



Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe

**CRISTINÁPOLIS DA COMARCA DE CRISTINÁPOLIS**  
Praça da Bandeira, Bairro Centro, Cristinápolis/SE, CEP 49270000  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**PROCESSO:**

202167001945

**DATA:**

28/01/2022

**MOVIMENTO:**

Juntada

**DESCRIÇÃO:**

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENEDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20220127180505959 às 18:05 em 27/01/2022.

**LOCALIZAÇÃO:**

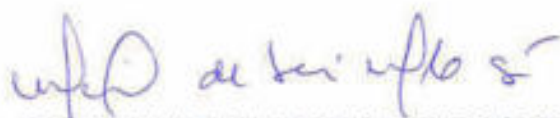
Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Não

anexo, substabeleço, com reserva de iguais, nas pessoas dos **Drs. CARLOS EDUARDO DE SOUZA CABRAL**, brasileiro, casado, OAB/RJ 189.997; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, OAB/RJ 152.629; **JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, OAB/RJ 134.307; **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, casado, OAB/RJ 144.819; **JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, OAB/RJ 140.522; **RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO MENEZES**, brasileira, casada, OAB/RJ 185.681; **TODOS INTEGRANTES DA SOCIEDADE DE ADVOGADOS DENOMINADA JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS**, inscrita na OAB/RJ sob o nº 32.203/2005, com escritório situado na Rua São José, número 90, oitavo andar, CEP: 20010-901 Tel.: (21) 3265-5600, os poderes que me foram conferidos para a plena defesa dos interesses da Outorgante nas ações que têm por objeto o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre – DPVAT, ficando, desde já, **VEDADO receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento, em nome de qualquer pessoa física**, devendo todo e qualquer levantamento, judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1912-7, Conta nº 644000-2, em nome de **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S/A**, CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, nos estritos ditames da Portaria SUSEP nº 34, de 02/08/2016.

Rio de Janeiro, 25 de setembro de 2018.



**MARISTELLA DE FARIAS MELO SANTOS**

**OAB/RJ 135.132**

---

**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**

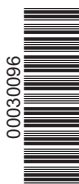
NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,





# 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
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

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 LARIANO PEREIRA DE NOVAES
---------------------------	----------------------------------	--

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo LARIANO PEREIRA DE NOVAES		CPF titular da conta 000 489. 11550	Profissão Desempregado
Endereço Rua José Luiz de Silva		Número 29	Complemento LATA
Bairro CANTO	Cidade CANTIMARÓPOLIS	Estado RJ	CEP 49220-000
Email			Telefone (DDD) (29) 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**

- RECUSO 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

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

- BRADESCO (237)   
  BANCO DO BRASIL (001)   
  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

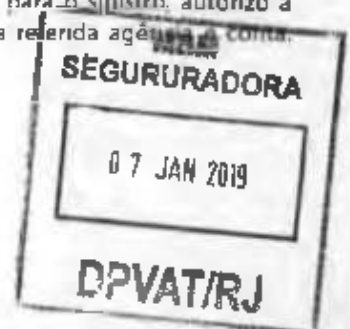
AGÊNCIA NRD 4874	DIV	CONTA NRD 17613	DIV 9
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome		NRD	
AGÊNCIA NRD		DIV	CONTA NRD
DIV		DIV	
(Informar dígito se existir)		(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 em conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

CANTIMARÓPOLIS 09 de Novembro de 2018  
Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

POLÍCIA ON-LINE

**SUA VOZ PODE CALAR O CRIME**

SUA VOZ PODE PRESERVAR SUA IDENTIDADE GRÁFICA

**DISQUE DENÚNCIA 181**

Ofício da Comarca de Indiaroba  
Tribunal de Justiça de Sergipe  
Rua: ...  
Tel: ...

Ata de Realização de Exame de Identificação  
Número: ...  
Data: ...

Justimar Ferreira Alves, Escrivão Substituto  
Indiaroba/SE, 03 de dezembro de 2018.

Reprodução fiel do original apresentado. Dou fé.

Selo TJSSE: 201828547003405  
Assesse: www.tjse.jus.br/v/AN6G08  
Indiaroba/SE, 03 de dezembro de 2018.

### DELEGACIA DE POLÍCIA DE CRISTINÁPOLIS

RUA INT. ADRIÃO C. DE ARAUJO CEP 49200000, CENTRO FONE:( ) 3542-1265

**RPO - Registro Policial de Ocorrência 2018/06540.0-000814**

#### DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE CRISTINÁPOLIS

Endereço: RUA INT. ADRIÃO C. DE ARAUJO CEP 49200000, CENTRO FONE:( ) 3542-1265

#### FATO

Data e Hora do Fato: 06/07/2018 - 17:30 até 06/07/2018 - 17:30

Endereço: RODOVIA ESTADUAL CRISTINAPOLIS A TOMAR DO GERU Número: S/N Complemento: CEP: 49270-000

Bairro: POVOADO LAGOA SECA II Cidade: CRISTINAPOLIS - SE Circunscrição: DELEGACIA DE POLÍCIA DE CRISTINAPOLIS

Tipo de local: VIA PUBLICA Meio Empregado: OUTRO

#### VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: LAZARO PEREIRA DE MENEZES

Nome do pai: PAULO PEREIRA MENEZES Nome da mãe: MARIA JOSE DE MENEZES

Pessoa: Física CPF/CGC: 000.489.115-50 RG: 30354951 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: CRISTINAPOLIS Data de nascimento: 28/07/1973 Sexo: Masculino Cor da cútis: Parda

Profissão: LAVRADOR Estado civil: Solteiro Grau de instrução: 1º Grau Incompleto

Endereço: AV CEL ULISSES VEIRA Número: 303 Complemento:

CEP: 49.270-000 Bairro: SÃO FRANCISCO Cidade: CRISTINAPOLIS UF: SE

Proximidades: Telefone: (79)9-9971-7331

#### HISTÓRICO

Cita o noticiante que no dia 06/07/2018, por volta das 17:30 horas trafegava a pé, pela Rodovia Estadual SE-11, em Cristinópolis/Tomar do Geru, quando nas imediações do Povoado Lagoa Seca II, foi atropelado por um veículo de placa e condutor desconhecido; Que no momento do acidente, devido as fortes dores, desmaiou, acordando no Hospital Governador João Filho em Aracaju/SE; Que foi encaminhado para aquele órgão de saúde acompanhado da sua irmã Beranice Pereira de Menezes; Que foi expedido relatório médico do órgão de saúde onde foi atendido; Que ficou vários dias internado no Hospital; que até a presente data tem dificuldade para se locomover, andando com ajuda de muletas; Que teve fratura exposta na perna esquerda. Diante do fato pede registro,

Data e hora da comunicação: 24/09/2018 às 09:03

Última Alteração: 24/09/2018 às 08:59.

OBS: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que faltar com a veracidade no fornecimento das informações nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro: Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado; Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa

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 interdita 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>LAZARO PEREIRA DE MOURA</i>	CPF da Vítima <i>000 469 115-30</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>79/99995-1633</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.

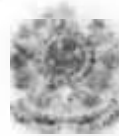
*Curitiba 03 de Setembro de 2018*  
Local e Data



*Lauro Moura*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**



**REGISTRO CIVIL**

**CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO**  
Dr. José Benito Leal Soares - ONIAT. VINCULO  
Benito Matos Soares - REGISTRO  
Irene B. S. Oliveira - ESCRIVENTE  
CRISTINÁPOLIS - SE

**ESTADO** Sergipe  
**COMARCA** Cristinápolis  
**MUNICÍPIO** Cristinápolis  
**DISTRITO DE** xxxxxxxxxx

**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**.

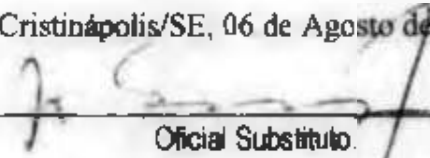
Tendo sido declarante:  
**O Genitor.**

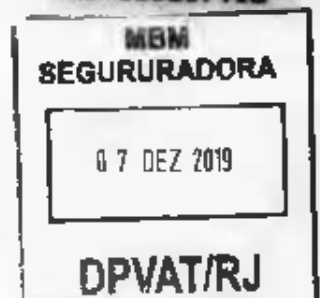
E serviram de testemunhas: **"As Constantes no termo"**.

Observação: **Segunda Via.**

O referido é verdade e dou fé.

Cristinápolis/SE, 06 de Agosto de 2004.

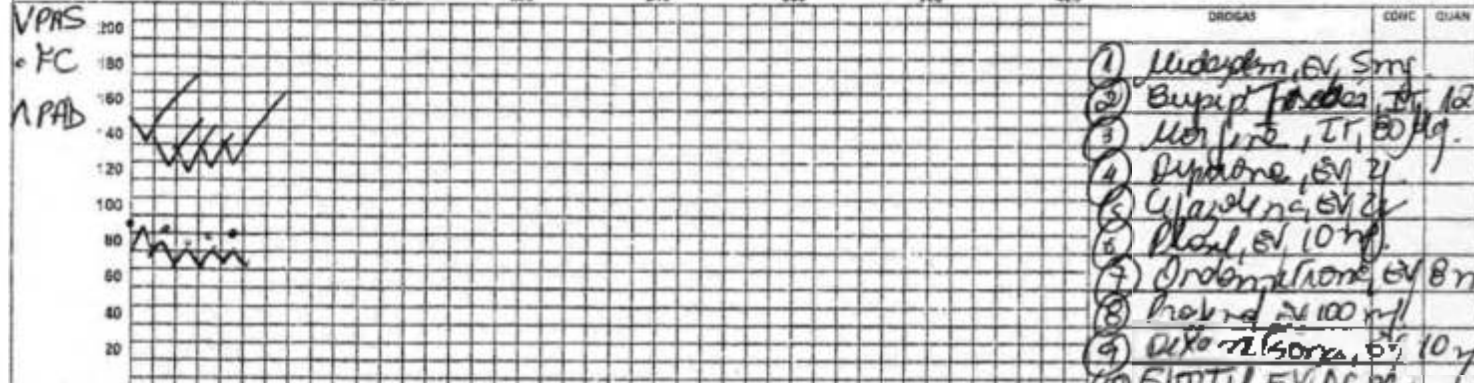
  
\_\_\_\_\_  
Oficial Substituto.



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

MONITOR ECG    
  OXÍMETRO PULSO    
  CAPNÓGRATO    
  PAM NÃO INVASIVA    
  VENTILADOR

FLUIDOS: **R1500 + 500**



**ANOTAÇÕES:**  
 Sem alergias; jejum > 8h; m. em f. ok; eco no pré-op nos pontos de ref. malhada; acústo regular. Monitorização contínua, ve. ped. em 1m (m. b. c/j. 206; 10xup mede a frequência de respir. lombos. todo segundo ciclo; Reguonartina e quibina WHITACKO 256, mediane, punção de ve. e, e refluxo de LCR cao, 1m. par. tua, sem desconforto, dup. 2, 3; 2m 1m. 10xup.

**AGENTES ANESTÉSICOS:**  
 midazolam, ropivacaína, morfina, clonidina, heparina, dextro-rotorolol, dup. 2, 3; 2m 1m. 10xup.

**TÉCNICA:** **RABUI + SEDACAO**

INDUÇÃO:	POSIÇÃO: <b>prone</b>	LOCAL PUNÇÃO: <b>L4/L5</b>	LÍQUIDO REMANECENTE: <b>SEGURADO</b>
TÉCNICA:	POSIÇÃO APÓS: <b>DOIT</b>	POSIÇÃO OPERATÓRIA: <b>DOIT</b>	RESULTADO B.B.M.

DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: <b>30m</b>	DURAÇÃO DA ANESTESIA: <b>1h</b>	CONSCIÊNCIA: <b>07 JAN 2019</b>
PÓS-OPERATÓRIO: <input checked="" type="checkbox"/> UTI <input checked="" type="checkbox"/> SRPA	DESTINO DA SRPA: <input type="checkbox"/> LEITO <input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	CONDIÇÕES:

**OBSERVAÇÕES:**

Fabricio D. [Signature]  
 ANESTESISTA  
 CRM RJ [Number]  
 ASSINATURA DO ANESTESISTA

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Layano Pereira dos Santos

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

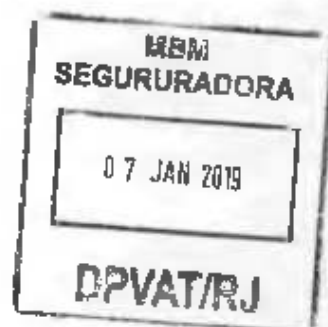
CPF nº 000.489.115-50, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua José Luiz da Silva</u>
Número	<u>29</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Campanópolis</u>
Estado	<u>São Paulo</u>
CEP	<u>49270000</u>
Telefone de Contato	<u>(11) 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, Rod. Caspary de Sá, 131, 13 de Junho, Araruama - RJ 4820-000  
 CEP: 48200-000 Fone: (22) 3741-1000

FATURA MENSAL

Matrícula  
447496.1

\*\*\* NUNCA AVISE DE CORTA \*\*\*

Nome do Cliente: MARTA PEREIRA DE MENEZES

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

409009/00276      04/09/2018      A18G554072      REG: 1

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Serviços	Valor
ÁGUA	35,64
ESGOTO	0,00
080 MULTA P/IMPONTUALIDADE      0101	0,73
091 JUROS DE MORA      0101	0,82
094 ATUALIZAÇÃO 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 de serviço - art 91, Decreto Lei nº 27.685/2010.

CANAL DE ATENDIMENTO: 0800 079 0198 - SAC: 4020-0198  
 AGÊNCIA VIRTUAL: www.deso-rj.com.br/agenciavirtual

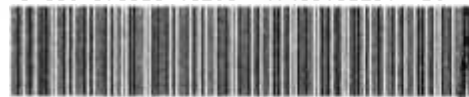
Qualidade da Água Distribuída (Decreto Federal nº 4.407/2005 - Art. 6º inciso I)

Parâmetro	Unidade	Out	Clas	Fator	Limite Mínimo	Limite Máximo
Nº de Amostras Coletadas	26	10	26		26	
Nº de Amostras Conformes	48	48	48		48	48
Índice de Qualidade da Água	48	48	48		48	48



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

82670000001 376000418206 447496109201 181447496116



3889949-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica  
TSEE foi criada pela Lei 10.438  
de 26 de abril de 2002  
www.enel.com.br  
800 08 00 128 | atendimento 24h

enel

Para utilizar seu atendimento, tenha este nº em mãos.

Atividade Energia e Serviços S.A. | Praça Lúcio Ramos, 1 Niterói - RJ  
CEP 24210-205 | CNPJ 33.062.071/0001-69 | Insc. Est. 80.040.661

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B | SERVE ÚNICA - PJ Nº 1115688  
12/12/2018

Rota 08 14010 05 003150 - 4 Apresentação  
Nome ROSANGELA FLORENTINO FERREIRA SCHUELER  
Endereço AVE ALM BENJAMIN SOORE 00150 AP 802  
BOA VIAGEM - NITERÓI - 24210390

Medidor 2953988  
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL  
01-RESIDENCIAL NORMAL  
TRIFÁSICO

Fator de Potência 0,00  
Referência Dez/2018

INDICADORES DE QUALIDADE

Condição	OK		
EUSEF	741,27		
Atualização Mensal	0,00		
DIC	Mensal	Trimestral	Anual
Límite	3,00	9,14	13,20
FC	3,83		
DMIC	12,22		
DICRI			

ÁREA RESERVADA AO FISCAL

EPFD. EREG. 9465.4398.1050.2037.576A.A99A

IMPÓSITOS	ICMS	
Base de Cálculo IRPJ	Alíquota	Valor do Imposto
717,14	32,00%	229,40

DATAS DE LECTURA

Anterior	Atual	Próxima Prevista
13/11/2018	12/12/2018	12/01/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
67902	67503	399	399	0,49	703	0,0034	137,14
12/12/2018	11/11/2018		39 399		703		137,14

DADOS DO FATURAMENTO

Valor do Consumo do Mes  
Contribuição Iluminação Pública-Prefeitura

VALOR (R\$)  
717,14  
31,86

Cartão de débito em 19/12/2018 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:00,65% e COFINS:03,61%  
19/12/18 R\$ 749,00 - 19/12/18 R\$ 749,00 - 19/12/18 R\$ 749,00 - 19/12/18 R\$ 749,00

19/12/2018	749,00											
CPF: 996894057-77												
DIVISÃO DE CONSUMO DO MÊS												
Energia	219,50											
Transmissão	187,25											
Enel	53,48											
Encargos Setoriais	262,75											
Tributos	717,14											
TOTAL	749,00											
ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)												
149	723	165	866	539	441	603	615	910	757	589	701	
Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out

DEBITO AUTOMÁTICO DDD

"PARA CANCELAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMÁTICO UTILIZE  
SEU NÚMERO DO CLIENTE SEGUIDO DO DÍGITO VENTECATOR."

Bandieira verde em 19/12/2018, por apresentar em valor de energia a ser repassado para o  
consumidor. Para informações: www.enel.com.br

3889949-3

Dez/2018

PARM  
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/RJ/BILOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 ROSANGELA F.F. SCHUELER VIEIRA inscrita (a) no CPF sob o Nº 996894057 762 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>24210340</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

NITERÓI de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local e Data

Roschueler  
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 ( )



FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

CHECKLIST ORTOPÉDICO DA ENFERMARIA

NOME \_\_\_\_\_ IDADE \_\_\_\_\_ SEXO: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

LEITO \_\_\_\_\_ MATRÍCULA \_\_\_\_\_ HAS ( ) DM ( ) NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA ( )

DATA FRATURA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DATA INTERNAMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CONVÊNIO: SUS ( ) IPES ( ) PLANO ( )

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: \_\_\_\_\_



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 \_\_\_\_\_

REMARCADADA 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
Alcino Passos			SUS

PACIENTE

Matricula	Nome		Estado Civil	
	Kazuo Pereira de Menezes			
Endereço		Bairro	CEP	
Bairro São Francisco 98			49.240-000	
Cidade	UF	Telefone	CID	CPF
Araximópolis	SE	999710331	S822	000.489.1153
Data Nasc	Idade	Sexo	Profissão	Cor
28.07.73		<input checked="" type="checkbox"/> Masc. ( ) Fem.		
Nome do Pai		Nome da mãe		
Paulo Pereira de Menezes		Maria José de Menezes		

RESPONSÁVEL

Nome		Endereço		
Damiens Menezes Sobrinho				
Bairro	CEP	Cidade	UF	Telefone

DADOS COMPLEMENTARES

CID	PROCEDIMENTO	ORIGEM	CARTÃO DO SUS
S822	04.08.050.500		4005013.660892
Alteração			A.I.H.
Unidade	Leito	Paciente <del>MEM</del> Inscrito	
		SEGURADORA	

07 JAN-2019  
DPVAT/RJ

Stephania Ferreira da Silva

Spino

BJ

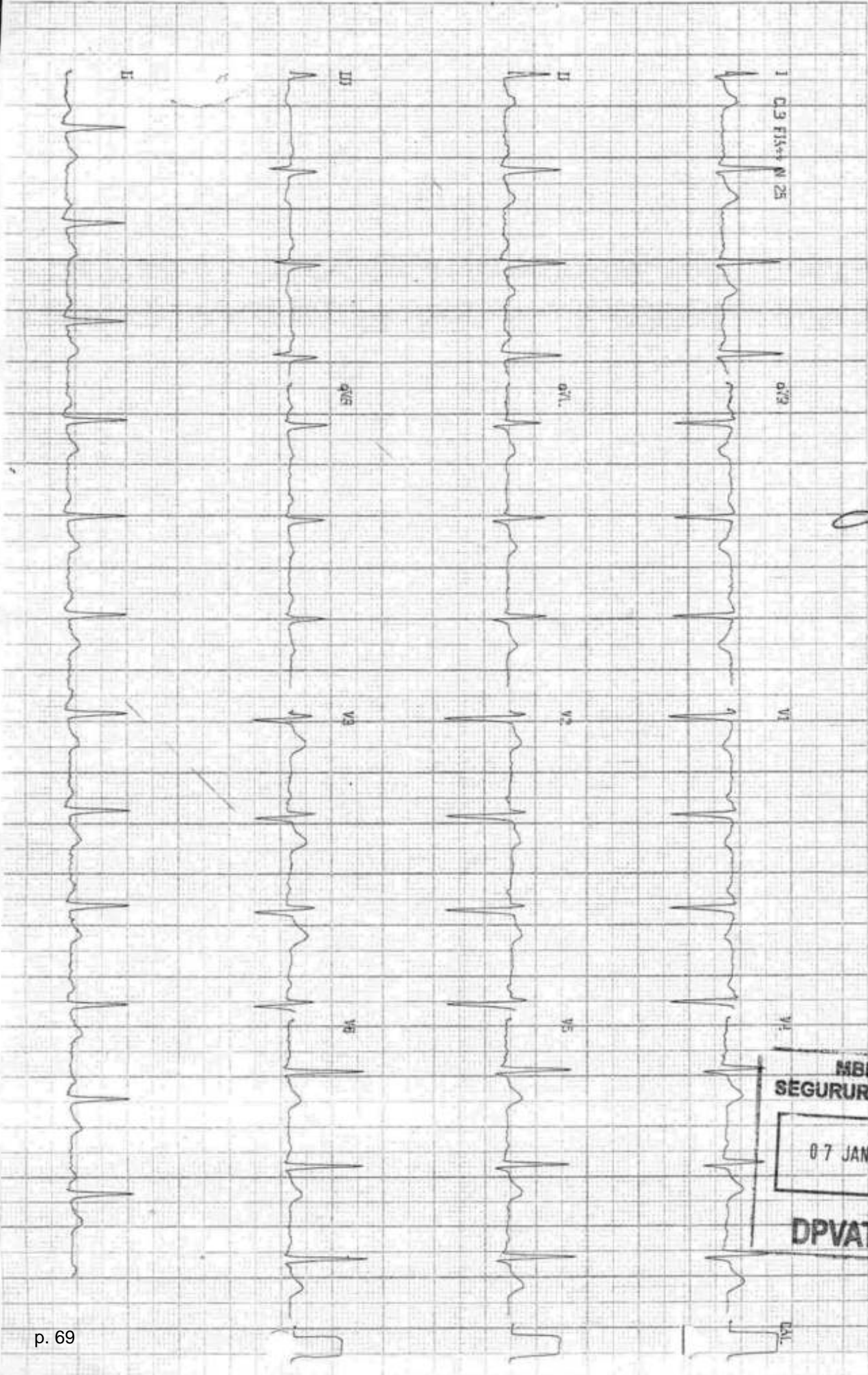
Quilho

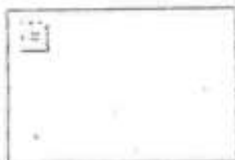
9/2/18

MBM  
SEGURADORA

07 JAN 2019

DPVAT/RJ





Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia

Data: 06/07/2018  
Hora: 13:48

Laboratório

B2

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

Data 06/07/2018 16:00  
Convênio Sus  
Med. Sol:  
Bairro:  
Telefone: 999710331/999576298  
Idade: 44 anos

HEMOGRAMA COMPLETO

Data Coleta: 06/07/2018 13:48

Material: sangue total  
Método: Automático

ERITROGRAMA

A) Eritrócitos ..... 3,86 milh./mm<sup>3</sup>  
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 ..... 82 - 95  
B) H.C.M ..... 31,35 pg ..... 26 - 34  
C) C.H.C.M ..... 33,99 q/dl ..... 30 - 35  
D) R.D.W ..... 10,9 % ..... 10 - 15

LEUCOGRAMA

A) Leucócitos (global) ..... 6.200 mm<sup>3</sup> ..... 5.000 a 10.000/mm<sup>3</sup>  
B) Contagem diferencial ..... % ..... /mm<sup>3</sup>  
  Segmentados ..... 51,9% ..... 3217,8 ..... 40 a 70 1.600 a 7.300  
  Eosinófilos ..... 03,9% ..... 241,8 ..... 01 a 04 50 a 400  
  Basófilos ..... 00,4% ..... 24,6 ..... 00 a 02 00 a 200  
  Linfócitos ..... 34,9% ..... 2163,8 ..... 20 a 50 1000 a 5000  
  Monócitos ..... 08,9% ..... 351,8 ..... 03 a 10 150 a 1000

PLAQUETAS

Valor Encontrado ..... 138.000 /mm<sup>3</sup> ..... 150.000 a 400.000/mm<sup>3</sup>

Mônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo  
Biomédica  
CREM 1996

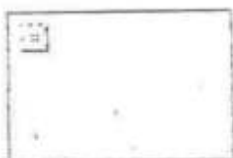
Aline Karla Costa Ljal  
Biomédica  
CREM 3637

Anne Regina P.C. Carvalho  
Biomédica  
CREM 0776

Fernando S. Almeida  
Biomédica  
CREM 2860

Camilla Figueiredo Chianca  
Biomédica  
CREM 4928

Jaqueline Licia dos Santos  
Biomédica  
CREM 2675



Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia

Data: 09/07,  
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: 999710331/999576298  
Idade: 44 anos

**CREATININA**

Data Coleta: 09/07/2018 15:45

Método: Jaffe  
Método: Jaffe

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

Método: Enzimas  
Método: Enzimas

Resultado ..... : 101 mg/dl

**Referência**

50 a 99 mg/dl.

**UREIA**

Data Coleta: 09/07/2018 15:45

Método: Jaffe  
Método: Enzimas Colorimétrico

RESULTADO ..... : 27 mg/dl

**Referência**

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

Mônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo  
Biomédica  
CRBM 1585

Ailene Karis Costa Liel  
Biomédica  
CRBM 3637

Anne Regina P.C. Carvalho  
Biomédica  
CRBM 0776

Fernanda S. Almeida  
Biomédica  
CRBM 2860

Camilla Figueiredo Chianca  
Biomédica  
CRBM 4928

Jaqueline Lúcia dos Santos  
Biomédica  
CRBM 2875

ato dos Resultados de Exame

Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia

Data: 08/07,  
Hora: 13:45

Laboratório

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

Data 08/07/2018 16:00  
Convênio Sus  
Med. Sol:  
Bairro:  
Telefone: 999710031/999578298  
Idade: 44 anos

TEMPO DE PROTOMEINA

Data Coleta: 08/07/2018 13:45

Método: Plasma  
Método: Autoanálise

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

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

INDICAÇÃO	RNI
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

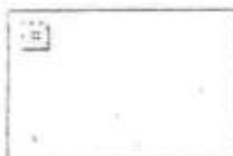
Alinne Karis Costa Lal  
Biomédica  
CRBM 3697

Anne Regina P. C. Carvalho  
Biomédica  
CRBM 0776

Fernanda S. Almeida  
Biomédica  
CRBM 2860

Camilla Figueiredo Chianca  
Biomédica  
CRBM 4928

Jaqueline Licia dos Santos  
Biomédica  
CRBM 2875



Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia

Data: 06/07/2018  
Hora: 15:43

Laboratório

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

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

## TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTPA)

Data Coleta: 06/07/2018 15:43

Método: Plasma Coagulável  
Método: Coagulável

Tempo de Tromboplastina (TTPA)

37,9 Segundos

Referência

30 a 40 seg.

Mônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo  
 Biomedica  
 CRBM 1386

Alinne Karla Costa Liel  
 Biomedica  
 CRBM 3697

Anne Regina F.C. Carvalho  
 Biomedica  
 CRBM 0776

Fernanda S. Almeida  
 Biomedica  
 CRBM 2860

Camilla Figueiredo Chianca  
 Biomedica  
 CRBM 4320

Jaqueline Licia dos Santos  
 Biomedica  
 CRBM 2875

Nº: Lázaro Pereira de Menezes Admissão:

Metricula: 104850  
Leito:

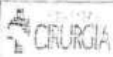
**CIRURGIA**

**FICHA DE EVOLUÇÃO  
FISIOTERAPIA**

M ( ) T ( ) NI ( )	DATA: <u>11/04/18</u>	FC:	FR:	PA:	T:	M ( ) T ( ) NI ( )	DATA:	FC:	FR:	PA:	T:
AP:	GCS:	RASS:	IMS:	MRC:	NC:	AP:	GCS:	RASS:	IMS:	MRC:	NC:
VA:	Sedação:	DVA:	SpO <sub>2</sub> :								
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:
Modif. Vent.:	Cest:	Cdin:	Res:	IRRS:	PaO <sub>2</sub> /PIO <sub>2</sub> :	Modif. Vent.:	Cest:	Cdin:	Res:	IRRS:	PaO <sub>2</sub> /PIO <sub>2</sub> :
PROTÓCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOCE: ( ) NÍVEL 1 / ( ) NÍVEL 2 / ( ) NÍVEL 3 / ( ) NÍVEL 4						PROTÓCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOCE: ( ) NÍVEL 1 / ( ) NÍVEL 2 / ( ) NÍVEL 3 / ( ) NÍVEL 4					
Reavaliação: <u>Reavaliação na sala, resultados satisfatórios</u>						Reavaliação:					

CONDUZTA: ( ) FISIOTERAPIA MOTORA ( ) FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA						CONDUZTA: ( ) FISIOTERAPIA MOTORA ( ) FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA							
DESEMPENHO: ( ) S / ( ) D / ( ) P - Horas: ( ) 2 / ( ) 4 / ( ) 6 - FALHOU PROJ?						DESEMPENHO: ( ) S / ( ) D / ( ) P - Horas: ( ) 2 / ( ) 4 / ( ) 6 - FALHOU PROJ?							
( ) THB	( ) ENM	( ) MRA	( ) TRE	VNI (tipo):	Tempo:	( ) THB	( ) ENM	( ) MRA	( ) TRE	VNI (tipo):	Tempo:		
( ) TEP	( ) Ex. Resp	( ) Transporte	( ) TMR	( ) Monit	( ) Intub	Outras:	( ) TEP	( ) Ex. Resp	( ) Transporte	( ) TMR	( ) Monit	( ) Intub	Outras:
( ) RPPH	( ) Posic	( ) Cuff	( ) MAN	( ) RCP	( ) Extub		( ) RPPH	( ) Posic	( ) Cuff	( ) MAN	( ) RCP	( ) Extub	
Motora: ( ) Passiva	( ) Ativo-assistida	( ) Ativo	( ) Resistido										
( ) SL	( ) S/c/MIMII pend	( ) SP	( ) ORT	( ) S/L	( ) ME	( ) DEA	( ) SL	( ) S/c/MIMII pend	( ) SP	( ) ORT	( ) S/L	( ) ME	( ) DEA
Secreção: ( ) P ( ) M ( ) G ( ) F ( ) E	( ) MU ( ) S ( ) MS	( ) MP	( ) Am	( ) Ev	( ) Ros		Secreção: ( ) P ( ) M ( ) G ( ) F ( ) E	( ) MU ( ) S ( ) MS	( ) MP	( ) Am	( ) Ev	( ) Ros	
OBS:						OBS:							
Fisioterapeuta/CREFITO						Fisioterapeuta/CREFITO							

EXAMES REALIZADOS						EXAMES REALIZADOS						
EXAME	HORA	RESULTADOS				EXAME	HORA	RESULTADOS				
GASO:		pH:	PaO <sub>2</sub> :	PCO <sub>2</sub> :	HCO <sub>2</sub> :	BE:	GASO:	pH:	PaO <sub>2</sub> :	PCO <sub>2</sub> :	HCO <sub>2</sub> :	BE:
GASO:		pH:	PaO <sub>2</sub> :	PCO <sub>2</sub> :	HCO <sub>2</sub> :	BE:	GASO:	pH:	PaO <sub>2</sub> :	PCO <sub>2</sub> :	HCO <sub>2</sub> :	BE:
RAIO X:		OUTROS:				RAIO X:		OUTROS:				
DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:						DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:						
CONDUTAS: FISIOTERAPIA ( ) MOTORA ( ) RESPIRATÓRIA						CONDUTAS: FISIOTERAPIA ( ) MOTORA ( ) RESPIRATÓRIA						
Fisioterapeuta/CREFITO						Fisioterapeuta/CREFITO						
DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:						DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:						
CONDUTAS: FISIOTERAPIA ( ) MOTORA ( ) RESPIRATÓRIA						CONDUTAS: FISIOTERAPIA ( ) MOTORA ( ) RESPIRATÓRIA						
Fisioterapeuta/CREFITO						Fisioterapeuta/CREFITO						



HOSPITAL DE CLINICAS  
"DR. AUGUSTO LETE"

Data: 08/01/18  
 Paciente: Lazaro Pereira de Menezes  
 Internação: 030418  
 Unidade:   
 Letão: B2

Item	Distribuição de Horário					
	1º Turno		2º Turno		3º Turno	
	7 às 13h	Ass.	13 às 19h	Ass.	19 às 7h	Ass.
Oral p/ HIAS	SND					
Geleco hidrolizado						
Omeprazol 20mg O1 CP VO às 6h;						06
<del>Cefalotina 1g EV de 6/6h</del>						
Dipirona 2-8ml AD EV 6/6h SOS	SOS					20:30
PiZiti 2-8ml AD EV 6/6h SOS	SOS					
Captopril 25mg VO se PA > 160x100mmHg SOS	SOS					
Profenid 100mg + 100ml SF EV 12/12h SOS	SOS					
Tramal 100mg + 100ml AD EV 6/6h SOS	SOS					
Gleaxane 40mg 1x/dia SC;	10					20
Glicemia capilar de 6/6h;	12		88		24	06
Glicose 25% - 04 amp. IV se glicemia < 70mg/dl						
Insulina Regular, SC, Conforme esquema:	Até					
180= 0U 181-250=02U 251-300=04U	301-		178			
350=06U 351-400=08U >401=10U						
Sinais vitais e cuidados gerais de 6/6h	08		14		20	06

Disciplina: Diagnóstica  
 M. K. D. T. C.  
 CRM/SE 3661

Joselaine de Freitas Oliveira  
 Técnica de Enfermagem  
 COREN/SE 1040158

DPVAT/RJ  
 07 JAN 2019  
 SEGURADORA  
 MIBMI



DATA: 09/01/20  
 CONVÊNIO: SUS  
 PACIENTE: WILSON PEREIRA Jr  
 UNIDADE: ORTOPÉDICA 1711-26

Nº DO PRONTUÁRIO  
 IDADE:

LEITO: 82

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	<del>18</del>		(18)		<del>18</del>	
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	<del>18</del>					
7	FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA						
8	CURATIVO DIARIO 1XDIA						
9	SINAIS VITAIS E CCGG 06/06HS	<del>18</del>		(18)		<del>18</del>	
10							
11	HEMINA ME SDD 07 SC 12/12h	(10)				(10)	
12	OPTOPAN 05 WO SF 12/12h						
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							

Mariana

Dr. Cícero...  
 CRM-SE 2935



Handwritten signature and stamp at the bottom right.



HOSPITAL DE CLÍNICAS  
"DR. AUGUSTO LEITE"

Data: 30/07/18 Convênio: SUS Matrícula: 1091852  
 Paciente: Lazaro Pereira de Almeida Idade: 44 anos  
 Internado em:     /     /     Unidade:     Leito: B2

PRESCRIÇÃO MÉDICA		Distribuição de horário						Requisição de Enfermagem	
		1º Turno		2º Turno		3º Turno		Quant.	Discriminação
Item		07 às 13h	Ass.	13 às 19h	Ass.	19 às 07h	Ass.		
1	Dieta Branda Livre SF 0,9% ----- 1000 ml Uso: IV, 28 gts/min			SOS	16	SOS			
2	SG 5% ----- 1000 ml Uso: IV, 28 gts/min	SOS				SOS			
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-36443.025
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				24			Magaly Reis da Silva COREN-379.405 - ENF
11	Rx de controle								
12	Cuidados Gerais								

*Handwritten signature and notes:*  
 Banda de alívio, SOS  
 [Signature]

*Handwritten notes:*  
 11/03/18 Rita

*Handwritten signature:*  
 Augusto Leite

Dr. Gilson Teixeira  
 Ortopedia/Traumatologia  
 CRM-SE 4043

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

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

UNIDADE:

07/01/19

CRUZIA

PACIENTE: Carvalho Pereira de Menezes MATRÍCULA:  
 IDADE: \_\_\_\_\_ SERVIÇO: \_\_\_\_\_ APTO: \_\_\_\_\_ QUARTO: \_\_\_\_\_ ENFERM. LEITO: \_\_\_\_\_ CONVÊNIO: \_\_\_\_\_

DATA E HORA	EVOLUÇÃO
08/07	<p># mal dia das costas de perna e # HAS                      aguda, com sint. de aumento de volume                      de membros na 2.ª dia com dor deform. e limit.                      de movim. em perna e.                      CD II: TECO/LEITE/AAA                      em uso de dala magnum: mal em MIE,                      dialis neur, perf adequada, TEC ≤ 25,                      CD 120/80/80.</p>
	<p><i>Dr. Carlos S. Donnenberg</i>                      MÉDICO                      CRM/RJ 5461</p>
	<p><i>Dr. Celso S. Mendes Escobar</i>                      CA TOLOGIA                      CRM-RJ 20359</p>
	<p>Prat. USSG PERNA E                      HAS                      Plano como ref                      evolu. sem intenções                      neg                      ai to crônicas</p>

MBM  
 SEGURADORA  
 07 JAN 2019  
 DPVAT/RJ





# ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME: Luciano Passos  
 IDADE:        LEITO: B02 REGISTRO:        UNIDADE: Ortopedia 02

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

DATA:  
07:00 às  
13:00 h

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 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 <u>02</u> vezes	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico	
9-EVACUAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero <u>      </u> vezes	Alterações nas fezes:	
10-DIURESE: Ausente: <u>      </u> horas <input checked="" type="checkbox"/> Presente: <u>      </u> vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input checked="" type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

DATA:  
15:00 às  
19:00 h

15:45 pt admitido neste setor provavelmente do Juse, acompanhado de familiares, em maca com posicionamento.

18:00 pt ocorreu dieta

18:30 pt segue sob cuidados da enfermagem

Assinatura e identificação

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  
 10-DIURESE: Ausente: \_\_\_\_\_ horas  Presente: \_\_\_\_\_ vezes  
 Alterações nas fezes:  Dor  Ardor  Dificuldade  
 Alterações na urina: \_\_\_\_\_

19:00 às 07:00 h  
 DATA: 7/10/2015

Paciente acordado no leito em decúbito dorsal  
 Paciente querendo-se de algia, administrado dipirona 500  
 Paciente querendo-se de algia, administrado tramal 50  
 Paciente querendo-se de algia, administrado tramal 50  
 Paciente querendo-se de algia, administrado tramal 50  
 Paciente querendo-se de algia, administrado tramal 50  
 Paciente querendo-se de algia, administrado tramal 50  
 Paciente querendo-se de algia, administrado tramal 50

Assinatura e Verificação  
 [Assinatura] 15/10/15

HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06	HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
Temperatura						36		36				36	Glicemia												
Pressão Arterial						120	80	120				120	Escala de Dor												
F. Cardíaca						87		97				79													
F. Respiratória						17		17				17													

	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06
1-Aspiração (1) TOT (2) TQT (3) Orofaringe (4) Nasal																								
2-Troca de Fralda																								
3-Higiene (1) Oral (2) Ocular (3) Intima																								
4-Banho (1) Leito (2) Cadeira de banho (3) Banheiro																								
5-Curativo Operatório:																								
6-Curativo de Lesão por Pressão:																								
7-Mudança de Decúbito:																								
8-Elevação de cabeça																								

NUM: Caetano Pereira de Menezes  
 IDADE:      LEITO: B2 REGISTRO:      UNIDADE: Ortopedia

DATA: 07/07/2018

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:     

07:00 às 13:00 h

07 Paciente encontra-se no leito, em uso de gelco hidrolizante e em MSE.

09:00 Afereido SSV.

10:00 Afereido lanche, não administrado clonazepam 0,5mg pois paciente aguardando.

12:00 Afereido diurese 169 mg/dl.

Assinatura e identificação  
Dayane Santos Bezerra  
Téc. Enfermagem

DATA: 07/07/2018

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:     

13:00 às 19:00 h

13:00 Paciente calmo no leito em uso de AUP e gelco hidrolizante sem queixas.

14:00 Afereido SSV.

15:00 Adm. Inicial de SDS, oxiteno e lanche.

18:00 Paciente calmo, oxiteno e fontes aferido.

Assinatura e identificação  
Luziane  
Assinatura e identificação  
CORENSE 364517

DATA: 19:00 às 07:00 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: Absente: \_\_\_\_\_ vezes  Presente: \_\_\_\_\_ vezes      Alterações na urina:  Dor  Ardor  Dificuldade

19:00 Paciente encontra-se, no leito acordado, consciente; deitado em uso de: gelo microclizado.

21:00 oferecido dieta prescrita.

22:00 Administrado Proferin de horário.

24:00 Administrado medicação de horário, paciente segue dos cuidados da equipe de enfermagem.

06:00 Administrado medicação de horário, paciente segue dos cuidados da equipe de enfermagem.

Assinatura e identificação  
Téc. em Enfermagem  
Cristina de Azevedo

HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06	HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
Temperatura	36,1			36,1				36,0				36,0	Glicemia												
Pressão Arterial	124x103			110x90				120x80				110x80	Escala de Dor												
F. Cardíaca	81			86				87				87													
F. Respiratória	19			19				17				17													

	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06
1-Aspiração (1) TOT (2) TQT (3) Orofaringe (4) Nasal																								
2-Troca de Fralda																								
3-Higiene (1) Oral (2) Ocular (3) íntima																								
4-Banho (1) Leito (2) Cadeira de banho (3) Banheiro																								
5-Curativo Operatório:																								
6-Curativo de Lesão por Pressão:																								
7-Mudança de Decúbito:																								
8-Elevação de cabeça																								

NOME: Luiz Carlos Pereira de Azevedo  
 IDADE: 44 LEITO: 63 REGISTRO: \_\_\_\_\_ UNIDADE: Ortopedia IV

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  
 DATA: 07:00 às 13:00 h      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: \_\_\_\_\_

Assinatura e identificação

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  
 DATA: 13:00 às 19:00 h      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: \_\_\_\_\_

15:40h paciente recebeu do CC em maca calma, paciente orientado, realizado exame x de pé sem queixas no momento.  
 16h Adm. Normal de pressão  
 18h Adm. Antak, keflex, acetam. dilta

8  
DATA: 10/07/19:00 às 07:00 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:

19h Paciente acordado no leito em decúbito dorsal  
 20h Realizado medicação de horário  
 21h Aliviado dor  
 22h Administrado medicação de horário  
 24h Administrado medicação de horário  
 Paciente dormindo tranquilamente  
 06h Administrado medicação de horário  
 Paciente segue as cuidados da equipe de enfermagem

Assinatura e Identificação  
JUS 7032

HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06	HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
Temperatura					36,5		36,6					36,6	Glicemia												
Pressão Arterial					140x78		140x100					140x100	Escala de Dor												
F. Cardíaca					82		82					82													
F. Respiratória					17		17					17													

	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06	
1-Aspiração (1) TOT (2) TQT (3) Orofaringe (4) Nasal																									
2-Troca de Fralda																									
3-Higiene (1) Oral (2) Ocular (3) Intima																									
4-Banho (1) Leito (2) Cadeira de banho (3) Banheiro																									
5-Curativo Operatório:																									
6-Curativo de Lesão por Pressão:																									
7-Mudança de Decúbito:																									
8-Elevação de cabeceira																									

IDADE: 44    LETO: B2    REGISTRO: 3041852    UNIDADE: Ortopedia 4  
 Nome: Bozaro Kenia de Menezes

DATA: 11/01/2018  
 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:

7:00 Paciente encontra-se no leito, em uso de monitoragem  
 8:00 aferido SSV, instalados tubos IV.  
 10:00 oferecido lanche  
 12:00 presente para alta hospitalar.



Assinatura: Stefanie Bezerra  
 Terc. de Enfermagem  
 ANO 2018, SE 004103

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    8-INGESTÃO:  Aumentada  Normal  Diminuída  Anoréxico  
 9-EVACUAÇÃO:  Sólida  Pastosa  Líquida  Zero    Alterações nas fezes:  
 10-DIURESE: Ausente: \_\_\_\_\_ horas  Presente: \_\_\_\_\_ vezes    Alterações na urina:

(Empty space for additional notes)

Assinatura e identificação

DATA:	19:00 às 07:00 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 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										

HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06	HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
Temperatura	36,2												Glicemia												
Pressão Arterial	136/82												Escala de Dor												
F. Cardíaca	76																								
F. Respiratória	17																								

	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06	
1-Aspiração (1) TOT (2) TQT (3) Orofaringe (4) Nasal																									
2-Troca de Fralda																									
3-Higiene (1) Oral (2) Ocular (3) Intima																									
4-Banho (1) Leito (2) Cadeira de banho (3) Banheiro																									
5-Curativo Operatório:																									
6-Curativo de Lesão por Pressão:																									
7-Mudança de Decúbito:																									
8-Elevação de cabeceira																									

Rx / Outop

MS/DATASUS HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO  
No. DO BR: 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 [ ] ULTRASSONOGRRAFIA

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

*Pe. com acidente automobilístico  
trauma fechado para 29. Sem outras  
lesões. Exame radiológico. ABCD = 0 E = adeno  
ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM: de primeira para 29. Sap. a pte.  
sinal, tóxico, abdominal e unss = sem feridas*

DIAGNOSTICO: Trauma para 29. CID: S81

PRESCRICAO | HORARIO DA MEDICACAO

- 1) Anal. ortopedica
- 2) Rad. Bacia AP  
para 29 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

Fátima S. Pereira  
ANATOMIA PATOLÓGICA  
Cirurgia Geral / Endoscopia  
SEGUROURADORA  
ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO  
07 JAN 2019  
EXAME DE RADIOLOGIA - MUSE  
REALIZADO EM 06/07/18  
AS 11:17  
DPVAT/RJ  
TÉCNICO EM RADIOLOGIA

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL  
*Duque Lis Faust*

Resma

EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

Logan Pereira de Moraes

DATA	HORA	HISTÓRICO
06/07/18		# Integridade #
(21/524)		# Paciente estab. viciado. Apresenta queixa de dor e inestabilidade à ortopedia às 21:15h. Apresentando-se com lesão ligamentar fechada do tornozelo esquerdo.
		Ed: 1) Med. 2g @, assu
		2) Intermédios vazios
		3) Exames pré-operatórios
		4) T do diagnóstico

Dr. Washington Batista  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM - 11111

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

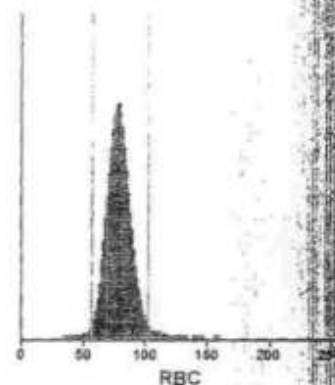
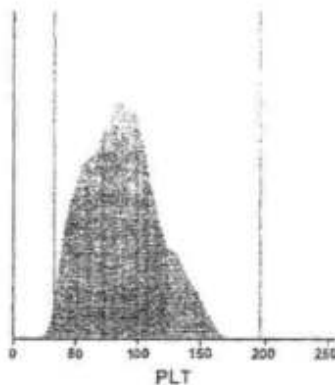
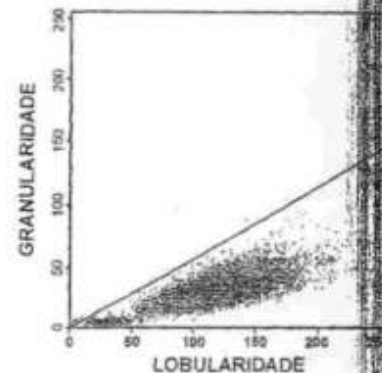
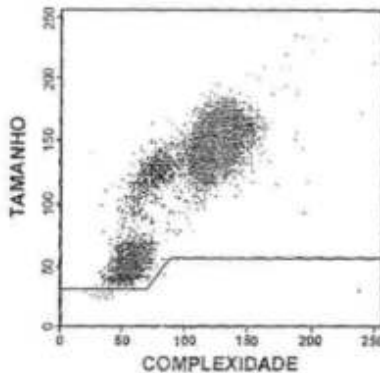
Tipo Am Patient  
 DN 28/7/1973 Sex Ignorado  
 DT/HR Coleta  
 Obs 1  
 Obs 2

SEQ# 5483 IDOP Adm  
 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

INTERPRETAÇÃO

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

ANORMAL. DEF. POR USUÁRIO:  
 Leucocitose  
 Neutrofilia

PLT Macrocitica

NOTA	DATA

LIM. REF			
WBC 4.00-10.0		RBC 4.30-5.90	PLT 140-450.
NEU 1.00-8.00	40.0-80.0 %	HGB 11.5-15.7	MPV 6.90-10.6
LYM .800-4.00	20.0-40.0 %	HCT 40.0-52.0	
MONO .800-1.00	2.00-10.0 %	MCV 76.0-96.0	
EOS .400-6.00	1.00-6.00 %	MCH 27.0-32.0	
BASO 0.00-2.00	0.00-1.00 %	MCHC 31.0-36.0	
		RDW 11.0-16.0	

*Handwritten signature*



ECG de Repouso

Exame: 16690

Reg.Clin.:VERDE TR

Data: 07/07/2018

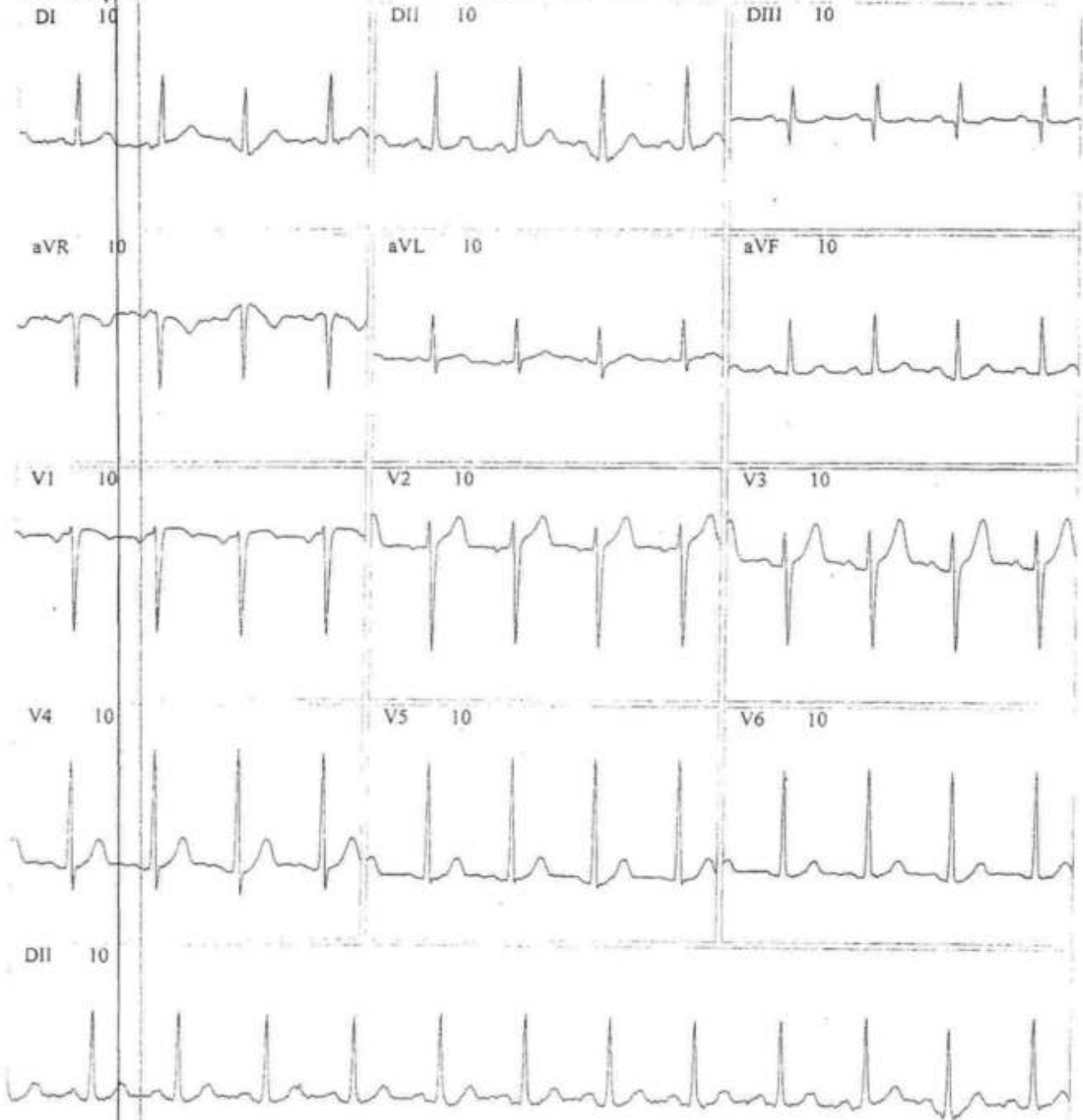
Nome: LAZARO PEREIRA DE MENEZES -HUSE 07.07.2018

Nasc.: 28/07/1973

FC 103 bpm

Filtros: 60Hz Muscular

Vel.: 25,mm/s



PRÉ OPERATÓRIO.

(c) MICROMED Biotecnologia



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



PRONTO SOCORRO ADULTO	PRESCRIÇÃO MÉDICA
HUSE	

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

DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
<i>06/07/18</i>	<i>① Dite livre.</i>	<i>SND</i>
<i>②</i>	<i>365% 1500 - 4 (EV) - 24L - 500</i>	<i>500 500</i>
<i>③</i>	<i>Ticod 100g + SF09% 100L, EV, 8/8L - 505</i>	
<i>④</i>	<i>Profenid 100g + SF09% 100L, EV, 12/12L - 07</i>	<i>07/07</i>
<i>⑤</i>	<i>Dipirona 2ml + 18 - AD, (EV) 27</i>	
<i>⑥</i>	<i>Clonit 01mg + AD, EV, 8/8L - 505 - 501</i>	
<i>⑦</i>	<i>CC 66 + SSVV.</i>	
<i>⑧</i>	<i>Clonore 60mg, SC, 1x/die</i>	<i>07/07</i>
<i>⑨</i>	<i>Exames pré-operatórios</i>	

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

MEMBRO 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	
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 = Ø      251 – 300 = 4U      351 – 400 = 8U	
13	201 – 250 = 2U      301 – 350 = 6U      > 400 = 10U	
14	Glicose 25%, 40ml, IV, se glicemia < 70	
15	Captopril 25mg, VO, se PAS > 180mmHg ou PAD > 110mmHg SOS	
16	CCGG + SSVV 6h/6h	
17	Gentamicina 240mg, EV, 1x/dia SUSP	
18	CURATIVO DIARIO 1X/DIA	
19	<i>Transparência para Hospital Cangua</i>	
20		
21	<i>Dr. Wagner José Aguiar de Santo</i>	
22	<i>MÉDICO</i> CRM-SE 2377	
23		
24		
25		

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

# Paciente estive rônico, alcoolizado no momento.  
Liberado pela cirurgia geral, apresenta-se com  
fratura fechada de mão de primeira segunda,  
em manuseio distal.

- Id: (1) Internamento hospitalar  
(2) Reforço eq, @, agora. H  
(3) Exames pré-operatórios  
(4) Tala curativa

Dr. Washington Batista  
Ortopedia Traumatologia  
Cada. 4290

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

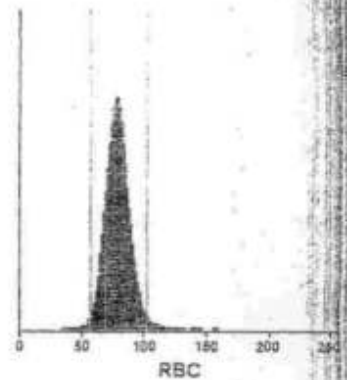
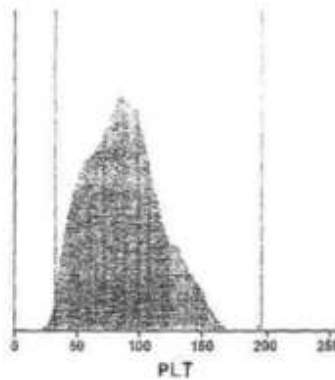
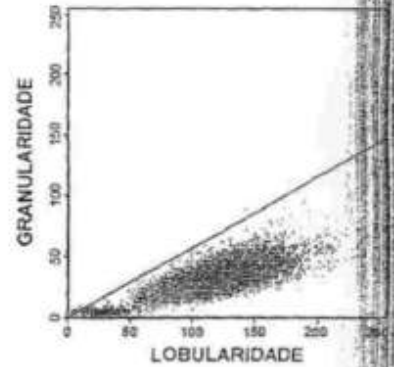
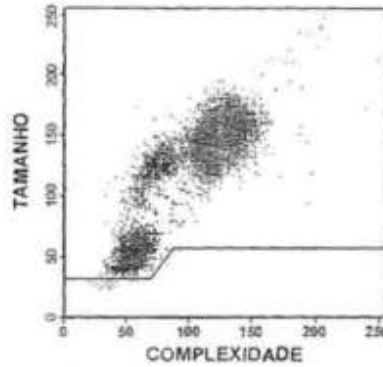
Tipo Am Patient  
 DN 28/7/1973 Sex Ignorado  
 DT/HR Coleta  
 Obs 1  
 Obs 2

SEQ# 5483 IDOP 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			
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-.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

*[Handwritten signature]*



**LAB HUSE**

Relatório de amostras

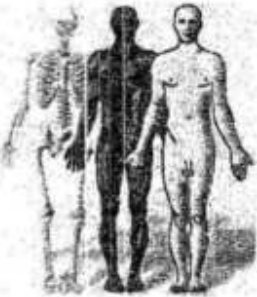
**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: Lazaro Fernandes de Moraes 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 Lima
- Instrumentador: Adriano Kleber
- Anestesiologista: Dr Fabiano
- Circulante: Flavio

**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 ( ) PANI ( ) Pressão invasiva: \_\_\_\_\_
- Técnicas Anestésicas: ( ) Geral venosa ( ) Geral intravenosa ( ) Geral combinada ( ) Peridural com cateter Peridural sem cateter ( ) Raqui-anestesia ( ) Bloqueio ( ) Sedação ( ) Local
- Posição Cirúrgica: ( ) Dorsal ( ) Ventral ( ) Ginecológica ( ) Lateral D ( ) Lateral E ( ) Outras \_\_\_\_\_
- Local da placa dispersiva: \_\_\_\_\_
- Incisão Cirúrgica - local: \_\_\_\_\_
- 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 cirurgia, após acesso de acesso, monitoragem do PA 110x82 mmHg, Pulso 95, ECG 78, após o acesso p/ termo de acesso paciente encaminhado p/ sala de SRPA p/ intercorrência

*Marcia Santos Costa*  
 Téc. de Enfermagem  
 COREN/SE 454851

ASSINATURA: tec flavio  
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 bloqueio →

ASSINATURA:

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

HORARIO: 15:00 h. Paciente internado para ser usado de bloqueio por efeito analgésico →

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

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 : 200.501366089251	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 Ermano Pereira de Menezes				DATA DO NASCIMENTO 28/07/1973
NOME DA MÃE Maira Jose de Menezes				SEXO: Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>
ENDEREÇO COMPLETO São Francisco N 298 Centro				MUNICÍPIO EM QUE RESIDE Maringá
DATA DE INTERNAÇÃO 08/07/18	HORA DE INTERNAÇÃO 16 Hs. 00 Min.	CARÁTER <input checked="" type="checkbox"/> URG <input type="checkbox"/> ELETIVA	TIPO 2	NÚMERO DO LEITO B
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			
<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	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
<input type="checkbox"/> 9 - HEMODERIVADOS	<input type="checkbox"/> 12 - UTI II	PROCEDIMENTO 1	QTDE	PROCEDIMENTO 2	QTDE
<input type="checkbox"/> 10 - USO DE ÓRTESE/PRÓTESE	<input type="checkbox"/> 13 - UTI III	PROCEDIMENTO 3	QTDE	PROCEDIMENTO 4	QTDE
<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 - PSIQIATRIA	<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 DO LAUDO

MÉDICO SUPERVISOR  
(ASSINATURA / CARIMBO)

Dr. Ana Carolina Damasceno  
Sup. Médica  
C.R.M. 2243  
CPF 880.011.136-16

MÉDICO AUTORIZADOR  
(ASSINATURA / CARIMBO)

CPF / MÉDICO AUTORIZADOR

MÉDICO COORDENADOR DA AUDITORIA  
(ASSINATURA / CARIMBO)

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: 1143

IDENTIFICAÇÃO DOS PRODUTOS

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

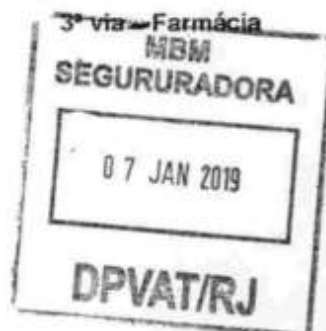
Nome: Ortoplan CNPJ: \_\_\_\_\_  
 Carimbo e assinatura: \_\_\_\_\_

CONTROLE DA FARMÁCIA

Data do recebimento: \_\_\_\_\_  
 Farmacêutico: \_\_\_\_\_

1ª via - Prontuário

2ª via - Fornecedor





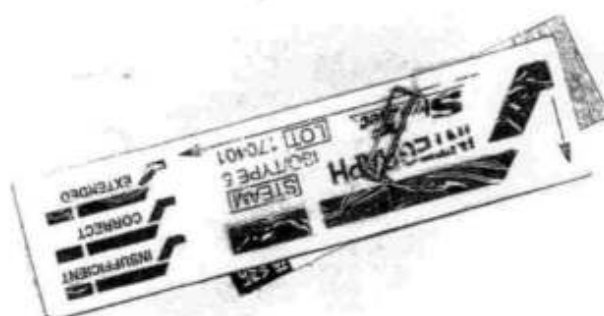
# FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL CIRURGIA

## RASTREABILIDADE DE INTEGRADORES QUÍMICOS

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

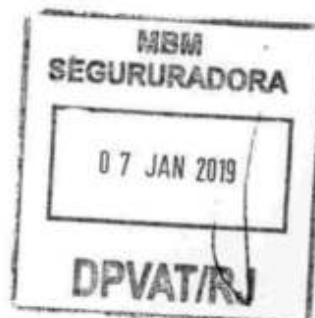
### GRAMPEAR INTEGRADORES QUÍMICOS NOS ESPAÇOS ABAIXO

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. Oviedo Teixeira - Sala 817  
 Telefax: (79) 3222-0250 / 3222-0383 - CEP 49010-030 Aracaju - SE

PACIENTE: Leandro Pereira de Menezes  
 Nº DAAIH: \_\_\_\_\_ PRONTUÁRIO Nº 1041852  
 DATA DA CIRURGIA: 10.07.18 CONVÊNIO: SUS  
 CIRURGIÃO: Rafaelo Pina 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			Parafuso para Haste Bloqueada		
	Placa A/ C Estreita Peq. Fragtos 3,5			Parafuso 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		<i>10x 01</i>	Fixador Linear ( Mão e Pé)		
	Placa A/ C Larga 4,5			Fixador Linear ( Femur/Tibia)		
	Placa Ponte Larga 4,5			Fixador Linear (Fêmur)		
	Placa Semitubular 4,5			Fixador Linear (Tibia)		
	Placa Reta Maleável 4,5			Fixador Linear TP Preston (Tibia)		
	Placa Supra Condilar 4,5			Fixador Linear TP Preston (Úmero)		
	Placa em L / T 4,5 <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda			Fixador Linear TP Preston (Fêmur)		
	Placa Tipo Puddu <input type="checkbox"/> Fêmur <input type="checkbox"/> Tibia			Fixador Articulado (TP Colles)		
Fra. Colo	Placa Tubo Richards <input type="checkbox"/> 95° <input type="checkbox"/> 135°			Fixador Iizarov		
	Parafuso Deslizante			Lâmina de Cartilagem		
	Parafuso de Compressão			Lâmina de Osso		
Quadril	Prótese Thompsom			Equip. p/ Bomba Infusão		
	Parafuso p/ Acetabulo			Equip. Multivias		
	Acetábulo Bipolar			Ponteira de Radiofrequência (Ablator)		
	Acetábulo N/ Cimentado			Parafuso Transverso		
	Acetábulo Cimentado			Parafuso de Interfêrencia		
	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	Nº	QTD	PARAFUSO TITANIO	Nº	QTD
CORTICAL ____MM			CORTICAL ____MM		
PARAFUSO CORTICAL 3,5MM			PARAFUSO TITANIO CORTICAL ____MM		
PARAFUSO ESPONJOSO 4,0MM			PARAFUSO TITANIO BLOQUEADO ____MM		
PARAFUSO CORTICAL 4,5MM			PARAFUSO TITANIO BLOQUEADO ____MM		
PARAFUSO MALEOLAR 4,5MM			PARAFUSO <input type="checkbox"/> AÇO <input type="checkbox"/> TIT CANULADO 3,5		
PARAFUSO ESPONJ. R/16 CURTA			PARAFUSO <input type="checkbox"/> AÇO <input type="checkbox"/> TIT CANULADO 4,5		
PARAFUSO ESPONJ. R/32 LONGA			PARAFUSO <input type="checkbox"/> AÇO <input type="checkbox"/> TIT CANULADO R/16		
PARAFUSO TIPO HERBERT			PARAFUSO <input type="checkbox"/> AÇO <input type="checkbox"/> TIT CANULADO R/32		



FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA  
FICHA DE CONSUMO SALA CIRURGICA

PACIENTE: Lazaro Pereira de Mendonça MATRÍCULA: 1041852 CONVÊNIO: Sus  
CIRURGIA REALIZADA: fratura de torçao DATA: 10/11/18 CIRURGIÃO: Dr. Roberto Lip  
1º AUXILIAR: omodo 2º AUXILIAR: \_\_\_\_\_  
ANESTESIA: no qui ANESTESIOLOGISTA: Dr. Fabricio  
CIRULANTE: Manoel

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

Nº DAAIH: \_\_\_\_\_

PRONTUÁRIO Nº 1041852

DATA DA CIRURGIA: 10.07.18

CONVÊNIO: Seus

CIRURGIÃO: Roberto Lima

PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

**DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS UTILIZADOS**

Nº 017150

	MATERIAL	REF.	QUANT.	MATERIAL	REF.	QUANT.
Peg. Fragmentos	Arruela p/ Parafuso 3,5			Haste Bloqueada <input type="checkbox"/> Fêmur <input type="checkbox"/> Tibia <input type="checkbox"/> Umero		
	Placa em T 3,5			Parafuso para Haste Bloqueada		
	Placa A/ C Estreita Peq. Fragtos 3,5			Parafuso Tampão		
	Placa 1/3 Tubular Peq. Fragtos 3,5			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 ( Fêmur/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)		
	Placa Tipo Puddu <input type="checkbox"/> Fêmur <input type="checkbox"/> Tibia			Fixador Articulado (TP Colles)		
Fra. Colo	Placa Tubo Richards <input type="checkbox"/> 95° <input type="checkbox"/> 135°			Fixador Ilizarov		
	Parafuso Deslizante			Lâmina de Cartilagem		
	Parafuso de Compressão			Lâmina de Osso		
Quadril	Prótese Thompson			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	___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

MBW SEGURADORA  
07 JAN 2019  
DPVAT/RJ



HOSPITAL DE CLÍNICAS R. AUGUSTO LEITE  
**RELATÓRIO DO ATO CIRÚRGICO**

UNIDADE:

PACIENTE: Osório 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-OPERATÓRIO: \_\_\_\_\_

EQUIPAMENTOS

<input type="checkbox"/> B. E. / BIPOLAR	<input type="checkbox"/> TRÉPANO ELÉTRICO
<input type="checkbox"/> SERRA ELÉTRICA	<input type="checkbox"/> MICROSCÓPIO CIRÚRGICO
<input type="checkbox"/> FONTE DE LUZ / FIBRA ÓTICA	

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO:

Decúbito dorsal

Antisepsia

Campos

Incisão - Direção

Redução cirúrgica com fixação da tibia

Sintese do ferimento

Curativo

10/07/18  
 DATA  
 MOD. 042-HCAL

[Assinatura]  
 ASSINATURA DO CIRURGIÃO



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

RECEITUÁRIO

Nome: Leonor D. da Menezes

Mastectomia

⊙ 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 HORA: 20:28  
SETOR: 06-SUTURA

USUARIO: ELMENEZES

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : LAZARO PEREIRA DE MENEZES DOC...:  
 IDADE.....: 44 ANOS NASC: 28/07/1973 SEXO...: MASCULIN  
 ENDERECO.....: 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  
 RESPONSAVEL...: 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

TA: [ ] 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: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

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

MBM  
**SEGUROADORA**  
 [ ] DESISTENCIA  
 07 DEZ 2019

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):  
 TIPO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] NAT. PATO.  
 DPVAT/RJ

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

EXAME DE RADIOLÓGICO - FUSO  
 REALIZADO EM 06/07/18  
 AS 21:17 HORAS

= Seciunt ut hinc videntur, theodolitus in manu  
liberando pube viciosa quod, experimento in  
tactu fessura de modo fuma viciosa  
in viciosa hinc.

- 1. Integritate corporis
- 2. Viciosa, C. viciosa
- 3. Viciosa per experimento
- 4. Viciosa viciosa.

Dr. Washington Batista  
Ortopedia Traumatologia  
CRM 4290



# RELATÓRIO MÉDICO

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

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:

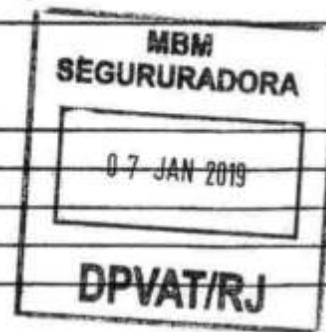
Paciente deu entrada neste serviço, apresentando trauma em pé esquerdo. Foi avaliado pela cirurgia geral que não observou alterações na região cirúrgica. Tornácion, edematosas e vermelhas por perfuração e abolição de integridade e mobilidade do antepé direito e edema e dor local em pé esquerdo. Pelo antepé direito identificado fratura fechada de metacarpo da mão esquerda e realojado no internamento ortopédico. Paciente ficou mantido sob uso de analgésicos e antibióticos, sendo encaminhado para o Hospital Curupira para tratamento especializado.

### HISTÓRICO CIRÚRGICO:

sem registro no prontuário

### EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx tórax AP  
Rx pé esquerdo (02 vistas)



### MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Fábio S. Pereira (cirurgia geral)  
Dr. Washington Batista (ortopedia e traumatologia)  
Dr. Wagner José Andrade Filho (CRM 23771)

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

ARACAJU, 20 de setembro de 2018

Marcelo Augusto P. Freitas  
Médico  
CRM 2582

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO



GOVERNO DE BRASÍLIA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUSE  
ELETROCARDIOGRAMA  
EXAMES(S) REALIZADO(S)

DATA: 27/12/18  
HORÁRIO: 09:13  
TÉCNICO: [Signature]



PRONTO SOCORRO ADULTO  
HUSE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Lúcio Pinheiro de Menezes Idade: 44 Data: 06/07/19

DATA	HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
06/07/19		(1) Dieta livre.	
		(2) 36 SY. 1500 mg, EV, 24h - 505	
		(3) Tumorol 100 mg + SF097 100 mg, EV, 8/8h - 505	
		(4) Propofol 100 mg + SF097 100 mg, EV, 12/12h - 505	
		(5) Dipirona 2ml + 18 LAD, EV, 2h	
		(6) Parol 100 mg + AD, EV, 8/8h - 505	
		(7) CC 660 + SSV.	
		(8) Paracetamol 400 mg, SC, 1x/die	
		(9) Exames pré-operatórios	

Dr. Washington Batista  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM - 4290

MBM  
SEGURADORA  
07 JAN 2019  
DPVAT/RJ

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

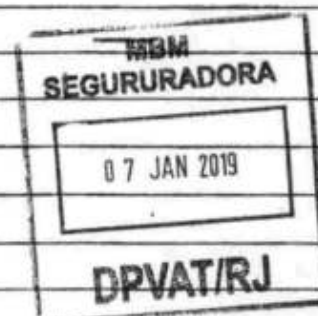
**NOME: LAZARO PEREIRA DE MENEZES**

**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	14 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	16
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 Cômputo	
20		
21	Dr. Wagner José Aguiar de Santo	
22	MÉDICO CRM-SE 2377	
23		
24		
25		





PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPICURU  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Sr. Roberto Medico

R. O paciente sofreu  
lesões de membros;  
vitima de acidente  
no trânsito no dia  
08-07-2018; tem fatura  
de Perme esquelética;  
trauma completa; se-  
quelas: Do lado da  
força muscular, tim  
do lado do membro;  
Ata de definhava, no  
dia: 18-11-2018

  
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 Bojic : 980018000  
CNES : 0002202 - 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  
Complementar :  
Carater atendimento : 02 - URGENCIA  
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	Comp	Descrição
1	04080505000	980016287809073	225151(6)	3359948	3359948	1	07/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
2	04080505000	980016287809073	225151(6)	3359948	3359948	1	07/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
3	0302050019	980016289296235	223635	0002283	0002283	1	07/2018	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM
5	0302030302	980016289296235	223605	0002283	0002283	1	07/2018	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE

**DADOS DE OPM**

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Req. ANVISA	CNPJ Fabricante
3	000036421	02.681.701/0001-69				

**VALORES DA PRÉVIA**

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

**CID SECUNDÁRIO**

Cid Característica : V041 PREEEXISTENTE  
Descrição : ESTRE TRAUM. EM COL. C/ VEIC. TRANS. PESADO OU ONIBUS - ACIDENTE DE TRANSITO

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

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

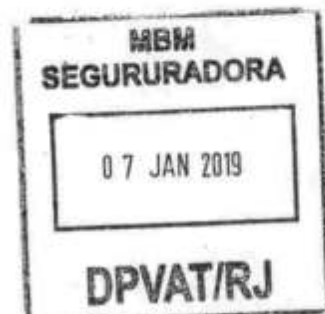
ASSINATURA E CARIMBO  
DIRETOR DO HOSPITAL

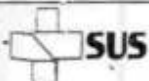
Mês 8/2018  
Pg. 9

unto

27/10/18

Dra Ana Angélica Dantas  
Superv. Médica  
CFM 2343  
CPF 880.011 135-15





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**



HOSPITAL CIRURGIA

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

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

DDD

79

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

99971-0331

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

SOBRINHA/DAMIRES MENEZES

DDD

79

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

99957-8298

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

BAIRRO SÃO FRANCISCO 298

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CRISTINAPOLIS

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

SE

19 - CEP

49270000

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

com dor moderada e limitação de movimento em joelho 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

frat. deslocada do joelho E

24 - CID 10 PRINCIPAL

S822

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

V09.1

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

reparo do joelho

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050500

29 - CLÍNICA

Ortopedia Urgência

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

( ) CNS ( ) CPF

154781805

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Manoel Sousa

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/07/18

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

36 - Nº do Conselho

CRM 866

**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

NBM

SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

07 JAN 2019

**AUTORIZAÇÃO**

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - 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)

281610014992-0

Dr. Anne Ferreira da Mota  
Ortopedia Médica / SES  
CRM - RJ 2686  
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]



Be

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 II  
TIPO: Urgência  
CONVENIO: SUS INTERNO  
PROFISSIONAL: 866-LUCIANO PASSOS DE SOUZA

PACIENTE CARTÃO SUS: 700501366049251

ATENDIMENTO: 1041852  
NOME: LAZARO PEREIRA DE MENEZES  
ENDERECO: SAO FRANCISCO N.298 Nº: 298  
BAIRRO: Centro UF: SE CEP: 49270001  
CIDADE: Cristinápolis CPF: 00048911590  
FONE: 999710331/999578298 R.G: 30354951  
DATA NASC.: 28/07/1973 IDADE: 44 SEXO: Masculino  
EST. CIVIL: Solteiro PROFISSÃO  
NOME DO PAI: PAULO PEREIRA DE MENEZES  
NOME DA MAE: MARIA JOSE DE MENEZES

RESPONSÁVEL:

*DM Jalozi*

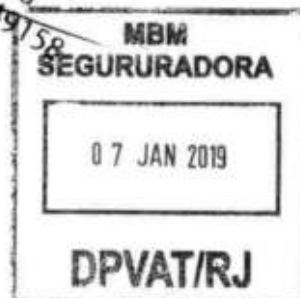
NOME DO RESPONSÁVEL: DAMIRES MENEZES / SOBRINHA  
ENDERECO:  
BAIRRO: CIDADE: UF:

DADOS COMPLEMENTARES:

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

*Rt pré OK  
pós OK*

*Andrea Bezerra  
Enfermeira  
OREN/SE 449158*



*Alta  
11.08.18  
12:00*

*Mariete Siew  
Secretária de Clínica  
Matrícula - 87137  
FOLIA*

PRE - FATURAMENTO

Pedido: 057874

Emitente.....: ORTOPLAN SERGIPE LTDA  
 Endereço.....: AV. RIO BRANCO-ENF.OVIEDO TEIXEIRA -S.813 186, CENTRO, ARACAJU - SE, 49010-030  
 Fone.....: 3222-0250/ 3222-0383 CNPJ/CPF: 02.681.701/0001-69 Ins. Est.: 27.097.585-3  
 Destinatário: ( 37) FUNDAÇÃO DE BENEFICENCIA N. DE CIRURGIA CNPJ/CPF: 13.016.332/0001-06 Ins. Est.: ISENTO Data Emissão: 13.07.2018  
 Endereço.....: AV. DESEMBARGADOR MAYNARD, 174 Bairro...: CIRURGIA CEP.....: 49055-170  
 Cidade.....: ARACAJU Fone.....: (0079) 212 -7312/ 211 -8617 UF.....: SE

Faturas.....: 005787400 / CONTRA-APRESENTAÇÃO / 235,88

Código	Descrição	CF St	Und	Qtde	Valor Unitario	Vi. Desc	Valor Total	ICMS	IPF	Valor IPF
07.02.03.090-2	XIT PLACA COMPRESSE DINAM ESTREI 4.5 + PARAFUSO (800141700000)	A	040 XIT	1,000	235,8800		235,88			
	PARAFUSO CORTICAL 4.5X38 TRAUMEDICA (2,000)									
Nota(s): 135518-	1,000			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			3,000						Val. INDETERMIN /
	PLACA ESTREITA 10F TRAUMEDICA (1,000)									
Nota(s): 106318-	1,000									Val. INDETERMIN /

Hospital: FUNDAÇÃO DE BENEFICENCIA N. DE CIRURGIA Paciente/Id.: LAZARO FERREIRA DE MENEZES / Dt. Cirurgia: 10.07.2018  
 Médico.: JOSE ROBERTO LIMA AIN/Convenio: / SUS - SISTEMA UNICO DE SAUDE  
 Instrum.: KLEBER SANTOS DA NOVA Procedimento: 0408050500  
 040/ISENTO DE ICMS CF ART. 8 INCISO IV DEC 17.037/97  
 Prontuario.: 1041852

Base ICMS:	0,00	Valor ICMS:	0,00	Base ICMS Subst:	0,00	Valor ICMS Subst:	0,00	Valor Produtos:	235,88
Vi. Frete:	0,00	Vi. Seguro:	0,00	Outras Despesas:	0,00	Valor Total IPF.1	0,00	Valor Fra-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) *VA com*  
 OUTROS: \_\_\_\_\_

QUEIXA PRINCIPAL E DURAÇÃO:  
**DOR EM PERNA ESQ.**

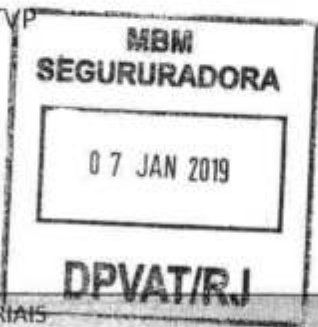
HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:  
**PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO**

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**



PARAMÉTROS CLÍNICOS E LABORATORIAIS						
PRESSÃO ARTERIAL	SATURAÇÃO DE O2	FREQUÊNCIA CARDÍACA	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	GLUCEMIA	UREIA	CREATININA
159x104	98%	85	26	94	17	1.03
HEMOGLOBINA	LEUCÓCIDOS	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: AO/MRV/NRM
NÃO	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

NIR

Data: 08/10/17	Assinatura: Wagner José Andrade Santos	Data: 08/10/17	Hora: 11:00
Hora: 08:11	Carimbo: Médico CRM-SE 2377	Responsável: Célia Maria de Lima	Assistente Social

Médico do NIR

CRL (RECEBIMENTO)

Data:	Assinatura:	Data:	Hora:
Hora:	Carimbo:	Responsável:	

Comentários Médico CRL

CRL (Autorização)

Data:	Hora:
MR:	
Código:	
Assinatura:	

ATENÇÃO

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

As atualizações dar-se-ão a cada 24 horas a partir da primeira solicitação e deverão ser registradas em Formulário de informações complementares e enviadas à Central 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 EMISSÃO 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

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

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

CP-000.489.115-50

MARIA ELISABETH ACERVO LIMA JUNIOR  
Ribeirão Preto - SP

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DIVISÃO DE REGISTRO CIVIL DE PESSOAS

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "SAC DANILUS REFINOCCI"



Registro de Paulo de Menezes

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MSM  
SEGURODORA

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

CPF 000.489.115-50

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/93

SEGURO  
PREVISTO  
SEGURADORA

07 JAN 2019

DPVAT/RJ

CARTERA DE IDENTIDADE

Paulo Pereira de Menezes




ESTADO DE MINEGOS

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		REGISTRO CIVIL 04.991.831-1	DATA DE EXPIRAÇÃO 21/12/2013
		NOME <b>ROSÂNGELA FLORENTINO FERREIRA</b>	
	Prolegat Direto 0255	SCHUELER VIEIRA	
Assinatura do Titular <i>R. Schueler</i>		FILIAÇÃO SEVERINO FLORENTINO FERREIRA	
CARTERA DE IDENTIDADE		MARIA FERREIRA DO ROSARIO	
		NATURALIDADE RIO DE JANEIRO	DATA DE NASCIMENTO 26/05/1960
		DDI: 0055 C. CASM LIV 000108 PLS 214 7ERM 0003387	
		NITERÓI RJ	
		CPF 994.204.037-72	PIB 12041103644
		001 2 Via	0259
		CENSO 2010 RJ	

**EBM**  
**SEGURADORA**  
 07 JAN 2019  
**DPVAT/RJ**

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu,  Sr. José F. Suenes Horta,  
RG nº 306804174, data de expedição 27/08/14, Órgão SSP/RJ  
CPF nº 469600315-91, venho perante a este instrumento declarar que não  
posso 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>Pls José Silva 78 Oliveira</u>
Número	<u>248</u>
Apto / Complemento	<u>022</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Araruama</u>
Estado	<u>RJ</u>
CEP	<u>49270 000</u>
Telefone de Contato	<u>(79) 99995-7633</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Araruama 23/12/18

Assinatura do Declarante: [Assinatura]



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 SUSEP<sup>1</sup> 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**<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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 2018  
Local e Data

MAR F. SILVA  
Assinatura do Declarante





Rua Capitão Salomão, 314-Centro Estância/SE  
 CEP: 49200-000 CNPJ: 13.286.868.0001-98  
 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 - B

Mês/Ano Faturamento	Consumo kWh	Vencimento	Valor (R\$)
08/2018	241	29/08/2018	263,60

**DADOS CADASTRAIS**  
 CNPJ/CNP  
 Grupo de Ligação: Básico  
 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): 21886  
 Leitura anterior (16/07/2018): 21445  
 Próxima leitura: 29/09/2018  
 Consumo Medido (kWh): 241  
 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	206,42
08/2018	263	Lido	Em aberto	272,78
05/2018	252	Lido	29/07/18	
04/2018	301	Lido	29/06/18	
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	29/10/17	

**IDENTIFICAÇÃO**  
 Nota Fiscal / Série: 00 344 684 / B  
 03 046 8202 004105 11  
 Local de Entrega: 1

**COMPOSIÇÃO DA FATURA - R\$**  
 (Art 31, resolução 186/2005 - ANEEL)

Descrição	Porcentagem	Valor
Energia	37,10%	91,06
Distribuição	28,90%	70,93
Transmissão	5,30%	14,48
Encargos Setoriais	5,30%	13,01
Tributos	22,70%	56,96
Outros		18,16
<b>TOTAL</b>		<b>263,60</b>

**ITENS FATURADOS**

Descrição	Qtde.	Tarifa	Valor(R\$)
CONSUMO	241 x	0,84349 =	155,08
ADIC. BANDA VERMELHA	241 x	0,05000 =	12,05
ICMS			86,26
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\$ 206,42
08/2018	R\$ 272,78

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

**VENCIMENTO DESTA REAVISO**  
 29/08/2018

**Cobranças de terceiros**  
 CIP- Prefeitura Municipal: 6,68

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

**TOTAL A PAGAR R\$ 263,60**

**TRIBUTOS**

Base de cálculo(R\$)	Alíquota(%)	Valor(R\$)
ICMS	245,44	27,00
PIS/PASEP	245,44	0,88
COFINS	245,44	4,03

**DADOS TÉCNICOS**  
 Inst. transformadora: 1030009  
 Número do medidor: 948175  
 Fator de multiplicação: 1,000  
 Tipo de ligação: Básico

**INDICADORES DE CONTINUIDADE**

Conjunto TOMAR DO GERU	Referência	MENSAL TRIMESTRAL	ANUAL	
ELUSD 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 DC1A 6970 53CO 0915 DA84 9895 E23B  
 Res Ass: 258/18 em Palmas2, sphica 01/06/2018

**MENSAGEM**

**MBM**  
**SEGURADORA**  
 07 JAN 2019  
**DPVAT/RJ**

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

NOTA FISCAL / FATURA ENERGIA ELÉTRICA  
 Companhia Sul Sergipana de Eletricidade  
 Rua Capitão Salomão, 314-Centro Estância/SE  
 CEP: 49200-000 CNPJ: 13.286.868.0001-98  
 Nota Fiscal: 00 344 684 Série: B

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

JOSE JORGE FIGUEIREDO NOVA

DIR. COND. / TPO. EMPLEADO  
 0305804174 SSP RA

CPF 469.600.315-91 DATA ASSUNTIVO 22/05/1966

RENÇÃO  
 FLORISVALDO DE NOVA  
 NOVA  
 MARIA SCARRS DE  
 FIGUEIREDO

ESTADO: RIO DE JANEIRO

SEX: M

TAT. NBR: 12

VALIDADE: 15/04/2008

DATA EMISSÃO: 04/12/1966

IDENTIFICAÇÃO NACIONAL: 1087673456

REN. OBSERVAÇÃO:

Assinatura: *J. J. Figueiredo*

DATA DE EMISSÃO: 15/02/2013

CIDADE: ARACAJU, SE

37230981000  
 82016747143

Assinatura: *[Assinatura]*  
 Diretor-Geral de Hab. Nbr  
 DCL/DM - (PRESENY)  
 Assessoria de Habilitação

1087673456

DETRAN - SE (SERVIDAR)

MBM  
 SEGURADORA

07 JAN 2019

DPVAT/RJ

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

MEMB  
SEGURADORA  
07 JAN 2019  
DPVAT/RJ

DESTINATÁRIO / Recipient		TELEFONE/Phone number	
MBM SEGURADORA S/A - DPVAT		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

AR  
 MP  
**SEDEX**  
 PESO (kg)  
 DZ 00705731 9 BR  


MBM  
SEGURADORA  
21 DEZ 2018  
DPVAT / RJ

# 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
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## 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: 3035.445-1 ORGÃO EMISSOR: SJ P/S DATA DE EMISSÃO: 2008.2018  
Nº CPF: 000.489.115-50  
ENDEREÇO: Rua José Luiz da Silva n: 29 Centro Curitiba PR

## OUTORGADOS:

NOME: Jose Sergio Figueiredo Pereira  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA  
ESTADO CIVIL: CASADO  
PROFISSÃO: COMERCIANTE  
Nº DO RG: 3.068.041.79 ORGÃO EMISSOR: SSP/PR DATA DE EMISSÃO: 27/01/2014  
Nº CPF: 469.600.315-91  
ENDEREÇO: Rua José Alves de Oliveira 348 Centro Curitiba PR  
CEP: 49270-000

NOME: Rosângela Florêncio Fátima Schuler Vieira  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA  
ESTADO CIVIL: CASADA  
PROFISSÃO: PROFESSORA  
Nº DO RG: 049918311 ORGÃO EMISSOR: DETRAN/RJ DATA DE EMISSÃO: 21/12/2015  
Nº CPF: 996.894.057-72  
ENDEREÇO: AV. ALMIRANTE BENSAMIM SOARES, 150 APT 802  
BOA VISTA - NITERÓI - RJ CEP: 24210-390

## PODERES :

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio 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 20-5-0 de 20 18

Jose Sergio Figueiredo Pereira  
Assinatura

MEMO  
SEGURADORA  
07 JAN 2019

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

DPVAT/RJ  
Selo Digital de Assinatura  
Tribunal de Justiça de Sergipe  
1º Ofício da Comarca de Cristinápolis  
Selo TJSE 201829550007059  
Acesse: www.tjse.jus.br/1 JBXVX4

Reconheço a(s) firma(s) de Luizano Pereira de Menezes  
 P/Autenticidade  P/Semelhança  
04 DEZ. 2018  
Cristinápolis  
Em Teste Dr. Jose Sergio Figueiredo Pereira - verdade  
O Tabelião  
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](http://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



Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe

**CRISTINÁPOLIS DA COMARCA DE CRISTINÁPOLIS**  
Praça da Bandeira, Bairro Centro, Cristinápolis/SE, CEP 49270000  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**PROCESSO:**

202167001945

**DATA:**

28/01/2022

**MOVIMENTO:**

Ato Ordinatório

**DESCRIÇÃO:**

Se com o oferecimento da defesa houver arguição das matérias previstas no art. 337 do CPC ou outro fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor, intime-se parte autora, por seu advogado, para manifestar-se no prazo de 15 (quinze) dias, em razão do teor dos arts. 350 e 351 do CPC, sendo permitida a produção de prova.

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Sim