediente / Tipo Expediente: 0306804174 SSP RA

CVE: 469.400.318-91 DATA ANO CANCELAMENTO: 22/05/1966

RAÇÃO: FLORISVALDO DE SOUSA
 NOVA: MARIA SOARES DE FIGUEREDO

RENOVAÇÃO: NÃO SIM

VALIDADEZ: 15/04/2026

DATA DE EMISSÃO: 05/12/1966

CPF: 617719633094

IDENTIFICAÇÃO: SEM OBSERVAÇÃO

LOCAL: ARACAJU, SE

DATA DE CANCELAMENTO: 15/05/2015

37230981000
 88016747143

DETRAN - SE (SE/CAPE)

VÁLIDA EM TODAS AS TERRITÓRIOS NACIONAIS
 1087673456

PRIMEIRO PLASTIFICAR
 1087673456

MBM
 SEGURADORA

07 JAN 2019

DPVAT/RJ

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone number	
ROSANGELA SCHUELER		(21) 99471-6600	
ENDEREÇO / Address			
AV. ALMIRANTE BENJAMIN SOUZA Nº. 550 / 802 BOA VIAGEM.			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
24210390	NITERÓI	RJ	BR



DESTINATÁRIO / Recipient		TELEFONE / Phone number	
MBM SEGURADORA S/A - DPVAT		(21) 2240-4328	
ENDEREÇO / Address			
RUA ALVARO ALVIM, 21-3º ANDAR - CINELÂNDIA			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
20031010	RIO DE JANEIRO	RJ	BR



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190016594

Cidade: Cristinápolis

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LAZARO PEREIRA DE MENEZES

Data do acidente: 06/07/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO) E ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Luizano Pereira de Menezes
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: DEZEMBRO
Nº DO RG: 3.035.445-1 ORGÃO EMISSOR: SSP/SE DATA DE EMISSÃO: 20.09.2018
Nº CPF: 000.489.115-50
ENDEREÇO: Rua José Luiz da Silva n: 29 Centro Cristinápolis

OUTORGADOS:

NOME: Jose Sergio Figueiredo Pereira
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: CASADO
PROFISSÃO: COMERCIANTE
Nº DO RG: 3.068.04179 ORGÃO EMISSOR: SSP/RJ DATA DE EMISSÃO: 27/08/2014
Nº CPF: 469.600.315-91
ENDEREÇO: Rua José Alves de Oliveira 248 Centro Cristinápolis RJ 49270-000

NOME: ROSANGELA FLORENTINO FERREIRA SCHULZON UELM
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: CASADA
PROFISSÃO: APROFESSORA
Nº DO RG: 049918311 ORGÃO EMISSOR: DETRAN/RJ DATA DE EMISSÃO: 21/12/2015
Nº CPF: 996.894.057-72
ENDEREÇO: AV. ALMIRANTE BENVENISTO SOARES, 150 APT 802 BOA VISTA - NITERÓI - RJ CEP. 24210-390

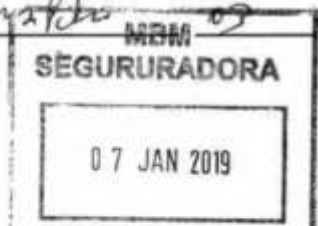
PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDAZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao convênio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) receber a quantia que o outorgante tenha direito, em nome do mesmo, bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT, podendo viajar, assinar e receber a ordem de pagamento em nome do outorgante junto à rede bancária.

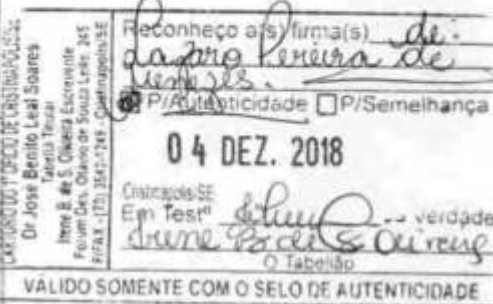


Luizano Pereira de Menezes de 20-9-2018 de 20 18

Jose Sergio Figueiredo Pereira
Assinatura



Obs - Reconhecimento por autenticidade.



VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0005687/19

Vítima: LAZARO PEREIRA DE MENEZES

CPF: 000.489.115-50

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/07/2018

Titular do CPF: LAZARO PEREIRA DE MENEZES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JOSE JORGE FIGUEREDO HORA : 469.600.315-91

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

LAZARO PEREIRA DE MENEZES : 000.489.115-50

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/01/2019
Nome: LAZARO PEREIRA DE MENEZES
CPF: 000.489.115-50

LAZARO PEREIRA DE MENEZES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2019
Nome: MICHELE DOMINGOS KLAUS
CPF: 014.491.660-67

MICHELE DOMINGOS KLAUS