



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CÍVEL DE SOCORRO DA COMARCA DE N. SRA. DO SOCORRO
Rua Dr. Manoel dos Passos, Bairro Centro, N. Sra. Do Socorro/SE, CEP 49160000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

| | |
|---|---------------------------------------|
| Processo: 201988100087 | Distribuição: 25/01/2019 |
| Número Único: 0000433-08.2019.8.25.0053 | Competência: 2ª Vara Cível de Socorro |
| Classe: Procedimento Comum | Fase: POSTULACAO |
| Situação: Andamento | Processo Principal: ***** |
| Processo Origem: ***** | |

Assuntos

- DIREITO CIVIL - Obrigações - Espécies de Contratos - Sistema Financeiro da Habitação - Seguro
- DIREITO DO CONSUMIDOR - Contratos de Consumo - Seguro

Dados das Partes

Requerente: KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS
Endereço: AVENIDA "A-43"-PRÓXIMO AO COLÉGIO SÃO MIGUEL
Complemento:
Bairro: TAIÇOCA
Cidade: NOSSA SENHORA DO SOCORRO - Estado: SE - CEP: 49160000
Advogado(a): HEITOR SANTANA DA SILVA 7137/SE
Requerido: DPVAT SUPERVISAO ANALISE DE SINISTRO
Endereço: RUA: SENADOR DANTAS
Complemento: 5º ANDAR
Bairro: CENTRO
Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20010000



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

2ª VARA CÍVEL DE SOCORRO DA COMARCA DE N. SRA. DO SOCORRO
Rua Dr. Manoel dos Passos, Bairro Centro, N. Sra. Do Socorro/SE, CEP 49160000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apensados:

--

Processos Dependentes:

--



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

2ª VARA CÍVEL DE SOCORRO DA COMARCA DE N. SRA. DO SOCORRO
Rua Dr. Manoel dos Passos, Bairro Centro, N. Sra. Do Socorro/SE, CEP 49160000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

201988100087

DATA:

25/01/2019

MOVIMENTO:

Distribuição

DESCRIÇÃO:

Registro eletrônico de Processo Judicial sob nº 201988100087, referente ao protocolo nº 20190125180604769, do dia 25/01/2019, às 18h06min, denominado Procedimento Comum, de Seguro, Seguro.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Sim

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ____ VARA CÍVEL DA
COMARCA DE NOSSA SENHORA DO SOCORRO/SE.**

KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS, brasileira, solteira, auxiliar de produção, portadora do documento de RG n°. 3.714.030-2, inscrita no cadastro de pessoa física CPF n°. 057.773.735-00, nascida em 26/11/2017, residente e domiciliada na Rua 43, n°. 40, Marcos Freire III, Nossa Senhora do Socorro/SE, CEP 49160-000, por meio de seu advogado que está subscreve, vem, mui, respeitosamente, perante Vossa Excelência, propor

AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT

em face de **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, pessoa jurídica de direito privado, devidamente inscrita no CNPJ sob o n° 09.248.608/0001-04, com endereço na Rua Senador Dantas, n° 74, 5° andar, bairro Centro, Rio de Janeiro - RJ, CEP 20.031-205, pelos fundamentos de fato e direito a seguir expostos:

PRELIMINARMENTE

A) Da Justiça Gratuita.

Lei 1.060/50 assegura a assistência judiciária gratuita, compreendendo custas processuais e honorários advocatícios, a todos aqueles que não tiverem condições de arcar com as despesas do processo sem prejuízo do sustento próprio ou de sua família, bastando para tanto afirmar em Juízo esta condição, nos termos do seu artigo 4°.

Assim sendo, a Requerente afirma, sob as penas da lei, não ter condições financeiras para custear o acesso ao Poder Judiciário, momento em que junta aos autos comprovante de rendimentos, bem como, informa que o advogado subscritor desta exordial atua no presente processo como indicado, hipótese está admitida no artigo 5º, § 4º da mesma lei, que assegura tal direito ao autor.

Portanto, apresentando-se como direito fundamental assegurado constitucionalmente no artigo 5º, XXXV, requer que este Juízo conceda o benefício da assistência judiciária gratuita, garantindo assim o seu legítimo direito de acesso ao Poder Judiciário.

I- DOS FATOS

Segundo consta do BOAT - Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito - no dia 20 de maio de 2018, a Demandante transitava pela avenida Luiz Gonzaga, em Aracaju, em uma motocicleta Honda CG 150, placa policial QMB 6931, quando fora abalroada por um carro, modelo Ford Fusion FWD, cor branca, placa policial QKS 0050.

Relata o boletim de ocorrência de acidente de trânsito que, naquela noite os veículos transitavam pela via sentido leste/oeste, o carro pela faixa a esquerda e a motocicleta pela faixa direita, quando ao executar a transposição de faixa o veículo tipo carro veio a colidir com o veículo tipo motocicleta causando a queda do motoqueiro e o garupa, ora Requerente.

Ressalta-se que, Excelência, com a queda a Requerente fora encaminhada para o hospital pela SAMU, conforme se percebe do relatório de ocorrência juntado a essa petição.

É imperioso destacar que, com a queda a Requerente passou por um procedimento cirúrgico de urgência, **sendo-lhe amputado seu HALUX ESQUERDO, ou seja, um de seus dedos do pé esquerdo, conforme imagem em anexo.**

Outrossim, cumpre externar ainda que, devido os traumas decorrentes do acidente sofrido a Autora ficou impossibilitada de trabalhar durante o período de 60 (sessenta) dias.

Ocorre que, Magistrado, com a amputação de um dos seus dedos do pé a autora teve sua autoestima bastante abalada, tendo em vista possuir apenas 20 (vinte) anos de idade e não dispõem de condições financeiras suficientes para fazer uma cirurgia plástica de reconstrução do membro.

Diante disso, buscou administrativamente a justa indenização pelos danos sofridos em decorrência do acidente de trânsito. Assim, após todo o procedimento fora agraciada com a indenização administrativa no valor de R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e quarenta reais).

Neste interim, tendo em vista o valor irrisório recebido, decidiu a Autora em ajuizar a presente ação visando complementar sua indenização nos termos da lei especial.

II- DO DIREITO

a) Do Amparo Legal.

O Autor tem sua pretensão respaldada na Lei nº 6.194/74, que regula o pagamento das indenizações decorrentes de seguro obrigatório, conforme assevera o inciso II, do artigo 3º.

"Art. 3º - Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada: II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;" § 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando - se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo: (Incluído pela Lei



Reis & Silva

Advogados Associados

nº 11.945, de 2009). (Produção de efeitos). I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e (Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009). (Produção de efeitos) II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo - se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais. (Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009). (Produção de efeitos)

Portanto, Excelência, uma vez comprovadas as lesões sofridas pela Autora se faz necessário o pagamento da justa indenização pela Requerida.

É salutar que fique resguardado o direito da Autora ao pagamento integral no valor correspondente a invalidez permanente de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), tendo em vista as lesões sofridas por conta do acidente.

Apenas a título ilustrativo, cabe aludir que se considera invalidez a perda ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão. Essa perda ou redução é indenizada pelo Seguro DPVAT quando resulta de um acidente causado por veículo e é permanente, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável. A invalidez é considerada permanentemente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte.

Ademais, a indenização deve ser paga mediante simples **PROVA DO ACIDENTE e do DANO DECORRENTE**, conforme elencado no art.5º §1º, da referida Lei:



Reis & Silva

Advogados Associados

"Art. 5º- O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado. § 1º - A indenização referida neste artigo será paga com base no valor da época da liquidação do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de quinze dias da entrega dos seguintes documentos: a) certidão de óbito, registro da ocorrência no órgão policial competente e a prova de qualidade de beneficiários no caso de morte; b) prova das despesas efetuadas pela vítima com o seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico - assistente e registro da ocorrência no órgão policial competente - no caso de danos pessoais. §2º- Os documentos referidos no § 1º serão entregues à Sociedade Seguradora, mediante recibo, que os especificará. § 3º - Não se concluindo na certidão de óbito o nexo de causa e efeito entre a morte e o acidente, será acrescentada a certidão de auto de necropsia, fornecida diretamente pelo Instituto Médico Legal, independentemente de requisição ou autorização da autoridade policial ou da jurisdição do acidente. § 4º - Havendo dúvida quanto ao nexo de causa e efeito entre o acidente e as lesões, em caso de despesas médicas suplementares e invalidez permanente, poderá ser acrescentado ao boletim de atendimento hospitalar, relatório de internamento ou tratamento, se houver, fornecido pela rede hospitalar e previdenciária, mediante pedido verbal ou escrito, pelos interessados, em formulário próprio da entidade fornecedora."

Nesse passo, a Terceira Turma Recursal Cível do Egrégio Tribunal de Justiça, já apreciou questão relativa à validade do laudo de exame de corpo de delito do Instituto Médico Legal que atesta invalidez permanente para o pagamento da indenização do Seguro Obrigatório - DPVAT. A ementa do acórdão é a seguinte:

"f-SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT. O laudo do IML comprova a invalidez permanente, laudo oficial, o que impõe a procedência da lide Valor de indenização em múltiplos de salários mínimos vigentes à época da liquidação do sinistro, na forma da Lei



Reis & Silva

Advogados Associados

6.194/74, art. 3º, alíneas 'a', e art. 5º, §1º, sendo manifestamente ilegal a resolução do Conselho Nacional de Seguros Privados que fixa em montante inferior. Lei recepcionada pela Constituição Federal. 2- Quitação dada pelo beneficiário, em valor inferior ao devido, não afasta o direito do interessado de obter a diferença de valor fundada em Lei. A renúncia a direitos deve sempre ser interpretada restritivamente. RECURSO IMPROVIDO" (Recurso Inominado n. 71000725085, Terceira Turma Recursal Cível -JEC, Relatora: Dra. Maria José Schmitt Sant Anna, julgado em 28.06.2005)". - (grifos nossos).

Cabe aqui pinçar trecho do referido acórdão.

"Deste modo, a graduação da invalidez permanente fica afastada, uma vez que essa distinção não é feita pela Lei nº 6.194/74, que regula a matéria. Havendo a invalidez é devida a indenização, não importando o grau."

Ademais, não há que se falar em graduar a invalidez permanece com base na Resolução nº1/75 de 03/10/75, editado pelo Conselho Nacional de Seguros Privados -

CNSP, pois em se tratando de norma regulamentar não opode dispor de modo diverso da Lei nº6.194/74, de hierarquia superior, de sorte que é incabível a limitação da indenização com base na resolução precitada. Nesse sentido são os arestos a seguir transcritos:

SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. Preliminar de carência de ação, por falta de interesse processual afastada. A quitação dada pelo autor não tem o condão de obstar o direito de cobrar a diferença entre o valor efetivamente indenizado e o previsto na Lei nº 6.194/74. Conforme o art. 5º da Lei nº6.194/74, com a redação anterior à Lei 11.482/2007, o pagamento da indenização está condicionado apenas à prova do acidente e do dano decorrente. Outrossim, comprovada a invalidez permanente, o valor da indenização deve corresponder a até 40 vezes o salário mínimo vigente na época da liquidação do sinistro, porquanto a alínea 'b' do art. 3º da Lei nº 6.194/74 não faz diferenciação quanto ao grau da invalidez. Fixação da indenização em salários mínimos como critério de

cálculo. Apelação desprovida. (Apelação Cível Nº 70023264666, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Leo Lima, Julgado em 21/05/2008)

Sendo assim, os documentos anexados nesta exordial provam de forma inequívoca que houve o acidente de trânsito, bem como o nexo de causalidade entre o fato ocorrido e o dano dele decorrente, amoldando-se perfeitamente à condição para recebimento do seguro obrigatório nos termos do art. 5º da Lei nº 6.194/74, além do fato inquestionável de que o laudo médico atesta a debilidade e/ou invalidez permanente de membro ou função, dessa forma, é PROVA BASTANTE para garantir o pagamento da INDENIZAÇÃO do Seguro Obrigatório no valor COMPLEMENTAR.

Assim, instruído de todos os documentos hábeis à sua pretensão, têm a requerente direito à indenização. Dessa forma, a Autora busca junto aos braços do Poder Judiciário o reconhecimento de sua justa indenização.

Ademais, a matéria resta exaustivamente analisada e pacificada:

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. INDENIZAÇÃO CORRESPONDENTE A VALOR CERTO E DETERMINADO - TARIFADO EM LEI PARA OS CASOS DE INVALIDEZ PERMANENTE. MEDIDA PROVISÓRIA 340/2006. PAGAMENTO PARCIAL. COMPLEMENTAÇÃO DO VALOR DEVIDO. 1. Não há que se falar em graduar a invalidez permanente com base na Resolução n.º 1/75 de 03/10/75, editada pelo Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP, pois, em se tratando de norma regulamentar, não pode esta dispor de modo diverso da Lei n.º 6.194/74, de hierarquia superior. 2. A percepção dos valores referentes ao seguro DPVAT na esfera administrativa a título de liquidação de sinistro não importa em abdicar do direito de receber indenização tarifada, havendo saldo a ser satisfeito, resultante da diferença entre o valor recebido e aquele efetivamente devido em face do previsto em lei. 3. A parte autora possui direito à complementação do valor da indenização tarifado em R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), devendo ser abatido o valor atinente ao pagamento parcial efetuado na esfera administrativa, montante este que deve ser

corrigido monetariamente pelo IGPM, a contar daquele termo, acrescidos de juros moratórios a partir da citação. 4. Honorários advocatícios. Majoração para 15% do valor da condenação. Dado parcial provimento aos recursos. (Apelação Cível Nº 70028013035, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Jorge Luiz Lopes do Canto, Julgado em 21/01/2009).

Ex positis, conclui-se que é suficiente, portanto, a apresentação do laudo médico e o registro da ocorrência no órgão policial, para o devido pagamento da indenização, sendo abusiva qualquer outra exigência fora dos itens supracitados.

b) DAS ATUALIZAÇÕES

No tocante à correção monetária, o termo inicial de incidência deve ser a partir do pagamento parcial, ou seja, 18 de novembro de 2013, porque esse é o marco a partir do qual os requerentes deixaram de usufruir do valor a complementar e que justifica a reposição de seu poder de compra. No mais, as questões encontram respaldo na súmula 14 das Turmas Recursais:

SÚMULA Nº 14 - DPVAT (revisada em 27/06/2007): VINCULAÇÃO SALÁRIO MÍNIMO. - É legítima a vinculação do valor da indenização do seguro DPVAT ao valor do salário mínimo, consoante fixado na Lei nº 6.194/74, não sendo possível modificá-lo por Resolução. A alteração do valor da indenização introduzida pela M.P. nº 340 só é aplicável aos sinistros ocorridos a partir de sua vigência, que se deu em 29/12/2006. QUITAÇÃO. - A quitação é limitada ao valor recebido, não abrangendo o direito à complementação da indenização, cujo valor decorre de lei. CONSÓRCIO OBRIGATÓRIO. - O consórcio obrigatório do seguro DPVAT institui solidariedade entre as seguradoras participantes, de modo que, independentemente de qual delas tenha liquidado administrativamente o sinistro, qualquer uma poderá ser demandada pela respectiva complementação de indenização, inocorrendo ilegitimidade passiva por esse motivo. PAGAMENTO DO PRÊMIO. - Mesmo nos sinistros ocorridos antes da vigência da Lei nº 8.441/92 é desnecessária a comprovação do pagamento do prêmio do seguro veicular obrigatório. COMPLEXIDADE. - Inexiste complexidade de

causa a afastar a competência do juizado especial quando os autos exibem prova da invalidez através de laudo oriundo de órgãos oficiais, como o INSS e o DML. APURAÇÃO DA INDENIZAÇÃO.

- Na hipótese de pagamento administrativo parcial, a complementação deverá ser apurada com base no salário mínimo da data de tal pagamento. Nas demais hipóteses, a indenização deverá ser apurada com base no valor do salário mínimo da data do ajuizamento da ação. Outrossim, para os sinistros ocorridos a partir de 29/12/2006, a apuração da indenização, havendo ou não pagamento administrativo parcial, deverá tomar por base o valor em moeda corrente vigente na data da ocorrência do sinistro. CORREÇÃO MONETÁRIA. - A correção monetária, a ser calculada pela variação do IGP-M, incide a partir do momento da apuração do valor da indenização, como forma de recomposição adequada do valor da moeda. JUROS - Os juros moratórios incidirão a partir da citação, salvo quando houver pagamento parcial ou pedido administrativo desatendido, hipóteses em que incidirão, respectivamente, a partir do adimplemento parcial ou do término do prazo legal para o pagamento.

Portanto, requer o pagamento da diferença entre o valor já indenizado e o valor legalmente previsto, a ser atualizado até a data do efetivo pagamento, incidindo correção monetária e juros moratórios de 1 % ao mês.

II- DOS PEDIDOS

Tendo em vista todo o exposto, bem como os laudos médicos periciais colacionados a exordial, entende-se que o valor arbitrado para o DPVAT merecido pela Autora não foi o valor que lhe depositaram, restando demonstrado às sequelas em caráter permanente em que a Autora se encontra, REQUER-SE:

1) A citação do Requerido, para que apresente sua defesa caso queira, sob pena de revelia;

2) Seja concedido os benefícios da Justiça Gratuita, por não ter a requerente condições financeiras para custear o acesso ao Poder Judiciário, ao tempo que informa que o advogado subscritor desta exordial atua no

presente processo como indicado, que assegura tal direito ao autor, nos termos da Lei n°. 1060/50.

3) A condenação da Requerida em custas e honorários advocatícios em 20% (vinte por cento) sobre o valor da condenação;

4) Seja ao final a presente ação julgada procedente com a condenação do requerido a complementação do pagamento do Seguro Obrigatório (DPVAT), no valor de R\$ 12.150,00 (doze mil e cento e cinquenta reais), acrescidos de juros de mora, atualização monetárias, e demais cominações legais;

5) A Requerente não possui interesse em conciliar.

Protesta provar o alegado através de todos os meios de prova em Direito admitido, especialmente pelos documentos inclusos, e prova testemunhal.

Dá-se a causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), para efeitos meramente fiscais.

Nestes termos,
Pede deferimento.

Nossa Senhora do Socorro, 23 de janeiro de 2019.

Bel. Heitor Santana da Silva

OAB/SE 7.137



Reis & Silva
advogados associados

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS, brasileira solteira, estudante, portadora do documento de identidade civil RG sob o nº. 37140302, inscrita no cadastro de pessoa física CPF sob o nº. 057.773.735-00, residente e domiciliada à Rua 43, nº. 40, Conjunto Marcos Freire III (1º ETAPA), Nossa Senhora do Socorro/SE

OUTORGADO: HEITOR SANTANA DA SILVA, brasileiro, casado, inscrito na OAB/SE sob o nº. 7137, e DIOGO REIS SOUZA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/SE nº 6683, ambos com endereço para intimações à Av. I, nº 565, 1.º Piso, sala 08, Conj. João Alves Filho, CEP 49.160-000, Nossa Senhora do Socorro/SE. Tel. 55 79 99529131.

PODERES: os das cláusulas ad judicium et extra judicium e mais os da parte final do artigo 105 do NCPC, podendo para tanto os ditos procuradores representá-lo (a) (s) em conjunto ou separadamente no foro em geral, em qualquer juízo, instância ou tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os especialmente para defender assuntos e interesses do (a) (s) outorgante(s) por todos os meios permitidos, inclusive confessar, transigir, assinar todo e qualquer termo, firmar compromissos ou acordar, receber e dar quitação, transacionar, requerer instauração de procedimentos policiais, efetuar levantamentos, inclusive de quantias/valores, representá-lo (a) (s) em repartições, autarquias federais, estaduais e municipais, ratificar todos os atos praticados em nome do (a) (s) outorgante(s), fazer conciliação em audiência, fazer acordo, mover, dar andamento ou desistir da ação, prestar depoimento, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso e em especial para ajuizar/atuar

DECLARAÇÃO DE POBREZA: Declara, firmado(a) sob as penas das Leis 1.060/50 e 7.510/86, que se encontra em estado de pobreza legal, não podendo arcar com as custas e demais despesas da presente demanda sem prejuízo do próprio sustento e de sua família.

DECLARAÇÃO DE CONTEÚDO: Declaro ainda, para os devidos fins, que prestei as informações constantes na peça produzida pelo(s) outorgado(s) as quais poderão ser utilizadas em processo judicial a meu favor. Assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas e declaro estar ciente das penalidades cabíveis, previstas no art. 299 do Código Penal.

Nossa Senhora do Socorro/SE, 02 de Agosto de 2018.

Ketilly Mylena Caldas Freitas

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

SE

NOME
KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR
37140302 SSP SE

CPE
057.773.735-00

DATA NASCIMENTO
26/11/1997

FILIAÇÃO
EMERSON COSTA FREITAS
SHEILA CALDAS
NASCIMENTO

PERMISSÃO
PERMISSÃO

ACC
AB

CAT. HBB
AB

Nº REGISTRO
07009911213

VALIDADE
27/02/2019

1ª HABILITAÇÃO
27/02/2018

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO:

Ketilly Mylena Caldas Freitas
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
ARACAJU, SE

DATA DE EMISSÃO
27/02/2018

09170581104
SE019653450

ASSINATURA DO EMISSOR
Marcos Sampaio Kuhl
DIRETOR-PRESIDENTE

PROIBIDO PLASTIFICAR

1557782720

1557782720

SE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SHEILA CALDAS NASCIMENTO
RUA QUARENTA E TRES, 0040 - CENTRO
NOSSA SENHORA DO SOCORRO / SE CEP: 49180000 (AG: 20)
Emissão: 17/07/2018 Referência: Jul / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO
Roteiro: 8 - 20 - 220 - 1240 Nº medidor: Q1021928671

ENERGISA SERGIPE-DISTRIB ENERGIA SA
Rua Min Apolinário Baltes, 81 - Inácio Barbosa
Aracaju / SE - CEP 49040-150
CNPJ 13.017.462/0001-63 - Insc Est: 270.767.436
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 005.201.055
Cód. para Dth Automático: 00003890159

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

Conta referente a Jul / 2018 Apresentação 17/07/2018 Data prevista da próxima leitura 16/08/2018 CPF/ CNPJ/ RANI 661.648.608- Insc Est: 3/389015-9

UC (Unidade Consumidora): 3/389015-9

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

| Anterior | Atual | Constante | Consumo | Dias |
|---------------|---------------|---------------|---------------|------|
| Data 15/06/18 | Leitura 26340 | Data 17/07/18 | Leitura 26521 | 1 |
| | | | | 181 |
| | | | | 32 |

| CCl | Descrição | Quantidade | Tarifa | Valor Base Calc | Aliq | Item(R\$) | Base Calc | Pis(R\$) | Cofins(R\$) |
|------------------------|-------------------------------|------------|----------|-----------------|-------|-----------|-----------|----------|-------------|
| | | | | | | | | | |
| 0601 | Consumo até 30kWh-BR | 30,000 | 0,251470 | 7,54 | 7,54 | 25 | 1,88 | 7,54 | 0,08 |
| 0601 | Consumo - 31 a 100kWh-BR | 70,000 | 0,431120 | 30,17 | 30,17 | 25 | 7,54 | 30,17 | 0,32 |
| 0601 | Consumo - 101 a 220kWh-BR | 61,000 | 0,846890 | 52,38 | 52,38 | 25 | 12,10 | 52,38 | 0,57 |
| 0601 | Adic. B. Vermelha | | | 9,08 | 9,08 | 25 | 2,27 | 9,08 | 0,10 |
| 0610 | Subsidio | | | 49,02 | 49,02 | 25 | 12,25 | 49,02 | 0,53 |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS | | | | | | | | | |
| 0607 | CONTRIB. ILM PUBLICA | | | 16,57 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0604 | JUROS DE MORA 08/2018 | | | 0,91 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0605 | MULTA 08/2018 | | | 2,26 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0699 | PARCELAMENTO DEB. 04/5 | | | 47,09 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0699 | ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2018 | | | 0,66 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0699 | ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018 | | | 1,11 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0606 | Devolução Subsidio | | | -33,79 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

CCl: Código de Classificação do Item TOTAL 164,02 149,19 37,04 149,19 1,80 7,40

Média últimos meses (kWh) 175 VENCIMENTO 24/07/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 184,02

Histórico de Consumo (kWh)
200 | 218 | 174 | 150 | 156 | 149 | 176 | 181 | 164 | 192 | 170 | 185
Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18

RESERVADO AO FISCO
ab8a.dadb.b0f1.02c1.5150.ab5a.149c.d3c0.

| Indicadores de Qualidade | | | | Composição do Consumo | | |
|--------------------------|------------------|---------|----------------------|---------------------------------|-------------|--------|
| | Limites da ANEEL | Apurado | Limite de Tensão (V) | Discriminação | Valor (R\$) | % |
| DIC MENSAL | 5,07 | 0,00 | NOMINAL | Serviços de Dist. da Energia/SE | 23,25 | 12,63 |
| DIC TRIMESTRAL | 10,15 | | | Compra de Energia | 36,51 | 19,73 |
| DIC ANUAL | 20,30 | 0,00 | CONTRATADA | Serviço de Transmissão | 3,34 | 1,82 |
| FIC MENSAL | 8,80 | | LIMITE INFERIOR | Encargos Setoriais | 5,46 | 2,97 |
| FIC TRIMESTRAL | 13,20 | 0,00 | LIMITE SUPERIOR | Impostos Diretos e Encargos | 69,57 | 37,26 |
| FIC ANUAL | 2,98 | | | Outros Serviços | 47,09 | 25,59 |
| DIC 1 | 12,22 | | | Total | 184,02 | 100,00 |

Valor do EUSD (Ref. 5/2018) R\$ 28,54

ATENÇÃO
- Faturas Anteriores Parceladas, conforme contrato firmado;
- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$33,79;
- Problemas na Iluminação Pública figure para 3199-1311 ou 3199-1312

Faturas em atraso

energisa
Roteiro: 8 - 20 - 220 - 1240
Matrícula: 389015-2018-07-4

VENCIMENTO 24/07/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 184,02

83630000001-2 84020049000-0 03890152018-9 07400020019-1



COMPROVANTE SALARIAL

PAGAMENTO MENSAL

BANCO: 237 AGENCIA: 3162 TERM: 00024220
23/08/2018 HORA: 15:37 TRANS: 359958

DADOS DA EMPRESA:

YAZAKI DO BRASIL

CNPJ: 1.841.045/0009-65

DADOS DO FUNCIONARIO:

KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS

CARGO: AUXILIAR PRODUCAO

MATRICULA: 0000007607-7 ADMISSAO: 08/08/17

CPF: 057.773.735-00 RG: 37.140.302-

PIS/PASEP: 164.758.476/16 CTPS: 058806-02

DATA DE PAGAMENTO: 30.07.2018

DEP IRPF: 00 DEP SAL F: 00 HORAS SEM: 44

SALARIO BASE: 1.047,00

N. FALTAS PERIODO DE FERIAS: 00

BANCO: 237 AGENCIA: 3162 CONTRA: 0022192-9

PERIODO AQUISITIVO FERIAS:

01.01.0001 A 01.01.0001

PERIODO GOZO: 01.01.0001 A 01.01.0001

BASES/DEPOSITOS FGTS

BASE INSS: 0,00

BASE INSS 13.O: 0,00

BASE IRPF SALARIO: 0,00

BASE IRPF 13.O: 0,00

BASE IRPF FERIAS: 0,00

BASE IRPF PPR: 0,00

BASE FGTS: 0,00

VALOR FGTS: 0,00

DADOS DO COMPROVANTE:

MES REF: 07/2018 NRO. LOTE: 000000123

COD. DESCRICAO

0316 PPR 295,83

TOTAL DOS CREDITOS 295,83

0319 PPR Liquido 208,33

0491 Seguro de Vida 2,43

TOTAL DOS DEBITOS 210,76

TOTAL LIQUIDO

85,07

Valor Sal rio Base:

1.047,00

Valor FGTS:

0,00

AS INFORMACOES ACIMA SAO DE EXCLUSIVA

RESPONSABILIDADE DA EMPRESA PAGADORA.

Bradesco sempre a frente



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DA POLÍCIA CIVIL

DADOS DA GUIA DE EXAME

Natureza:

Nº Referente ao BO:

2018/06519.0-003059

Encaminhar laudo para:

DELEGACIA ESP. DE DELITOS DE TRÂNSITO

Tipo de laudo

LESÃO CORPORAL

Responsável pela solicitação:

Roberval Rodrigues Bernadino - DELEGACIA ESP. DE DELITOS DE TRÂNSITO

Data do fato:

20/05/2018 - 18:00 até 20/05/2018 - 18:30

Local do fato:

NA PONTE DA CAROA DO MEIO, , ARACAJU, COROA DO MEIO, ARACAJU - SE

Descrição do fato:

RELATA O DECLARANTE QUE ESTAVA SAÍDO DA COROA DO MEIO AO CHEGAR NO MEI DA PONTE UM VEÍCULO DE MARCA FUZIU DE PLACA QKS 0050, BATEU NO LADO ESQUERDO DA SUA MOTO DE MARCA CG 160 TITAN DE COR AZUL DE PLACA QMB 6931 DE CHASSI 9C2KC2210JR019609, E O DECLARANTE ESTAVA ACOMPANHANDO COMO SUA NAMORADA DE NOME KETILLY MILENA CALDAS FREITAS, TEVE LEÕES NO DEDO ESQUERDO, E O DECLARANTE TEVE PEQUENOS ARRANHÕES DO DIREITO E ESQUERDO, A SUA MOTO DEVE DANOS NA LATERAL ESQUERDO, FRENTE TRASEIRA E LADO DIREITO, O CONDUTOR DO OUTRO VEÍCULO DEU ASSISTÊNCIAS AS DOIS. PELO EXPOSTO SOLICITA DAS AUTORIDADES COMPETENTES AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS QUE O CASO REQUER

Acrescentado por Roberval Rodrigues Bernadino - 25/05/2018 às 12:27
 INFORMA O NOTICIANTE QUE O NOME CORRETO É KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS;
 QUE KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA.

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Nome completo:

KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS

Filiação:

EMERSON COSTA FREITAS / SHEILA CALDAS NASCIMENTO

Registro Geral:

37140302

Estado Civil:

Solteiro

Data de Nascimento:

26/11/1997

Naturalidade:

ARACAJU

Profissão:

AUX. DE PRODUÇÃO

Sexo:

Feminino

Descrição física:

Endereço completo:

RUA A 43, 40, CONJ. MARCOS FREIRE 3, TAIÇOCA, NOSSA SENHORA DO SOCORRO

Registro de porta:

Ao

escrevente:

Livro:

Em:

Entrou às:

Dia:

Arquive-se

Em:

fls.

Nº:

horas de

carimbo



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

POLÍCIA ON-LINE



05ª DELEGACIA METROPOLITANA

RUA 24, CONJUNTO JOAO ALVES FILHO FONE:(0) 3254-1538

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2018/06519.0-003059

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA ESP. DE TURISMO

Endereço: AV. SANTOS DUMONT, ATALAIA FONE:(0) 3226-1400

FATO

Data e Hora do Fato: 20/05/2018 - 18:00 até 20/05/2018 - 18:30

Endereço: NA PONTE DA CAROA DO MEIO Número: Complemento: ARACAJU CEP: 49000-000

Bairro: COROA DO MEIO Cidade: ARACAJU - SE Circunscrição: 05ª DELEGACIA METROPOLITANA

Tipo de local: TRANSPORTE Meio Empregado: NENHUM

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: MAYCON JONATHA GOMES BELTRAO

Nome do pai: MAGNO ANTONIO BELTRAO Nome da mãe: VERA LUCIA GOMES DA SILVA BELTRAO

Pessoa: Física CPF/CGC: 000.000.000-00 RG: 36769363 UF: SE Órgão expedidor:

Naturalidade: ARACAJU Data de nascimento: 20/08/1997 Sexo: Masculino Cor da cútis: Parda

Profissão: AUX. DE PRODUÇÃO Estado civil: Solteiro Grau de instrução: 2º Grau Completo

Endereço: RUA 213 Número: 68 Complemento: CONJ. MARCOS FREIRE III

CEP: 49.160-000 Bairro: TAIÇOCA Cidade: NOSSA SENHORA DO SOCORRO UF: SE

Proximidades: Telefone: 99836207

VÍTIMA

Nome: KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS

Nome do pai: EMERSON COSTA FREITAS Nome da mãe: SHEILA CALDAS NASCIMENTO

Pessoa: Física CPF/CGC: 000.000.000-00 RG: 37140302 UF: SE Órgão expedidor:

Naturalidade: ARACAJU Data de nascimento: 26/11/1997 Sexo: Feminino Cor da cútis: Parda

Profissão: AUX. DE PRODUÇÃO Estado civil: Solteiro Grau de instrução: 2º Grau Completo

Endereço: RUA A 43 Número: 40 Complemento: CONJ. MARCOS FREIRE 3

CEP: 49.160-000 Bairro: TAIÇOCA Cidade: NOSSA SENHORA DO SOCORRO UF: SE

Proximidades: Telefone: 996908949

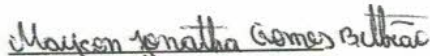
HISTÓRICO


RELATA O DECLARANTE QUE ESTAVA SAÍDO DA COROA DO MEIO AO CHEGAR NO MEI DA PONTE UM VEÍCULO DE MARCA FUZIU DE PLACA QKS 0050, BATEU NO LADO ESQUERDO DA SUA MOTO DE MARCA CG 160 TITAN DE COR AZUL DE PLACA QMB 6931 DE CHASSI 9C2KC2210JR019609, E O DECLARANTE ESTAVA ACOMPANHANDO COMO SUA NAMORADA DE NOME KETILLY MILENA CALDAS FREITAS, TEVE LEÕES NO DEDO ESQUERDO, E O DECLARANTE TEVE PEQUENOS ARRANHÕES DO DIREITO E ESQUERDO, A SUA MOTO DEVE DANOS NA LATERAL ESQUERDO, FRENTE TRASEIRA E LADO DIREITO, O CONDUTOR DO OUTRO VEÍCULO DEU ASSISTÊNCIAS AS DOIS. PELO EXPOSTO SOLICITA DAS AUTORIDADES COMPETENTES AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS QUE O CASO REQUER

Data e hora da comunicação: 25/05/2018 às 09:14

Última Alteração: 25/05/2018 às 09:19.

OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que faltar com a verdade 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.


MAYCON JONATHA GOMES BELTRÃO
Responsável pela comunicação


Nadja Santos Souza
Responsável pelo preenchimento



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

POLÍCIA ON-LINE



DELEGACIA ESP. DE DELITOS DE TRÂNSITO

AVENIDA AUGUSTO MAYNARD 552, SAO JOSE FONE:() (79)3211-7552

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2018/06519.0-003059 - Alterado

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA ESP. DE TURISMO

Endereço: AV. SANTOS DUMONT, ATALAIA FONE:() 3226-1400

FATO

Data e Hora do Fato: 20/05/2018 - 18:00 até 20/05/2018 - 18:30

Endereço: NA PONTE DA CAROA DO MEIO Número: Complemento: ARACAJU CEP: 49000-000

Bairro: COROA DO MEIO Cidade: ARACAJU - SE Circunscrição: 05ª DELEGACIA METROPOLITANA

Tipo de local: TRANSPORTE Meio Empregado: NENHUM

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: MAYCON JONATHA GOMES BELTRAO

Nome do pai: MAGNO ANTONIO BELTRAO Nome da mãe: VERA LUCIA GOMES DA SILVA BELTRAO

Pessoa: Física CPF/CGC: 000.000.000-00 RG: 36769363 UF: SE Órgão expedidor:

Naturalidade: ARACAJU Data de nascimento: 20/08/1997 Sexo: Masculino Cor da cútis: Parda

Profissão: AUX. DE PRODUÇÃO Estado civil: Solteiro Grau de instrução: 2º Grau Completo

Endereço: RUA 213 Número: 68 Complemento: CONJ. MARCOS FREIRE III

CEP: 49.160-000 Bairro: TAIÇOCA Cidade: NOSSA SENHORA DO SOCORRO UF: SE

Proximidades: Telefone: 99836207

VÍTIMA

Nome: KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS

Nome do pai: EMERSON COSTA FREITAS Nome da mãe: SHEILA CALDAS NASCIMENTO

Pessoa: Física CPF/CGC: 000.000.000-00 RG: 37140302 UF: SE Órgão expedidor:

Naturalidade: ARACAJU Data de nascimento: 26/11/1997 Sexo: Feminino Cor da cútis: Parda

Profissão: AUX. DE PRODUÇÃO Estado civil: Solteiro Grau de instrução: 2º Grau Completo

Endereço: RUA A 43 Número: 40 Complemento: CONJ. MARCOS FREIRE 3

CEP: 49.160-000 Bairro: TAIÇOCA Cidade: NOSSA SENHORA DO SOCORRO UF: SE

Proximidades: Telefone: 996908949

PERÍCIAS E ATENDIMENTO HOSPITALAR

Perícia: IML Guia de Exame

Descrição: LESÃO CORPORAL - KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS

Perícia: IML Guia de Exame

Descrição: LESÃO CORPORAL - MAYCON JONATHA GOMES BELTRAO

RELATA O DECLARANTE QUE ESTAVA SAÍDO DA COROA DO MEIO AO CHEGAR NO MEI DA PONTE UM VEÍCULO DE MARCA FUZIU DE PLACA QKS 0050, BATEU NO LADO ESQUERDO DA SUA MOTO DE MARCA CG 160 TITAN DE COR AZUL DE PLACA QMB 6931 DE CHASSI 9C2KC2210JR019609, E O DECLARANTE ESTAVA ACOMPANHANDO COMO SUA NAMORADA DE NOME KETILLY MILENA CALDAS FREITAS, TEVE LEÕES NO DEDO ESQUERDO, E O DECLARANTE TEVE PEQUENOS ARRANHÕES DO DIREITO E ESQUERDO, A SUA MOTO DEVE DANOS NA LATERAL ESQUERDA, FRENTE TRASEIRA E LADO DIREITO, O CONDUTOR DO OUTRO VEÍCULO DEU ASSISTÊNCIAS AS DOIS. PELO EXPOSTO SOLICITA DAS AUTORIDADES COMPETENTES AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS QUE O CASO REQUER

Acrescentado por Roberval Rodrigues Bemadino - 25/05/2018 às 12:27

INFORMA O NOTICIANTE QUE O NOME CORRETO É KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS;
QUE KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA.

Data e hora da comunicação: 25/05/2018 às 09:14

Responsável pela Alteração: Roberval Rodrigues Bemadino

Última Alteração: 25/05/2018 às 12:31.

OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que faltar com a verdade 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.

MAYCON JONATHA GOMES BELTRAO
Responsável pela comunicação

Roberval Rodrigues Bemadino
Responsável pelo preenchimento

Roberval Rodrigues Bemadino
Agente de Polícia
Matrícula: 549.411 SSP/SE



Boletim de Ocorrência de Acidentes de Trânsito

BOAT 368 / 0 **Procedência SAAT/CPTRAN** **Ano 2018** **Protocolo 510048145**

Data do acidente 20/05/2018 - Domingo **Hora** 20:52

Local do acidente

Rua, Avenida, Rodovia
 AV. LUIZ LUIA GONZAGA
 Entre

Com

Trecho KM / E

Município
 ARACAJU

UF
 SE

Dados do acidente

Tipo de acidente Abalroamento longitudinal

Pavimento Asfalto

Sinalização Existente

Traçado Reta

Estado da Pista Seco

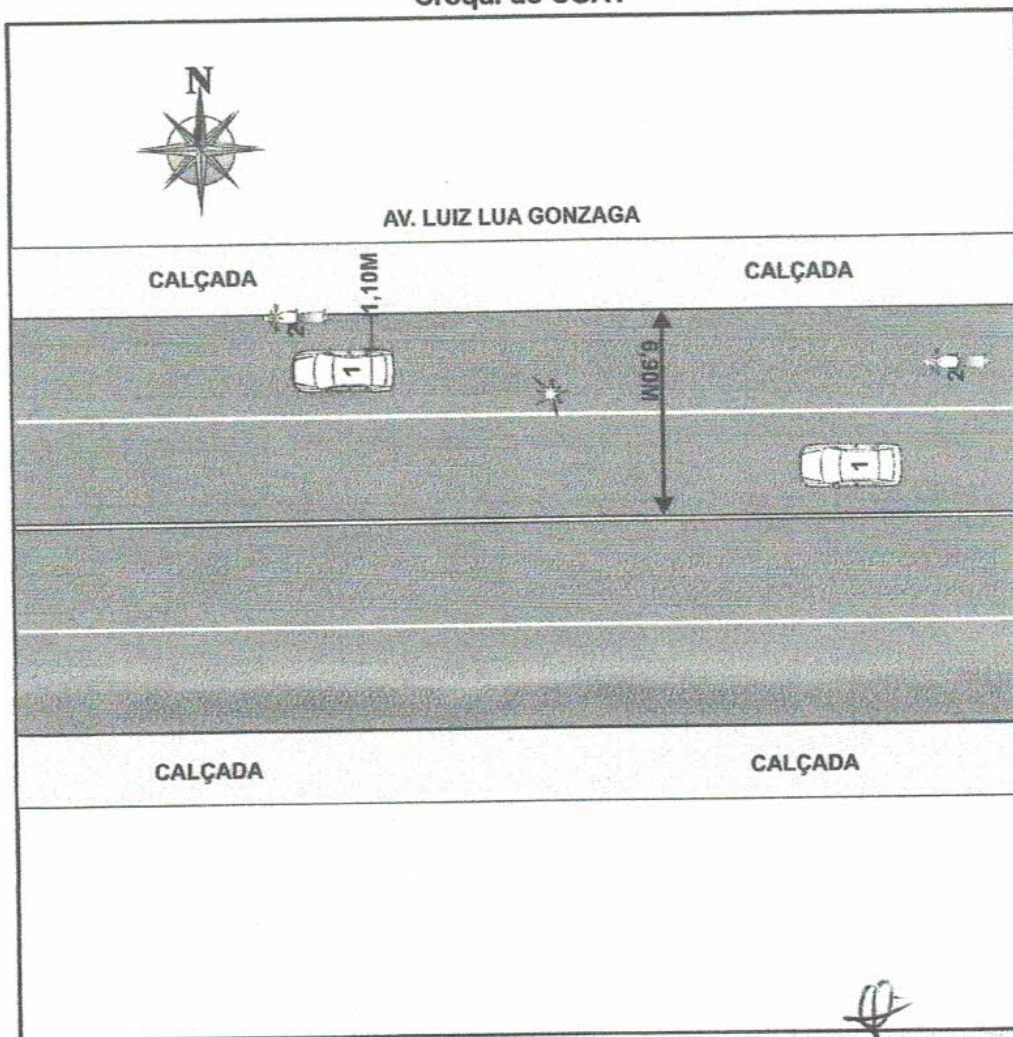
Classificação Danos Mat. com Vitimas

Tempo Claro

Luminosidade Noite iluminada

Tipo do Local Comercial

Croqui do COAT



Glaukka Suiane G. Bezerra
Glaukka Suiane Gomes Bezerra
CHEFE DO COAT

Data 10/07/2018, Hora 11:10:22



DETRAN-SE

GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO
COMPANHIA DE POLICIAMENTO DE TRÂNSITO



Boletim de Ocorrência de Acidentes de Trânsito

Agentes

Primeiro Agente 3º SARGENTO ALEX Santos do Carmo

Segundo Agente CABO LUCIANO costa

Terceiro Agente

Descrição dos fatos

SEGUNDO LEVANTAMENTO FEITO NO LOCAL DO ACIDENTE E DECLARAÇÃO DO CONDUTOR DO V1, PODEMOS INFORMAR QUE: V1 E V2 TRANSITAVAM PELA AV. LUIZ LUI GONZAGA, PISTA DE ROLAMENTO QUE MEDE 6,90m DE LARGURA, SENTIDO LESTE/OESTE, V1 PELA FAIXA DE TRÂNSITO DA ESQUERDA E V2 PELA FAIXA DE TRÂNSITO DA DIREITA, QUANDO O V1 AO EXECUTAR TRANSPOSIÇÃO DE FAIXA VEIO A ABALROAR-SE LONGITUDINALMENTE COM O V2. APÓS O IMPACTO O V1 DESLOCOU-SE FICANDO AFASTADO DA GUIA DA CALÇADA LADO DIREITO 1,10m E O V2 FICOU TOMBADO PARCIALMENTE SOBRE A CALÇADA.

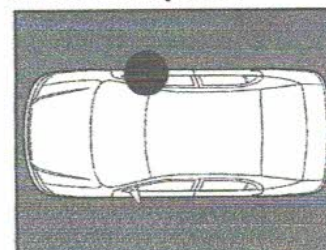
OBS: O CONDUTOR E PASSAGEIRO DO V2 FORAM CONDUZIDOS AO HOSPITAL PELO SAMU E SEU VEÍCULO FOI REMOVIDO PARA O PÁTIO BARRADAS E QUEIROZ.

Danos a terceiros

VEÍCULO 1

Placa QKS0050 UF SE Marca/Modelo I/FORD FUSION FWD GTDI B
Cor BRANCA
Categoria Particular Tipo Veiculo Automóvel
Espécie de veículo Passageiro
Ano de fabricação 2015
Nº ocupantes 2 Nº Feridos 0 Nº Mortos 0
Destino do veículo Liberado no local

Ponto de impacto



Danos do veículo

LATERAL DIREITA PARCIALMENTE DANIFICADA.

Dados do proprietário

Nome AMAIR HAGENBECK MELO
Logradouro RUA ORLANDO MAGALHAES MAIA
Bairro Cidade ARACAJU
Complemento
N.1520 AP 902 GRAGERU

Sexo Masculino

Número

Estado SE

Data 10/07/2018, Hora 11:10:22

Glaukia Suiane G. Bezerra
CHEFE DO COAT

Av. Tancredo Neves, S/N Ponto Novo, PABX: (079) 3226-2055, FAX (079) 3226-2042
CEP: 49.097-510, ARACAJU/SE, C.G.C.: 01.560.397/0001-50

Nº 024368

www.detrans.se.gov.br



DETRAN-SE

GOVERNO DO ESTADO DE SERGÍPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO
COMPANHIA DE POLICIAMENTO DE TRÂNSITO



Boletim de Ocorrência de Acidentes de Trânsito

Dados do condutor

Nome PAULO HENRIQUE PASSOS FILHO
Logradouro RUA ORLANDO MAGALHAES MAIA
Bairro GRAGERU Cidade ARACAJU
Complemento

Sexo Masculino Idade 21
Número 1520

Estado SE

Informações adicionais do condutor

Condições presumíveis do condutor Aparência normal
Reação do condutor Permaneceu no local
Teste do bafômetro Sim
Nº de série do bafômetro 3149
Leitura do bafômetro 0
Nº do auto de constatação de embriaguez
Destino do condutor Liberado no Local
Artigo/Lei
Cinto/Capacete Sim

Informações sobre a carteira nacional de habilitação

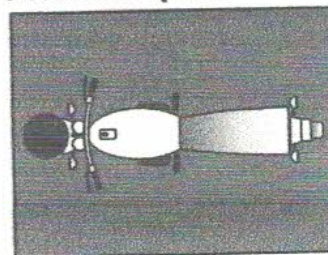
Habilitado
Condição da habilitação HABILITADO
Número CNH 06286197970
Data da primeira habilitação 22/01/2015
Motivo da apreensão

Validade 27/10/2019
Categoria B
CNH apreendida Não

VEÍCULO 2

Placa QMB6931 UF SE Marca/Modelo HONDA/CG 160 TITAN
Cor AZUL
Categoria Particular Tipo Veículo Motocicleta
Espécie de veículo Passageiro
Ano de fabricação 2017
Nº ocupantes 2 Nº Feridos 2 Nº Mortos 0
Destino do veículo Conduzido p/ GALPÃO

Ponto de impacto



Danos do veículo

VEÍCULO PARCIALMENTE DANIFICADO.

Data 10/07/2018, Hora 11:10:23

Glaukia Suiane G. Bezerra
CHEFE DO COAT



DETRAN-SE

GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO
COMPANHIA DE POLICIAMENTO DE TRÂNSITO



Boletim de Ocorrência de Acidentes de Trânsito

Dados do proprietário

Nome MAYCON JONATHA GOMES BELTRAO

Logradouro RUA 213

Bairro

Complemento

68 TAICOCA CASA

Cidade NOSSA SENHORA DO SOCORRO

Sexo Masculino

Número

Estado SE

Dados do condutor

Nome MAYCON JONATHA GOMES BELTRAO

Logradouro RUA DUZENTOS E TREZE

Bairro CENTRO

Complemento

Cidade NOSSA SENHORA DO SOCORRO

Sexo Masculino

Idade 20

Número 68

Estado SE

Informações adicionais do condutor

Condições presumíveis do condutor Não registrado

Reação do condutor Hospitalizado

Teste do bafômetro Não informado

Nº de série do bafômetro

Leitura do bafômetro

Nº do auto de constatação de embriaguez

Destino do condutor Não informado

Artigo/Lei

Cinto/Capacete Sim

Informações sobre a carteira nacional de habilitação

Habilitado

Condição da habilitação PERMISSIONARIO

Número CNH 6928662664

Data da primeira habilitação 04/10/2017

Motivo da apreensão

Validade 04/10/2018

Categoria A

CNH apreendida Não

Nome Vitima MAYCON JONATHA GOMES BELTRAO

Data de nascimento 20/08/1997

Logradouro RUA DUZENTOS E TREZE

Bairro CENTRO

Complemento

Cidade NOSSA SENHORA DO SOCORRO


Sexo Masculino

Idade 20

Número 68

Estado SE

Data 10/07/2018, Hora 11:10:23


Glaucia Suiane G. Bezerra

Glaucia Suiane Gomes Bezerra
CHEFE DO COAT



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETÁRIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO
COMPANHIA DE POLICIAMENTO DE TRÂNSITO



Boletim de Ocorrência de Acidentes de Trânsito

Dados adicionais da vítima

Tipo da vítima Motociclista

Morte no local Não

Cinto/capacete Sim

Nome Vítima KETHELYN MILENA CALDAS FREITAS

Data de nascimento

Logradouro NÃO INFORMADO

Bairro

Complemento

Cidade

Sexo Feminino

Idade 20

Número

Estado


Dados adicionais da vítima

Tipo da vítima Passageiro

Morte no local Não

Cinto/capacete Sim

Data 10/07/2018, Hora 11:10:24


Glaukia Suiane G. Bezerra

Glaukia Suiane Gomes Bezerra
CHEFE DO COAT



ATESTADO MÉDICO

☐ ACOMPANHANDO

☐ COMPARECEU PARA CONSULTA

☒ LICENÇA A PARTIR DE 20/05/18

POR (60) semanas DIAS.

ATESTADO PARA FINS DE Exatidão

QUE O SR(A) Katilly Mylena
Colares Freitas

COMPARECEU NESTE SERVIÇO NO DIA _____

ÀS HORAS, NECESSITANDO AFASTAR-SE DE
SUAS ATIVIDADES. 19:59.1

Aju 20/05/18

Dr. Denis Cabral Duarte
CRM - 4163 - TEOT 12353
Ortopedia e Traumatologia

ASSINATURA E CARIMBO

COD. 21109

Rua Campo do Brito, nº 1000 - B. São José - Fone: (79) 2106-4848 - CEP 49015-460 - Aracaju/SE



**Lauda Pericial
Digitizada**

INSTITUTO MÉDICO LEGAL
LAUDO PERICIAL
Lesões Corporais

Ketilly Mylena Caldas Freita

Lauda nº 7164/2018

28/09/2018
[Signature]
[Stamp: Instituto Médico Legal, Estado de São Paulo, Departamento de Polícia, 159, 411 CEP/SE]



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIAS
INSTITUTO MÉDICO LEGAL "DR. AUGUSTO LEITE"

LAUDO DO EXAME DE LESÕES CORPORAIS

terça-feira, 28 de agosto de 2018

Nº Laudo

7164/2018

Dados Da Vítima

| | | | |
|-------------------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------|
| Nome da Vítima | Nascimento | Idade | Naturalidade |
| KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS | 26/11/1997 | 21 | ARACAJU |
| Estado Civil | Sexo | Cor | Profissão |
| SOLTEIRO | FEMININO | PARDA | AUXILIAR DE PRODUÇÃO |
| Instrução | Nome da Mãe | Nome do Pai | UF |
| 2º Grau Completo | SHEILA CALDAS NASCIMENTO | EMERSON COSTA FREITAS | SE |
| Endereço | Bairro | Município | |
| RUA "A" Nº 43 C.J.MARCOS FREIRE III | TAIOCA | NOSSA SENHORA DO SOCORRO/SE | |
| Nome da Autoridade | Função | Unidade | |
| DANIELA RAMOS LIMA BARRETO | DANIELA RAMOS LIMA BARRETO | DEDT | |
| 1º Perito Relator | Cremeset/Cross | 2º Perito Relator | Cremeset/Cross |
| DRª. SCHEILLA K. M. SALVIANO | 2260 | | LAUDO Nº 7164/2018 |
| Local da Perícia | Tipo | Causa | |
| Sala do IML | | | |

Historico/Descrição

Historico

Relata a pericianda que foi vítima de acidente de trânsito (colisão carro x motocicleta), fato ocorrido no dia 20/05/2018, nesta Capital.

Descrição

Ao exame apresenta Ausência de falange distal do hálux esquerdo. Foi submetida a debridamento cirúrgico em 20/05/2018 e resecção de falange distal do hálux - Dr. Denis Cabral - CRM 4163. Amputação traumática do hálux esquerdo (1º dedo do pé).

Comentario Medico/Conclusão/Questitos Respostas

Comentario Médico - Forense

Existe compatibilidade entre os achados e a ação contundente. As lesões não resultaram em perigo de vida, porém se fez necessário afastá-la de suas ocupações habituais por período superior a 30 dias.

Conclusão

- 1) Sequela permanente.
- 2) Houve ofensa à integridade física da vítima.
- 3) Lesões produzidas por ação contundente.
- 4) Exame realizado às 08h30 do dia 28/08/2018.

Questitos/Respostas

1º) Houve ofensa a integridade ou a saúde do paciente?

Sim.

2º) Qual o instrumento ou meio que produziu a ofensa?

Contundente.

28/08/2018
ORIGINAL
Arquivo de Polícia
548.411 SSP/SE

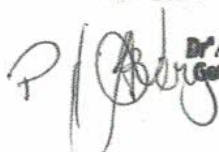
RELATÓRIO 0897 / 2018 REFERENTE À OCORRÊNCIA

NÚMERO: 1805200954 / ESUS – SAMU

O **SAMU 192 SERGIPE** foi acionado às **19h38min** do dia **20 de Maio de 2018**, para atendimento de vítima identificada como **Ketilly Milena Caldas Freitas**, com relato de **colisão carro x moto**, no município de Aracaju.

A equipe da **Unidade de Suporte Básico – Aracaju** realizou atendimento no local, seguido de remoção para o **Hospital da Unimed** do município de Aracaju, onde deixou a paciente aos cuidados da equipe.

Aracaju, 15 de Junho de 2018


Dr. André Luiz Bentes Paiva Nery
Coordenador de Regulação Médica
SAMU 192 Sergipe
CRM/SE 4354

Tiemi Sayuri Menezes Oki Fontes

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE

Dr(a): DENIS CABRAL DUARTE

Para: KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS

SOLICITO:

CURATIVO DIÁRIO DO FERIMENTO DO PE ESQUERDO. (POS OPERATORIO DE AMPUTAÇÃO PARCIAL DO HALUX

CID: S92.4



Dr. Denis Cabral Duarte
CRM - 4163 - TEOT 12353
Ortopedia e Traumatologia

ARACAJU , 25/05/2018

Dr(a). Dr(a): DENIS CABRAL DUARTE
CRM 4163

Dr(a): DENIS CABRAL DUARTE

Para: KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS

RELATÓRIO MÉDICO

DECLARO QUE A PACIENTE KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO N
DIA 20/05/2018. SOFRENDO AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO HALUX ESQUERDO.
SEQUELA PERMANENTE.

CID: S92.4 // S98

Dr. Denis Cabral Duarte
CRM - 4163 - TEOR 12353
Ortopedia e Traumatologia

ARACAJU, 25/05/2018

Dr(a). Dr(a): DENIS CABRAL DUARTE
CRM 4163



| | | | |
|---------------------------------------|------------------------------|--|---|
| 1 - Registro ANS 337668 | 3 - Número da Guia Principal | 6 - Data de Validade da Sentença | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 00867854 |
| 4 - Data de Autolização 20/05/2018 | 5 - Sentença 00867854 | 10 - Nome KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde |

| | | | |
|---|--|--|----------------------------|
| 8 - Número da Carteira 08660001816752006 | 9 - Validade da Carteira 31/07/2019 | 10 - Nome KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS | 12 - Atendimento a RH N |
|---|--|--|----------------------------|

| | | | | | | |
|--|---|----------------------------------|-------------------------------------|---------------|---------------------------|---|
| 13 - Código da Operadora 010843020046 | 14 - Nome do Contratado SAO MARCOS HOSPITALAR LTDA | 16 - Conselho Profissional 06 | 17 - Número no Conselho 43020046 | 18 - UF 28 | 19 - Código CBO 999999 | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante HOSPITAL UNIMED | | | | | | |

| | | | | |
|---------------------------------|--|------------------------|---|--------------------------------------|
| 21 - Cartão de Atendimento 2 | 22 - Data da Solicitação 20/05/2018 | 23 - Indicação Clínica | 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição | 27 - Cl. Solic. 28 - Cl. Autoriz. |
|---------------------------------|--|------------------------|---|--------------------------------------|

| | | |
|--|---|-----------------------------|
| 29 - Código na Operadora 010843020046 | 30 - Nome do Contratado SAO MARCOS HOSPITALAR LTDA | 31 - Código CNES 2658496 |
|--|---|-----------------------------|

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------|---|-----------------------|--|------------------|---------------|----------------|-------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 32 - Tipo Atendimento 11 | 33 - Indicação de Acidente (incidente ou doença relacionada) 9 | 34 - Tipo de Consulta | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento | 42 - Qtd. 001 | 43 - Via 1 | 44 - Idc. 1 | 45 - Fator R/Ace 1.3 | 46 - Valor Unitário 0.00 | 47 - Valor Total 0.00 |
|-----------------------------|---|-----------------------|--|------------------|---------------|----------------|-------------------------|-----------------------------|--------------------------|

| | |
|---|--|
| 48 - Idc. Ref. 49 - Or. Part 50 - Cód na Operadora/CNPJ 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO | 1 12 010843020046 HOSPITAL UNIMED 06 43020046 28 999999 |
|---|--|

| | | | | | | | |
|--|---|---|---------------------------------------|----------------------------------|--|---|---------------------------------|
| 56 - Data de Realização de Procedimento em Saúde 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 58 - Total de Procedimentos (R\$) 0.00 | 59 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 17.91 | 60 - Total de Materiais (R\$) 0.00 | 61 - Total de OPMs (R\$) 0.00 | 62 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00 | 63 - Total de Gases Médicos (R\$) 0.00 | 64 - Total Geral (R\$) 17.91 |
|--|---|---|---------------------------------------|----------------------------------|--|---|---------------------------------|

| | | | |
|---------------------------------|---|--|---|
| 65 - Observação / Justificativa | 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 68 - Assinatura do Contratado UNIMED |
|---------------------------------|---|--|---|

Impresso por JOSIVAN GOIS

Data/Hora: 20/05/2018 20:48:55

Contratado: 033155

Atendimento: 666004

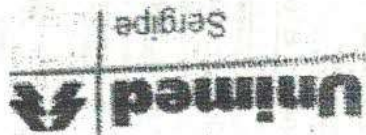
Contratado: UNIMED

633155

2-No. 201800867854

Guia de Serviço Profissional/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia -

SP/SADT



| | |
|--|-----------------------------|
| 1- Registro AHS | 337668 |
| 4- Data de Autorização | 20/05/2018 |
| 8- Número da Carteira | 08650001816752006 |
| Dados do Beneficiário | |
| 9- Validade da Carteira | 31/07/2019 |
| 10- Nome | KETILLY MYLENA CALDAS FRERE |
| Dados do Contratado Solicitante | |
| 13- Código na Operadora | 010843020046 |
| 15- Nome do Profissional Solicitante | SAO MARCOS HOSPITALAR LTDA |
| 16- Conselho Profissional | 10 - OUT |
| 17- Número no Conselho | 43020046 |
| 18- UF | 28 - SE |
| 19- Código CBO S | 225225 |
| 20- Ass. Profissional Solicitante | |
| 11- Cartão Nacional de Saúde | N - Não |
| 12- Atendimento a RH | |
| 7- Número da Guia Atribuído Pela Operadora | 201800867854 |
| 6- Data Validade da Guia | 19/07/2018 |

| | |
|--|----------------------------|
| 23- Indicação Clínica | |
| 22- Data de Solicitação | 20/05/2018 |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados | |
| 25- Descrição | CONSULTA EM PRONTO SOCORRO |
| 26- Código do Procedimento | 10101039 |
| 27- Qtd. Solic. | 1 |
| 28- Qtd. Autoriz. | 1 |
| Dados do Contratado Executante | |
| 29- Código na Operadora | 010843020046 |
| 30- Nome do Contratado | SAO MARCOS HOSPITALAR LTDA |
| 31- Tipo de Consulta | 9 - NAO ACIDENTE |
| 32- Indicação de Acidente | |
| 33- Motivo de Encerramento da Consulta | |
| 34- Valor Unitário R\$ | 26584496 |
| 35- Valor Total R\$ | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|------------------|---------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------|----------|----------------|-------------|----------------|------------------------|---------------------|
| 36- Data | 37- Hora Inicial | 38- Hora Final | 39- Tabala | 40- Código do Procedimento | 41- Descrição | 42- Qtd. | 43- Via | 44- Técnica | 45- %Real./MCR | 46- Valor Unitário R\$ | 47- Valor Total R\$ |
| Procedimentos e exames realizados | | | | | | | | | | | |
| 48- Seq. Ref. | 49- Grau Part. | 50- Codi na Operadora/CPF | 51- Nome do Profissional | 52- Conselho Profissional | 53- Número no Conselho | 54- UF | 55- Código CBO | | | | |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|------------------------------|---|-------------------------------|
| 56- Data de Realização de Procedimentos em sorte 57- Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 1- _____ | 2- _____ | 3- _____ | 4- _____ | 5- _____ | 6- _____ | 7- _____ | 8- _____ | 9- _____ | 10- _____ |
| 58- Assinatura do Responsável pela Autorização | 59- Total de Procedimentos (R\$) | 60- Total de Taxas e Anuais (R\$) | 61- Total de Materiais (R\$) | 62- Total de OPM (R\$) | 63- Total de Medicamentos (R\$) | 64- Total de Gases Medicais (R\$) | 65- Total Geral (R\$) | 66- Assinatura do Contratado | 67- Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 68- Assinatura do Responsável |

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 666004 Prontuário: 8964154
Paciente..... : KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS
Endereço..... : RUA 43
Bairro..... : TAICOCA DE DENTRO
Cidade..... : NOSSA SENHORA DO SOCORRO
Convênio..... : UNIMED
CID Principal..... : S681 - AMPUTACAO TRAUMATICA DE UM OUTRO DEDO APENAS (COMPLETA) (PARCIAL)
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 20/05/2018

SAME: 8964154

Hora Atend: 20:45
Idade: 20 a

Data Atend: 20/05/2018

UF.: SE CEP: 49160000
Plano...: INTERCAMBIO

Hora Saída : 21:50

Prestador da Evolução Médica: 1804 EDINEY CAVALCANTE BATISTA FILHO

HDA

ACIDENTE COM MOTO

EXAME FISICO

TRAZIDO EM PROTOCOLO SAMU
LUCIDA, ORIENTADA, EUPNEICA, REFERE DOR EM PE ESQUERDO, COM CURATIVO LOCAL
ESTAVEL HEMODINAMICO, PULSO RADIAL COM BOA AMPLITUDE
TORAX> EXPANSAO PRESENTE, SEM ENFISEMAS, SEM CREPTOS
AB> FLACIDO, INDOLOR, SEM PERITONISMO
PELVE: ESTAVEL

DORSO: SEM ALTERACOES
GLASGOW DE 15, SEM DEFECTES MOTORES OU SENSITIVOS, NEGA DESMAIO, NEGA VOMITOS
AMPUTACAO TRAUMATICA EM FALANGE DE PE ESQUERDO
ESCORACOES, SEM MAIS EVIDENCIAS DE LACERACOES
CERVICAL LIVRE E INDOLOR A PALPACAO, SEM ASSIMETRIAS

DIAGNOSTICO - HISTORICO
POLITRAUMA

TRATAMENTO

REALIZADO ANALGESIA, SOLCITO RADIOGRAFIAS
INICIADO CEFALOTINA
SOLCITO PARECER DA ORTOPEDIA



EDINEY CAVALCANTE BATISTA FILHO / 2360
CIRURGIA GERAL

CONFERE COM O ORIGINAL

Hospital Unimed Sergipe
José Carlos dos S. Nascimento
Méd. 144 Arquivador

20/06/18

SÃO MARCOS HOSPITALAR LTDA- HOSPITAL UNIMED

| | | |
|-------------------|--|-------------------|
| FICHA DA URGÊNCIA | | Unimed Sergipe |
| Itens Revisados: | | |
| Itens Excluídos: | | |

VIA PARA O HOSPITAL

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO - UNIMED

Declaro para os devidos fins que o paciente **KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS**, foi atendido no serviço de Urgência deste Hospital, e que as despesas serão pagas pelo convênio UNIMED. Recebi em devolução os documentos de identificação e a carteira do plano de saúde, entregues por ocasião do cadastro para atendimento. Aracaju, 20/05/2018 20:45

Ketilly Mylena Caldas Freitas
Paciente ou Responsável

1º MÉDICO DO ATENDIMENTO

1º Médico do atendimento - Carimbo e Assinatura

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 08964154
Paciente: KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS
CPF: 05777373500
Endereço: RUA 43
Data/Hora: 20/05/2018 20:45
Convênio: UNIMED

Responsável:

Declaro que o paciente acima citado deu entrada neste setor de Urgência em virtude do

C.I.D.:

Médico - Carimbo e Assinatura

3º-MÉDICO

Atendimento: 00666004
Nascimento: 26/11/97-20a 5m 23d
Fone: -998688920
Bairro: TAIOCA DE DENTRO
CEP: 49042820
Carteira: 08650001816752006
Guia: 506756

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 08964154
Paciente: KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS
CPF: 05777373500
Endereço: RUA 43
Data/Hora: 20/05/2018 20:45
Convênio: UNIMED

Responsável:

Declaro que o paciente acima citado deu entrada neste setor de Urgência em virtude do

C.I.D.:

Médico - Carimbo e Assinatura

2º-MÉDICO

Atendimento: 00666004
Nascimento: 26/11/97-20a 5m 23d
Fone: -998688920
Bairro: TAIOCA DE DENTRO
CEP: 49042820
Carteira: 08650001816752006
Guia: 506756

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 08964154
Paciente: KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS
CPF: 05777373500
Endereço: RUA 43
Data/Hora: 20/05/2018 20:45
Convênio: UNIMED

Responsável:

Declaro que o paciente acima citado deu entrada neste setor de Urgência em virtude do

C.I.D.:

Médico - Carimbo e Assinatura

1º-MÉDICO DO ATENDIMENTO

Atendimento: 00666004
Nascimento: 26/11/97-20a 5m 23d
Fone: -998688920
Bairro: TAIOCA DE DENTRO
CEP: 49042820
Carteira: 08650001816752006
Guia: 506756

PRESCRIÇÃO: 595300 DATA: 20/05/2018 20:47

ATEND: 666004-KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS

UNID. INT.: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA LEITO:

AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE UM OUTRO DEDO APENAS (COMPLETA) (PARCIAL)

1ª VI
CID: S6Rubric
Méd

666004

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ANTIBIOTICOS

| | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data Horários |
|---|-----|---------|----|-----|------------|----------------------------------|
| 1 C.C. CEFALOTINA SODICA (KEFLIN) 1G FRASCO-AMPOLA | 1 | FA C/1G | | IV | Agora | [20/05] . 20:47 <i>Suspender</i> |


MEDICAMENTOS

| | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data Horários |
|--|-----|--------------|----|-----|------------|---------------------------------|
| 2 C.C. CETOPROFENO (PROFENID) IV PO LIOF. FA C/100MG -> CLORETO DE SODIO 0,9% FR. C/100ML -> AGUA P/ INJEÇÃO AMP C/ 10 ML | 1 | FA C/100MG | | IV | Agora | [20/05] . 20:47 <i>21/05/18</i> |
| | 1 | FRASC C/100M | | | | |
| | 1 | AMP C/10ML | | | | |
| 3 C.C. TRAMADOL (TRAMADON OU TRAMAL) 100MG AMP2ML-IV | 1 | AMPOLA | | IV | Agora | [20/05] . 20:47 <i>21/05/18</i> |

EXAMES DE IMAGEM

| | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data Horários |
|---------------------|-----|---------|----|-----|------------|---------------|
| 4 RAO X BACIA EM AP | 1 | | | | | |
| 5 RAO X CRANIO 2PS | 1 | | | | | |
| 6 RAO X PE ESQ 2PS | 1 | | | | | |

Realizados


EDINEY CAVALCANTE BATISTA FILHO
CRM: 2360

~~NATANAEL GOIS LIMA/CARIMBO~~ ~~COREN-329965~~

granulacao.

OBS.: Descrever o curativo sinalizando aspecto, tipo de secreção (serosa, sanguinolenta, purulenta, odor), presença de fibrina, necrose ou

GENTIORA.

20:45 PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO DEU ENTRADA NESTA UNIDADE DE SAUDE
COM O DEDO DO PE "HALUX" DESCEPADO NA PRIMEIRA FALANGE. FOI ATENDIDA PELO MEDICO
CIRURGIAO QUE SOLICITOU EXAMES DE RX E ENCAMINHOU PARA A ORTOPEDIA, ONDE APÓS SER
AVALIADA FOI ENCAMINHADA COM URGENCIA PARA O CENTRO CIRURGICO.
20:55HS SOLICITADO INTERNAMENTO E AGUARDANDO AUTORIZAÇÃO
21:00HS FEITO MEDICAÇÃO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.
22:00HS PACIENTE ENCAMINHADA PARA O CENTRO CIRURGICO. COM AVP EM MSD COM GELCO
HIDROLIZADO DE NÚMERO 20.
ACORDADA.CALMA,CONSCIENTE,ORIENTADA,VERBSALIZANDO,EUPNEICA,AFEBRIL E NORMOTENSO.
PA=110 X80MMHG+FC=88 BPM+SAT=98%+TAX=36°C A MESMA ESTÁ EM COMPANIA DE SUA

CURATIVOS

| DRENO E SONDAS | | | | | |
|----------------|--------------------|-----------|-----|-----|--|
| | Dreno Sucção | Intracath | SVD | SNE | |
| | Data da Instalação | | | | |
| | Nº de Dias | | | | |
| | Data da Troca | | | | |

DRENO E SONDAS

[illegible]

GASOTERAPIA

EQUIPAMENTOS

| HORA | PA (mmHg) | FC (bpm) | Tª Axilar | Rpm | DOR | GLICEMIA CAPILAR |
|------|-----------|----------|-----------|-----|-----|------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| | | | | |
|----------|---|---------------------------------|---------|--------------------|
| NOME | : | KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS | PRONT.: | 089664154 |
| ATEND. | : | 00666004 | LEITO: | |
| MÉDICO | : | EDINEY CAVALCANTE BATISTA FILHO | CONV. | : UNIMED |
| USUÁRIO: | : | NATANAEL LIMA | DATA | : 21/05/2018 05:00 |

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Itens Revisados:

Itens Excluídos:

INTERNAMENTO

Prontuário: 08964154

Atendimento: 00666017

RG: 37140302

Nome: KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS

CPF: 05777373500

Nascimento: 26/11/1997

Idade: 20a 5m 23d

Cidade/Estado: NOSSA SENHORA DO SOCORRO/SE

Endereço: RUA 43,40

CEP: 49160000

Complemento:

Bairro: TAICOCA DE DENTRO

Telefone:

Filiação (mãe): SHEILA CALDAS NASCIMENTO

Profissão: OUTROS

DADOS DO RESP

Nome: SHEILA CALDAS NASCIMENTO

CPF : 00661648508

DADOS DO CONVÊNIO

Plano: UNIMED

Matrícula: 08650001816752006

Acomodação: ENFERMARIA 2
LEITOS

Guia nº: 00867876

Dias Autorizados:

Acompanhante: N

Origem Atendimento :

DADOS DA ADMISSÃO DO PACIENTE

Data/Hora: 20/05/2018 21:51

Leito: LEITO 07

Tratamento:

INTERNACAO CIRURGICA URGENCIA
DENIS CABRAL DUARTE

Médico Assistente:

Admitido no setor por: FERNANDA.MACEDO

Enfermeira (o)
ou substituto do Posto

Conferido por

SÃO MARCOS HOSPITALAR LTDA - HOSPITAL UNIMED

Rua Campo do Brito, nº 1000

CNPJ: 155927850001-06


Aracaju - SE

Fone: (0XX79) 2106-4848

CONFERE COM O ORIGINAL

Hospital Unimed Sergipe
José Carlos dos S. Nascimento
Mat. 144 Arquivador

20/06/18

| | | |
|------------------|--|--|
| FICHA CADASTRAL | | Unimed  |
| Itens Revisados: | | |
| Itens Excluídos: | | |

I- DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 08964154 **Atendimento:** 00666017 **RG:** 37140302
Nome: KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS **Idade:** 20a 5m 23d **CPF:** 05777373500
Nascimento: 26/11/1997 **Bairro:** TAICOCA DE DENTRO
Endereço: RUA 43,40 **Cidade/Estado:** NOSSA SENHORA DO SOCORRO/SE
Complemento: **CEP:** 49160000
Telefone: *

II- DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: SHEILA CALDAS NASCIMENTO **RG:** 1514915
Endereço: RUA 43 **Cidade/Estado:** NOSSA SENHORA DO SOCORRO/SE
CPF: 00661648508

III- CONTRATO - UNIMED

- 1) Declaro assumir plena responsabilidade, em caráter solidário e principal, como bastaste fiador:
 - a) Por todas as despesas médico – hospitalar não previstas no contrato firmado entre a SÃO MARCOS HOSPITAL LTDA e UNIMED decorrente da internação do paciente, internado neste dia por ordem médica, neste hospital.
 - b) Por todas as despesas médico – hospitalar decorrentes da internação e tratamento, em caráter particular, quando posterior ficar comprovada a ausência de responsabilidade de entidade conveniada, na cobertura das referidas despesas no caso do não cumprimento às exigências burocráticas necessárias durante o período de internação.
 - c) Por todas as despesas hospitalares no caso de mudança de acomodação, decorrentes da minha opção além dos parâmetros da cobertura da Operadora do Plano de Saúde, inclusive aquelas relativas a diferença de honorários da equipe médica.
- 2) Declaro estar ciente que todo pagamento efetuado será imediatamente depositado, de acordo com as condições foram pactuadas.
- 3) O Hospital envia todos os esforços para garantir o conforto e a segurança do internado, não obstante, poder protagonizar acidentes, fugas, danos ou extravios de bens próprios ou de terceiros, ficando desde já isento o Hospital pelo (s) abaixo afirmado (s), de quaisquer responsabilidades, e as despesas decorrentes disto, por conta de quem a subscreve.
- 4) A Diretoria do Hospital não terá qualquer responsabilidade sobre quaisquer objetos ou pertences, como biju, aparelhos sonoros, ventiladores, etc.
- 5) Declaro ter recebido em devolução os documentos de identificação, entregues por ocasião do cadastro de internação.
- 6) Declaro ter recebido manual de instruções sobre rotinas administrativas do Hospital Unimed.

Sheila Caldas

Paciente ou Responsável
CPF:

SÃO MARCOS HOSPITALAR LTDA - HOSPITAL UNIMED

Rua Campo do Brito, nº 1000

CNPJ: 155927850001-06

Aracaju - SE Fone: (0XX79) 2106-4848

Itens Revisados:

Itens Excluídos:

Por esse instrumento particular o (a) paciente **KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS** ou seu responsável Sr.(a) **SHEILA CALDAS NASCIMENTO**, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização (à) médico (a) assistente, Dr.(a) **DENIS CABRAL DUARTE**, inscrito(a) no CRM **4163** para proceder as investigações necessárias diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado "AMPUTAÇÃO DE MEMBRO(S) INFERIORE" e todos os procedimentos que o incluem, inclusive a anestesia ou a outras condutas medicas que tal tratamento possa requerer, podendo referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde.

Declara, outrossim, que o referido(a) médico(a), atendendo no art. 59º do código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (aba descritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico cirúrgico anteriormente citado, prestar informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autoriza especialmente as que se seguem:

DEFINIÇÃO: é a retirada cirúrgica parcial de membro(s) inferior (es).

INDICAÇÕES:

- Aterosclerose periférica;
- Doenças arteriais inflamatórias;
- Infecções periféricas principalmente em pacientes diabéticos;
- Trauma;

COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS:

- Mortalidade é de 10 a 25%
- Infecções (frequente em função de déficit circulatório local);
- Necrose de coto;
- Neuromas (pequeno nódulo no local do corte de nervo);
- Calsalgia (dor no coto, mais intensa à noite);
- Dor no membro fantasma (sensação de que o membro não foi amputado);
- Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica grosseira).

CBHPM – 3.07.27.04.9 CID – 170.9

Infecção Hospitalar:

A portaria nº2. 616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCI) obrigando os hospitais a construir a CCIH (Comissão de controle de infecções Hospitalares). Os índices de infecção hospitalar estabelecidos, usando como parâmetro o NNIS (Nacional Nosocomial Infection Surveillance – Vigilância Nacional Nosocomial Infecções), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceito e que são:

1. Cirurgias limpas – 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
2. Cirurgias potencialmente contaminadas – 10% (aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
3. Cirurgias contaminadas – 20% (são aquelas em tecidos recentemente traumatizadas e abertas, colorizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local). Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária;

Itens Revisados:
Itens Excluídos:

4. Cirurgias infectadas – 40% (são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso e/ou tecido necrótico).

Declara ainda ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entenderam perfeitamente e aceitaram, compromissando-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo (a) médico (a), estando ciente que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia da cura, e que a evolução da doença e do tratamento pode obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso fica o (a) mesmo (a) autorizado (a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas sugeridos, segundo seu julgamento.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e está atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns **RISCOS e COMPLICAÇÕES** deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Código de Ética Médica – Art. 59º - É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.

Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art.9º - O fornecedor de produtos e serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar de maneira ostensiva e adequada, a respeito de sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. **Art.39º** - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI- Executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.

Aracaju (Se), _____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) paciente - RG

X Sheila Baldas
Assinatura do (a) resp. pelo (a) paciente - RG

Assinatura do médico – CRM

SÃO MARCOS HOSPITALAR LTDA - HOSPITAL UNIMED

Rua Campo do Brito, nº 1000
CNPJ: 155927850001-06

Aracaju - SE Fone: (0XX79) 2106-4848

TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE RISCO DE QUEDA

Queda pode ser definida como "o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais, comprometendo a estabilidade" (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2013).


As quedas são frequentes entre idosos e crianças e são importantes fatores de agravamento da saúde do paciente, pois podem provocar fraturas, hemorragias e óbito em alguns casos. Esses eventos ocorrem com mais frequência entre aquelas pessoas que apresentam histórico de quedas, limitações e/ou necessitam de ajuda para realização de atividades do dia a dia como andar, vestir-se ou tomar banho. O uso de alguns tipos de medicamentos também pode contribuir para o aumento do risco de queda. Salienta-se ainda que o uso de muletas, bengalas e andadores não apresenta proteção contra esse tipo de evento.

Após avaliação do risco de queda do Sr.(a) KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS, internado neste hospital no LEITO 07, portador do RG37140302, orientamos:


- I- Manter as grades da cama sempre elevadas;
- II- Supervisão/auxílio da enfermagem para levantar-se, ir ao banheiro, bem como durante o banho;
- III- Atentar-se para objetos deixados nas passagens;
- IV- Atentar-se para o travamento de camas e cadeira de rodas;
- V- Não manter quarto totalmente escuro;
- VI- Utilizar calçados antiderrapantes;
- VII- Manter campainha e objetos pessoais ao alcance do paciente;
- VIII- Solicitar ajuda da enfermagem sempre que tiver necessidade de ajuda ou dúvidas.

Data:

Após esclarecimento, eu Roberto Rodrigues, informo que fui devidamente orientado quanto ao risco de queda do paciente que acompanho, bem como as formas de prevenção deste evento adverso.


Assinatura do acompanhante


Assinatura enfermeiro

| | | |
|------------------|------------------------|--|
| Hospital Unimed | INFORMAÇÕES AO CLIENTE |  |
| ITENS REVISADOS: | ITENS EXCLUIDOS: | |

Aos Clientes do Hospital Unimed

O Hospital Unimed possui um serviço de anestesia composto de anestesistas plantonistas que pertencem à COOPANEST-SE, Cooperativa dos Anestesiologistas do Estado de Sergipe. Esta cooperativa mantém convênio com os planos abaixo.

Convênios:

Assem

Carned

Cassind

G Barbosa

Funcef / Saúde Caixa

Previmed / Cagipe

Cehop / Assec

Ipesaude

Caso seu plano de saúde não esteja incluído, comunicamos a V. Sra. que na ocasião da alta, será apresentado honorários do médico anestesista que prestou seus serviços. Caso seja do vosso interesse contato prévio com o profissional, a instituição facilitará o acesso ao mesmo.

Atenciosamente
Drº Edison Cunha
Diretor Clínico

Cliente,



Assinatura do Cliente ou Responsável

| | | |
|---------------------|------------------------|--------------------------|
| PROPOSTA DE SERVIÇO | INFORMAÇÕES AO CLIENTE | Unimed Sergipe |
| ITENS REVISADOS: | | |
| ITENS EXCLUIDOS: | | |

NOTIFICAÇÃO

Prezado Cliente e Familiares,

Diante dos frequentes episódios de golpes envolvendo o nome de estabelecimentos hospitalares, noticiados não somente em Sergipe como também em todo o Brasil, gostaríamos de esclarecer que **O HOSPITAL UNIMED NÃO SOLICITA DEPÓSITO BANCÁRIO DE QUALQUER VALOR MONETÁRIO REFERENTE A EXAMES OU PROCEDIMENTOS DE PACIENTE INTERNADOS EM NOSSA INSTITUIÇÃO.**

Em caso de solicitação dessa modalidade, especialmente por via telefônica, sugerimos dirigir-se imediatamente nossa instituição para esclarecimento e, se necessário, entrar em contato com a autoridade policial.

Atenciosamente,

Aracaju, 20/05/2018


Setor de Internamento

Ciente em ____/____/____

Paciente :

Responsável:

Sheila Baldas

| | | |
|--------------------------------------|--|--|
| Hospital Unimed | TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ANESTESIA E SEDAÇÃO |  |
| Itens Revisados: Itens Excluídos: | | |

Dados do Paciente

Nome : KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS
 Convênio : UNIMED
 Data Nascimento : 26/11/1997 - 20a 5m 23d
 Atendimento : 00666017
 Data Atendimento: 20/05/2018 21:51

Autorizo o Dr(a). _____, Crm _____, ou outro médico credenciado ao Hospital Unimed SE a realizar o procedimento de Anestesia/Sedação, para o Procedimento ou Exame: : a qual serei submetido em data atual. A proposta desse procedimento Anestesia/Sedação possui benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas que me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão realizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital em busca do melhor resultado.

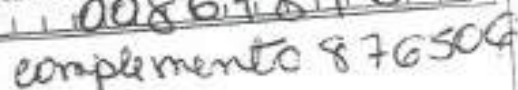
Autorizo qualquer outro procedimento, exames, tratamento ou cirurgia, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos. Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos, e que me foi dada a oportunidade de anular qualquer espaço em branco, palavras ou parágrafos com o qual não concordasse.

Paciente/Responsável Legal

Nome : SHEILA CALDAS NASCIMENTO
 Grau de Parentesco:
 CPF : 00661648508

Aracaju, 20/05/2018 21:52


 Assinatura Paciente e/ou Responsável



p. 49

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO CIRUGIAS E PROCEDIMENTOS INVASIVOS

Por este instrumento particular o (a) paciente KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS ou seu responsável, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao médico assistente para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico proposto, e os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas em caráter de urgência que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o médico assistente, atendendo ao disposto nos arts. 22º e 34º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu tratamento médico-cirúrgico, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

Procedimento(s) e/ou Cirurgias(s): AMPUTAÇÃO DE DEDO - MÍNIMA

Declara ainda ter sido esclarecido (a) a respeito de complicações inerentes a qualquer ato cirúrgico, bem como aquelas específicas do tipo de ato operatório ao qual será submetido (a). Esclarecimentos relativos ao tópico **INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE** A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.

Nesmo tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e equipe, quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado. Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente, e aceitou, comprometendo-se a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar ao (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos cuja resolução seja de urgência ou emergência, segundo seu julgamento.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DOC 01 CC - Implantação: 04/2017 Hospital Unimed - São Marcos Hospitalar Ltda de Aracaju, SE CNPJ 15.592.785/0001-06. Rua Campo do Brito, 1000 - São José - Aracaju - cep: 49015-460 Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Aracaju (SE),

X Shirla Baldas
Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: RG/CPF:

Preenchimento Médico:

Ass. Médico Assistente - CRM

Código de Ética Médica - Art. 22º. É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. Art. 34º. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal. Lei 8.078 de 11/09/1990.

Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. Art. 39º - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI - executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.



SERVIÇO DE ENFERMAGEM
Ficha de Pré e Transoperatório



Itens Revisados

Itens Excluídos

Unidade: _____ Data: 1/1 Atendimento: _____
 Paciente: Ketley Delfino Caldas Freitas
 Idade: 32 Sexo: F Leito: _____ Convênio: Unimed
 Data da Internação: 20/05/18 Data da Cirurgia: 20/05/18 Hora da Cirurgia: 14h
 Cirurgia Proposta: Amputação

PRÉ-OPERATÓRIO

Condições Gerais: Calmo ☒ Orientado ☐ Ansioso ☐ Outros: _____ Peso: 65 kg Altura: 1,70

Sinais Vitais: T 36 °C FC 80 FR 18 PA 120/80 Dor (0-10) _____

História Pregressa: Hipertensão Arterial ☒ Mastectomia: D ☐ E ☒ Diabetes Mellitus ☐ Membro Amputado: _____
 Cardiopatia ☐ Fístula Arteriovenosa: MSD ☐ MSE ☐ ALERGIA: Não
 Tabagismo ☐ Quantos Cigarros por Dia _____ Etilismo ☐

Próteses/Implantes: Ocular: D ☐ E ☒ Auditiva: D ☐ E ☐ Ortopédica ☐ Marca-Passo ☐

Retirado: Prótese Dentária ☒ Lente de Contato ☒ Joias ☐ Outros: _____

Preparo:

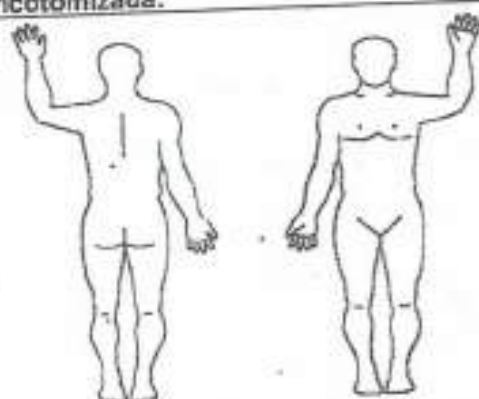
| Descrição | Hora | Executado por | Descrição | Hora | Executado por |
|----------------|-----------|-----------------|--------------------|------|---------------|
| Jejum a partir | <u>26</u> | <u>Paciente</u> | Pré-Anestésico | | |
| Banho | <u>14</u> | <u>H</u> | Preparo Intestinal | | |
| Higiene Oral | <u>14</u> | <u>H</u> | | | |

Punção Venosa: _____ Hora _____

Realizada por: Somayra
 Dispositivo: Gelco nº _____ Scalp nº _____ Outros: _____

Local da Inserção: _____

Área tricotomizada:



Colocar:

Camisola ☒

Gorro ☐

Propé ☐

Outras anotações: _____

Exames Encaminhados ao Centro Cirúrgico: Laboratoriais ☐ ECG ☐ RX ☐ TC ☐ RNM ☐ USG ☐ Outros: _____

Responsável pela Execução dos Procedimentos: _____ () Téc. Enfermagem _____ () Enfermeiro(a)

Encaminhado ao Centro Cirúrgico por: _____ Hora: _____

TRANSOPERATÓRIO

Hora:

Recebido no Centro Cirúrgico por:

Nível de Consciência:

Acordado () Sonolento () Calmo () Orientado () Agitado ()

Informações Gerais:

Sala Operatória n.º 3

Circulante(s): *Maiores*

Entrada na S.O. 22:05 HS

Início da Anestesia 22:10 HS

Início da Cirurgia 22:15 HS

Término da Cirurgia 23:00 HS

Término da Anestesia 23:00 HS

Saída da S.O. 23:15 HS

Cirurgia Realizada:

Equipe Cirúrgica:

Cirurgião Dr.(a): *Denis Cabral*

Assistente Dr.(a):

Anestesiista Dr. (a): *O. P. P.*

Instrumentador(a): *Fernando*

Anestesia:

Geral Venosa ()

Peridural com Cateter ()

Bloqueio ()

Sedação + Local ()

Geral Inalatória ()

Peridural sem cateter ()

Sedação ()

Bloqueio + Local ()

Geral Combinada (V+I) ()

Raquianestesia ()

Local ()

Bloqueio + Sedação ()

Dispositivos:

Tubo Endotraqueal n.º ()

Com Cuff ()

Sem Cuff ()

Tubo Aramado n.º ()

Máscara Laringea n.º ()

Outros:

Assepsia:

PVPi Degermante ()

PVPi Tópico ()

PVI Tintura ()

Clorexedina Degermante ()

Clorexedina Alcolica ()

Outros:

Equipamentos e Acessórios:

Carro de Anestesia ()

Capnógrafo ()

Oxímetro ()

Cardioscópio ()

PA Invasiva (PAI) ()

PA não Invasiva (PANI) ()

Vídeo Unimed ()

Garrote Pneumático ()

Microscópio ()

Desfibrilador ()

Manta Térmica ()

Termômetro ()

Outros:

Bombas de Infusão:

Difusor ()

Infusão Contínua ()

De seringa ()

Outra ()

Coxins:

Cabeça ()

Auricular ()

Occipital ()

MSD ()

MSE ()

MID ()

MIE ()

Calcâneos ()

Ombro ()

Dorso D ()

Dorso E ()

Lombar ()

Tórax D ()

Tórax E ()

Pelve ()

Outros:

Ataduras Para Contenção:

Punho D ()

Punho E ()

Joelho D ()

Joelho E ()

Outra ()

Gesso:

MSD ()

MSE ()

MID ()

MIE ()

Outro ()

Bisturi Elétrico:

Monopolar ()

Bipolar ()

Ultra Cision ()

Outros Bisturis ()

Legenda:

☐ Eletrodos

☐ Incisão Cirúrgica

☐ Placa de Bisturi

☐ Garrote Pneumático



| Controle de Compressas | | | | Posição de Paciente durante o Ato Operatório | |
|------------------------|------------|------------|------------|--|-----------|
| Grande | | Pequena | | Dorsal ou Supina | Sims |
| Fornecidas | Devolvidas | Fornecidas | Devolvidas | Ventral ou Prona | Lateral D |
| 05 | 05 | 05 | 05 | Ventral of Flexão dos Joelhos | Lateral E |
| | | | | Trendelenburg | |
| | | | | Trendelenburg Reverse | |
| | | | | Ginecológica ou Litotômica | |

Sondas / Drenos e Cânulas:

| | | | |
|-------------------------------------|---------------------|------------------------------|------------------------------|
| () Gástrica n.º | () Nasoenteral n.º | () Fouchet n.º | () Tórax n.º |
| () Kher | () Penrose n.º | () Sucção n.º | () Tórax n.º |
| () Traqueostomia | () Guedel n.º | () Sonda Vesical Foley | () N.º _____ Vias n.º _____ |
| () Passagem da sonda sem restrição | () Com Restrição | () Aspecto da urina drenada | () Passada por: _____ |

Infusão / Soluções:

| Volume | Descrição | Quantidade | Volume | Descrição | Quantidade |
|---------|---------------------|------------|---------|---------------------|------------|
| 250 ml | S. Fisiológico 0,9% | | 250 ml | S. Glicofisiológico | |
| 500 ml | S. Fisiológico 0,9% | | 500 ml | Manitol e Sorbitol | |
| 1000 ml | S. Fisiológico 0,9% | 1111 | 1000 ml | Glicina | |
| 500 ml | Ringer Lactato | 1 | 500 ml | Água Destilada | |
| 500 ml | S. Glicosado | | | | |

Sangue e Derivados:

| Descrição | Quant. | Hora | Quant. | Hora | Quant. | Hora | Quant. | Hora |
|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|
| Concentrado de Hemácias | | | | | | | | |
| Plasma | | | | | | | | |
| Plaquetas | | | | | | | | |
| Crioprecipitado | | | | | | | | |

Expansores Plasmáticos:

| Descrição | Quant. | Hora | Quant. | Hora | Quant. | Hora | Quant. | Hora |
|-----------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|
| Albumina | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Contraste: _____ Via: _____ Tipo: _____ Volume: _____

| Medicações | | | Medicações | | |
|------------|-----|-------|------------|-----|------|
| Nome | Via | Hora | Nome | Via | Hora |
| Diazepam | EV | 22:30 | | | |
| Keppon | EV | 22:00 | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Diurese Desprezada em Sala:

| Hora | Volume | Aspecto | Hora | Volume | Aspecto |
|------|--------|---------|------|--------|---------|
| | | | | | |
| | | | | | |

Encaminhamento do Espécime para Laboratório de Anatomia Patológica:

| | | | |
|-------------|----------------|------------|-----------|
| Fakouri () | Sônia Lima () | Mônica () | Outro () |
|-------------|----------------|------------|-----------|

Outros Serviços Requisitados:

| | | | | |
|--------|--------------------|--------------------------------------|---------------------|------------|
| RX () | Intensificador () | Laboratório de Análises Clínicas () | Banco de Sangue () | Outros () |
|--------|--------------------|--------------------------------------|---------------------|------------|

Anotações de Enfermagem:

Ref. polipítido no S.O. procedente da urgência doblante, consent
 emitiu, respondendo as solicitações verbais. Em 12/05 de 2018 no
 após do P.E. Monitorado SPO 99 50, 70. Realizado exames + hto grau
 por p.13 p.13 cabral (realizado exame com SF.
 Início da cirurgia si enterocorais
 12/05
 Cirurgia em trans - operatório satisfeito
 12/05 de 2018
 Ref. encaminhado p.13 após a cirurgia si enterocorais
 SPO 99 P. 100 bpm
 12/05

Paciente Encaminhado para:

| | | | | | |
|----------|---------|--------------------|---------------|----------|---------------------|
| SRPA () | UTI () | Semi-intensiva () | Enf./Apto () | Alta () | Sala de Preparo () |
|----------|---------|--------------------|---------------|----------|---------------------|

Prontuário Contendo:

| | | | | | | |
|--------------------------|--------|---------|---------------|--------|---------|---------|
| Exames Laboratoriais () | RX () | ECG () | USG () | TC () | RNM () | Outros: |
| Peça Cirúrgica () | | | Pertences () | | | |

Enfermeira / Coren

Data: 20/05/18

CARIMBOS DA HEMOTERAPIA

Anotações de Enfermagem:

Act. admitido no S.O. procedente da urgência do bloco, com
 avaliação, realização de procedimentos de rotina no
 serviço do R.E. Monitorizado S.O. 95 E.C. 70. Realizado exames + bloqueio
 nos 23 pontos catetais (bloqueio sempre com SE.
 Início da cirurgia si intercorreu

SE
 cirurgia que trans - operou satisfeito

Tempo de procedimento

Act. realizado p/ 100 após act. cirurgia si intercorreu

S.O. 99 p. 100 b.p.m.

Paciente Encaminhado para:

| | | | | | |
|----------|---------|--------------------|---------------|----------|---------------------|
| SRPA () | UTI () | Semi-intensiva () | Enf./Apto () | Alta () | Sala de Preparo () |
|----------|---------|--------------------|---------------|----------|---------------------|

Prontuário Contendo:

| | | | | | | |
|--------------------------|--------|---------|---------------|--------|---------|---------|
| Exames Laboratoriais () | RX () | ECG () | USG () | TC () | RNM () | Outros: |
| Peça Cirúrgica () | | | Pertences () | | | |

Enfermeira / Goren

Data: 20/05/18

CARIMBOS DA HEMOTERAPIA

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 82355
Paciente : 8964154
Convênio Atend. : 8
Leito : 420
Dt. Início : 20/05/2018 21:54
Cid Pré-Operatório : S924
Cid Pós-Operatório : S924

Sala : 0002 SALA 2
KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS
UNIMED
LEITO 07
Dt. Fim : 20/05/2018 22:54
FRATURA DO HALUX
FRATURA DO HALUX

Atendimento : 666017
Carteira : 08650001816752006
Idade : 20 Anos

Procedimentos

Procedimento: 30722071
Convênio: 008
Anestesia:

AMPUTACAO DE DEDO (CADA) - TRATAMENTO CIRURGICO (PRINCIPAL)
UNIMED

Equipe Médica

CIRURGIAO

4163 DENIS CABRAL DUARTE

Descrição

Descrição Cirúrgica :

PACIENTE EM DDH SOB SEDAÇÃO E BLOQUEIO REGIONAL
A + A + LAVAGEM EXAUSTIVA DA LESAO
CAMPOS ESTEREIS
DEBRIDAMENTOS DE TECIDOS DESVITALIZADOS + RESSECÇÃO DE FALANGE DISTAL DO HALUX (AMPUTAÇÃO
TRAUMÁTICA)
FECHAMENTO POR PLANOS E REGULARIZAÇÃO DO COTO AMPUTADO
CURATIVO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

02 MONONYLON 3.0,
03 SF 1000ML

Dr. Denis Cabral Duarte
CRM - 4163 - TEOT 12353
Ortopedia e Traumatologia
DR(A) : DENIS CABRAL DUARTE
CRM : 4163



FICHA DE ANESTESIA

ANESTESIA

Unimed

Itens Revisados

Itens Excluídos

Convênio

Nº Registro

Data

Idade

Nome

Quarto

Cirurgião

Diag. Preop

Cirurgia Realizada

Código Cirúrgico

Pre-medicação

Início Anest.

Início Op.

Altura Anest.

Risco Operatório - 1 - 2 - 3 - 4 Estado Físico - 1 -

02

SCORE
SANGUE

MONITOR E CG

MICROSCÓPIO ÓPTICO

OXÍMETRO PULSO

RX. SALA

CAPINÓGRAFO

INTENSIFICADOR IMAGEM

PAM NÃO INVASIVA

FURADEIRA ELÉTRICA

BISTURI ELÉTRICO

BOMBA INFUSÃO

ANOTAÇÕES

GROGAS

QUANT.

MATERIAL

Nº QTD

1. Propofol

2. Ketorolac

3. Ketorolac

4. Ketorolac

5. Ketorolac

6. Ketorolac

7. Ketorolac

8. Ketorolac

9. Ketorolac

10. Ketorolac

11. Ketorolac

12. Ketorolac

13. Ketorolac

CATETER DE O.

SONDA DE

ASPIRAÇÃO

JELCO

SCALPE

TUBO ENDOTRA

QUEDEL

FAIXA SMARCH

AGULHA DESCART

RAQUISPINAL

AGULHA PLEXO

CATETER TIPO

OCULOS

Agente Anestésico

Técnica

Posição

Aparelho

Posição após

Duração da Operação

Condição no final da Operação

Local punção

Indução

Posição Operatória

Duração da Anestesia

Líquido retirado

Técnica

Rei

Consci

Observações

GASES

l/min

h

O₂

N₂O

Nitrogênio

Sis

ENCAMINHADO A:

HORÁRIO ENTRADA

SRPA

SRPA

() SALA OPERATÓRIA () SRPA

Pens. Revisados:

Pens. Excluídos:

Nome do paciente:

Aptº: Nº do prontuário:

Cirurgia realizada:

Convênio:

Cirurgião:

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Anestesiologista:

Anestesia:

Instrumentador:

Intubante:

Sab(SO):

Leito (SRPA):

| MATERIAIS | QUANTIDADE |
|---|------------|
| GUA OXIGENADA 10 VOL. | |
| GULHA DE RAQUI | |
| GULHA DE SUTURA | |
| GULHA DE VERES | |
| GULHA ESTIMULADOR NERVO PERIFERICO 50() 100 () | |
| GULHA HIPODERMICA | |
| GULHA PERIDURAL | |
| GULHA PLEXO | |
| LCOOL 70 % | |
| LGODAO DE OTORRINO | |
| LGODAO ORTOPEDICO | |
| LGODAO(BOLA) | |
| TADURA DE CREPE 10 CM | |
| TADURA DE CREPE 15 CM | |
| TADURA DE CREPE 30 CM | |
| TADURA DE GESSO 15 CM | |
| ZUL DE METILENO | |
| AMPO IMPERMEAVEL 1,4CM | |
| ANULA ENDOTREQUIAL C/BALAO | |
| ANULA ENDOTREQUIAL S/BALAO | |
| APA DE INTENSIFICADOR | |
| APA DE MICROSCOPIO | |
| APA DE VIDEO | |
| ATETER EPIDURAL | |
| ATETER PARA OXIGENIO TIPO OCULOS | |
| LOREXIDINA ALCOOLICA | |
| LOREXIDINA AQUOSA | |
| LOREXIDINA DESGERMANTE | |
| OLETOR DE URINA FECHADO | |
| OLETOR URINA | |
| COMPRESSA COTTONÓIDE | |
| COMPRESSA DE GAZE 7,5 X 7,5 | |
| COMPRESSA GRANDE 45X50 | |
| COMPRESSA PEQUENA 25X23 | |
| OTONETE | |
| RENO DE KEHR | |
| RENO DE PENROSE | |
| RENO DE SUCCAO CONTINUA | |
| RENO TUBULAR | |
| LETRODO BIS | |
| LETRODO DESCARTAVEL 05 UND | |
| QUIPO DE BOMBA | |
| QUIPO MACROGOTAS | |
| QUIPO MACROGOTAS C/INJETOR | |
| QUIPO MACROGOTAS C/INJETOR | |
| QUIPO MULTIVIAS | |
| QUIPO SIMPLES | |
| SCOVA MARCODINE P.V.P.I | |
| SPARADRAPO COMUM | |
| SPATULA | |
| THIBOND | |
| XTENSET | |
| AXA SMARCH | |
| ULTRC BARREIRA | |
| RYA CARDIACA | |
| ORMOL LIQUIDO | |
| FRASCO DE BIOPSIA () 2L () 1L () 500ML () 300 | |
| GAZE ALGODOADO | |
| GAZE DE OTORRINO | |
| GAZE VASELINADA | |
| ELFOAN | |
| SORRO DESCARTAVEL | |
| TEMODERIVADO | |
| NTRACATH | |
| ELCO | |
| AMINA BISTURI | |
| ANCETA DESCARTAVEL | |
| ATEX 0.5MTS | |
| ATEX 0.5MTS | |
| JGA CLIP PLT - 500() 400 () | |
| LUA DE PROCEDIMENTO | |

| MATERIAIS | QUANTIDADE |
|--|------------|
| LUVA ESTERIL N° 8,5 | |
| MALHA TUBULAR P/MEMBRO | |
| MASCARA DESCARTAVEL | |
| MICROPORÉ | |
| PLACA ELETROCIURGICA | |
| POLIFIX | |
| PROPE'S DESCARTAVEIS | |
| SERINGA DESCARTAVEL 10ML | |
| SERINGA DESCARTAVEL 1ML | |
| SERINGA DESCARTAVEL 20ML | |
| SERINGA DESCARTAVEL 3ML | |
| SERINGA DESCARTAVEL 5ML | |
| SERINGA DESCARTAVEL 60ML | |
| SONDA DE ASPIRACAO TRAQUEAL | |
| SONDA DE FOLEY (2 VIAS) | |
| SONDA DE FOLEY (3 VIAS) | |
| SONDA NASOGASTRICA | |
| SONDA NELATON URETRAL | |
| SONDA RETAL | |
| SURGICEL | |
| TORNEIRINHA DESCARTAVEL 3 VIAS | |
| TRANSOFIX | |
| TRAQUEOSTOMO | |
| TUBO ARQUIADO C/5 BALAO N° | |
| TUBO DE VENTILACAO | |
| VASELINA LIQUIDA | |
| FIOS | QUANTIDADE |
| CATGUT CROMADO | |
| CATGUT CROMADO | |
| CATGUT CROMADO | |
| CATGUT SIMPLES | |
| CATGUT SIMPLES | |
| FIO DE ALGODAO COMUM | |
| FIO DE ALGODAO PRETO | |
| FIO DE ALGODAO PRETO/AGULHA | |
| FIO DE SEDA PRETA | |
| MONOCRYL | |
| MONONYLON | |
| MONONYLON | |
| MONONYLON | |
| MONONYLON P/ MICROCIURGIA | |
| PDS(POLIDIACANONA) | |
| POLYCOT | |
| PROLENE COMUM | |
| PROLENE VASCULAR | |
| VICRYL | |
| VICRYL | |
| VICRYL | |
| EQUIPAMENTOS | USO |
| APARELHO DE ANESTESIA | |
| APARELHO DE ENDOSCOPIA | |
| APARELHO P/VIDEOLAPAROSCOPIA | |
| BIS | |
| BISTURI ELETRICO () BIPOLAR () MONOPOLAR | |
| BISTUTI ULTRACISION | |
| CAPNOGRAFO | |
| DEFIBRILADOR | |
| ESTIMULADOR DE NERVO PERIFERICO | |
| FIBROSCOPIO | |
| INTENSIFICADOR DE IMAGEM | |
| MANTA TERMICA | |
| MICROSCOPIO | |
| MONITOR CARDIACO | |
| OXIMETRO DE PULSO | |
| PRESSAO ART. MEDIA NAO INVASIVA/PAMNI | |
| ULTRA-SON | |
| VIDEO ARTROSCOPIO | |
| VIDEO LAPAROSCOPIO | |
| PROCEDIMENTOS | QUANTIDADE |
| CATETERISMO VESICAL | |

() SALA OPERATÓRIO () SRPA

Itens Revisados:

Items Excluded:

NCME DO PACIENTE:

CIRÚRGICA REALIZADA:

CIRURGÃO:

ANESTESISTA:

CIRCULANTE:

Nº ATENDIMENTO:

CONVENTO:

1º AUXILIAR:

2º ALVEOLAR:

ANESTESISTA:

INSTRUMENTADOR:

SALA:

| MEDICAMENTOS | QUANTIDADE |
|--------------------------------------|------------|
| ADRENALINA AMP 1ml | |
| ÁGUA P/INJEÇÃO 10ml | 111 / |
| AMINOFLINA AMP 10ml | |
| AMPICILINA 1g | |
| AMPLICIL AMP 5ml | |
| ATROPINA AMP 1ml | |
| BEXTRA | |
| BICARBONATO DE SÓDIO 10ml | |
| BRIDIUM | |
| BUSCOPAN COMPOSTO | |
| CEDILANIDE AMP 2ML | |
| CIPRO 200mg/100ML | |
| CIPRO 400mg/200ML | |
| CLIXANE 20mg/40mg | |
| CLÓRETO DE SÓDIO 20% | |
| CLÓRETO POTÁSSIO 19,1% | |
| COMPLEXO B AMP 2ML | |
| CONTRASTE - TELEBRIX () OMNIPAC () | |
| DECADRON 2MG/4MG | |
| DEPOMEDROL | |
| DERMACERILIN 1% PRATA POM | |
| DIAZEPAN/VALIUM 10MG/2ML | ✓ |
| DIMORF 2MG | |
| DIPRIVAN P.F.S. AMP 50ML | |
| DIPRIVAN/PROPOFOL AMP 20ML | |
| DIPROSPAN | |
| DOLOSAL AMP 2ML | |
| DORMONID 05MG/05ML | |
| DORMONID 15MG/3ML | |
| EFORTIL AMP 1ML | |
| ESMERON | |
| FENERGAN AMP 2ML | |
| FENTANIL AMP 2ML | |
| FLAGYL 500MG/100ML | |
| FRAXIPARINA 0,3ML/0,6ML | |
| GENTAMICINA AMP 2ML | |
| GLICINA 2000ML | |
| GLICOSE 25% AMP 10ML | |
| GLICOSE 50% AMP 10ML | |
| GLUCONATO DE CÁLCIO 10ML | |
| HIPOGLÓS 45G | |
| HIRUDOID | |
| HISOCEL 3,5% | |
| IRUXOL/KOLAGENESE 30G | |
| KEFAZOL | 11 / |
| KEFLIN 1G I.V | |
| KETALAR/KETAMIN AMP 10ML | |
| LASEX AMP 2ML | |
| LEJUNINE/HEPARINA AMP 5ML | |
| MANTOL 20% | |
| MARCAINA / MARCAINA 50V AMP 20ML | |

| MEDICAMENTOS | QUANTIDADE |
|----------------------------|------------|
| NARCAN 0,4MG/1ML | |
| NAROPIN 10MG/20ML | |
| NEOCAINA ISOBARICA | |
| NIMBILIN AMP 5ML | |
| NIPERIDOL AMP 2ML | |
| NOVALGINA AMP 2 ML | |
| NOVAMIN AMP 2ML | |
| NUBAIN 10MG/1ML | |
| PANCURON 2MG/2ML | |
| PANTOZOL 40MG/10ML | |
| PLASIL 10MG/2ML | |
| POMADA OFTÁLMICA | |
| PROFENID 100MG IV | |
| PROSTIGMINE AMP 1ML | |
| QUELICIN 500MG | |
| RAPIFEN/ALFAST AMP 5ML | |
| REVIVAN 50MG/10ML | |
| SEVORANE 250ML | |
| SOLUCORTEF | |
| SOLUMEDROL | |
| SORO FISIOLÓGICO 10 ML | |
| SORO FISIOLÓGICO 1000 ML | 100 / |
| SORO FISIOLÓGICO 500 ML | |
| SORO GLICOFISIOLÓGICO | |
| SORO GLICOSADO 10% | |
| SORO GLICOSADO 5% | |
| SORO RINGER C/LACTATO | |
| SUBGALATO DE BISMUTO | |
| TILATIL 20MG/40MG | |
| TRAMAL/TRAMADON 100MG/2ML | |
| TRAMAL/TRAMADON 50MG/1ML | |
| TRANSAMIN AMP 5ML | |
| TROFODERMIN 30G | |
| ULTIVA | |
| VOLTAREN 75 MG | |
| XILOCAÍNA 1% C VASO | |
| XILOCAÍNA 1% S VASO | |
| XILOCAÍNA 10% SPRAY | |
| XILOCAÍNA 2% C VASO | |
| XILOCAÍNA 2% S VASO | 01 / |
| XILOCAÍNA GELÉIA 2% | |
| ZOFRAN / NAUSEDRON 4MG/2ML | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| GASES | QUANTIDADE |
| AR COMPRIMIDO | |
| GÁS CARBÔNICO | |
| OXIGÊNIO (h) | |
| PROTÓTIPO DE AZOTO (h) | |

() SALA OPERATÓRIA () SRPA

Itens Revisados:
Itens Excluídos:

Aptº:

Nº da prontuário:

Convênio:

Nome do paciente:

2º Auxiliar:

Instrumentador:

Cirurgia realizada:

1º Auxiliar:

Anestesia:

Leito (SRPA):

Cirurgião:

Anestesiologista:

Sala(SO):

Circulante:

| MATERIAIS | QUANTIDADE |
|---|------------|
| AGUA OXIGENADA 10 VOL. | |
| AGULHA DE RAQUI | |
| AGULHA DE SUTURA | |
| AGULHA DE VERES | |
| AGULHA ESTIMULADOR NERVO PERIFERICO 50() 100 () | |
| AGULHA HIPODERMICA | |
| AGULHA PERIDURAL | |
| AGULHA PLEXO | |
| ALCOOL 70 % | |
| ALGODAO DE OTORRINO | |
| ALGODAO ORTOFEDICO | |
| ALGODAO(BOLA) | |
| ATADURA DE CREPE 10 CM | |
| ATADURA DE CREPE 15 CM | |
| ATADURA DE CREPE 30 CM | |
| ATADURA DE GESSO 15 CM | |
| AZUL DE METILENO | |
| CAMPO IMPERMEAVEL 1,4CM | |
| CANULA ENDOTRACHEAL C/BALAO | |
| CANULA ENDOTRACHEAL S/BALAO | |
| CAPA DE INTENSIFICADOR | |
| CAPA DE MICROSCOPIO | |
| CAPA DE VIDEO | |
| CATETER EPIDURAL | |
| CATETER PARA OXIGENIO TIPO OCULOS | |
| CLOREXIDINA ALCOOLICA | |
| CLOREXIDINA AQUOSA | |
| CLOREXIDINA DEGERMANTE | |
| COLETOR DE URINA FECHADO | |
| COLETOR URINA | |
| COMPRESSA COTTONOIDE | |
| COMPRESSA DE GAZE 7,5 X 7,5 | |
| COMPRESSA GRANDE 45X50 | |
| COMPRESSA PEQUENA 25X23 | |
| COTONETE | |
| DRENO DE KEHR | |
| DRENO DE PENROSE | |
| DRENO DE SUCCAO CONTINUA | |
| DRENO TUBULAR | |
| ELETRODO BIS | |
| ELETRODO DESCARTAVEL 05 UND | |
| EQUIPO DE BOMBA | |
| EQUIPO MACROGOTAS | |
| EQUIPO MACROGOTAS C/INJETOR | |
| EQUIPO MACROGOTAS C/INJETOR | |
| EQUIPO MULTIVIAS | |
| EQUIPO SIMPLES | |
| ESCOVA MARCODINE P.V.P.I | |
| ESPARADRAPO COMUM | |
| ESPATULA | |
| ETHIBOND | |
| EXTENSET | |
| FATKA SMARCH | |
| FILTRO BARREIRA | |
| FITA CARDIACA | |
| FORMOL LIQUIDO | |
| FRASCO DE BIOPSIA () 2L () 1L () 500ML () 100 | |
| GAZE ALGODOADO | |
| GAZE DE OTORRINO | |
| GAZE VASLINADA | |
| GELFOAM | |
| GORRO DESCARTAVEL | |
| HEMODERIVADO | |
| INTRACATH | |
| JELCO | |
| LAMINA BISTURI | |
| LANCETA DESCARTAVEL | |
| LATEX 02 MTS | |
| LATEX 04 MTS | |
| LATEX 06 MTS | |
| LATEX 08 MTS | |
| LATEX 10 MTS | |
| LATEX 12 MTS | |
| LATEX 14 MTS | |
| LATEX 16 MTS | |
| LATEX 18 MTS | |
| LATEX 20 MTS | |
| LATEX 22 MTS | |
| LATEX 24 MTS | |
| LATEX 26 MTS | |
| LATEX 28 MTS | |
| LATEX 30 MTS | |
| LATEX 32 MTS | |
| LATEX 34 MTS | |
| LATEX 36 MTS | |
| LATEX 38 MTS | |
| LATEX 40 MTS | |
| LATEX 42 MTS | |
| LATEX 44 MTS | |
| LATEX 46 MTS | |
| LATEX 48 MTS | |
| LATEX 50 MTS | |
| LATEX 52 MTS | |
| LATEX 54 MTS | |
| LATEX 56 MTS | |
| LATEX 58 MTS | |
| LATEX 60 MTS | |
| LATEX 62 MTS | |
| LATEX 64 MTS | |
| LATEX 66 MTS | |
| LATEX 68 MTS | |
| LATEX 70 MTS | |
| LATEX 72 MTS | |
| LATEX 74 MTS | |
| LATEX 76 MTS | |
| LATEX 78 MTS | |
| LATEX 80 MTS | |
| LATEX 82 MTS | |
| LATEX 84 MTS | |
| LATEX 86 MTS | |
| LATEX 88 MTS | |
| LATEX 90 MTS | |
| LATEX 92 MTS | |
| LATEX 94 MTS | |
| LATEX 96 MTS | |
| LATEX 98 MTS | |
| LATEX 100 MTS | |
| LATEX 102 MTS | |
| LATEX 104 MTS | |
| LATEX 106 MTS | |
| LATEX 108 MTS | |
| LATEX 110 MTS | |
| LATEX 112 MTS | |
| LATEX 114 MTS | |
| LATEX 116 MTS | |
| LATEX 118 MTS | |
| LATEX 120 MTS | |
| LATEX 122 MTS | |
| LATEX 124 MTS | |
| LATEX 126 MTS | |
| LATEX 128 MTS | |
| LATEX 130 MTS | |
| LATEX 132 MTS | |
| LATEX 134 MTS | |
| LATEX 136 MTS | |
| LATEX 138 MTS | |
| LATEX 140 MTS | |
| LATEX 142 MTS | |
| LATEX 144 MTS | |
| LATEX 146 MTS | |
| LATEX 148 MTS | |
| LATEX 150 MTS | |
| LATEX 152 MTS | |
| LATEX 154 MTS | |
| LATEX 156 MTS | |
| LATEX 158 MTS | |
| LATEX 160 MTS | |
| LATEX 162 MTS | |
| LATEX 164 MTS | |
| LATEX 166 MTS | |
| LATEX 168 MTS | |
| LATEX 170 MTS | |
| LATEX 172 MTS | |
| LATEX 174 MTS | |
| LATEX 176 MTS | |
| LATEX 178 MTS | |
| LATEX 180 MTS | |
| LATEX 182 MTS | |
| LATEX 184 MTS | |
| LATEX 186 MTS | |
| LATEX 188 MTS | |
| LATEX 190 MTS | |
| LATEX 192 MTS | |
| LATEX 194 MTS | |
| LATEX 196 MTS | |
| LATEX 198 MTS | |
| LATEX 200 MTS | |
| LATEX 202 MTS | |
| LATEX 204 MTS | |
| LATEX 206 MTS | |
| LATEX 208 MTS | |
| LATEX 210 MTS | |
| LATEX 212 MTS | |
| LATEX 214 MTS | |
| LATEX 216 MTS | |
| LATEX 218 MTS | |
| LATEX 220 MTS | |
| LATEX 222 MTS | |
| LATEX 224 MTS | |
| LATEX 226 MTS | |
| LATEX 228 MTS | |
| LATEX 230 MTS | |
| LATEX 232 MTS | |
| LATEX 234 MTS | |
| LATEX 236 MTS | |
| LATEX 238 MTS | |
| LATEX 240 MTS | |
| LATEX 242 MTS | |
| LATEX 244 MTS | |
| LATEX 246 MTS | |
| LATEX 248 MTS | |
| LATEX 250 MTS | |
| LATEX 252 MTS | |
| LATEX 254 MTS | |
| LATEX 256 MTS | |
| LATEX 258 MTS | |
| LATEX 260 MTS | |
| LATEX 262 MTS | |
| LATEX 264 MTS | |
| LATEX 266 MTS | |
| LATEX 268 MTS | |
| LATEX 270 MTS | |
| LATEX 272 MTS | |
| LATEX 274 MTS | |
| LATEX 276 MTS | |
| LATEX 278 MTS | |
| LATEX 280 MTS | |
| LATEX 282 MTS | |
| LATEX 284 MTS | |
| LATEX 286 MTS | |
| LATEX 288 MTS | |
| LATEX 290 MTS | |
| LATEX 292 MTS | |
| LATEX 294 MTS | |
| LATEX 296 MTS | |
| LATEX 298 MTS | |
| LATEX 300 MTS | |

| MATERIAIS | QUANTIDADE |
|--|------------|
| LLWA ESTERIL N° 8,5 | |
| MALHA TUBULAR P/MEMBRO | |
| MASCARA DESCARTAVEL | |
| MICROPORE | |
| PLACA ELETROCIURGICA | |
| POLIFIX | |
| PROTES DESCARTAVEL | |
| SERINGA DESCARTAVEL 10ML | |
| SERINGA DESCARTAVEL 1ML | |
| SERINGA DESCARTAVEL 20ML | |
| SERINGA DESCARTAVEL 3ML | |
| SERINGA DESCARTAVEL 5ML | |
| SERINGA DESCARTAVEL 60ML | |
| SONDA DE ASPIRACAO TRAQUEAL | |
| SONDA DE FOLEY (2 VIAS) | |
| SONDA DE FOLEY (3 VIAS) | |
| SONDA NASOGASTRICA | |
| SONDA NELATON URETRAL | |
| SONDA RETAL | |
| SURGICEL | |
| TORNEIRINHA DESCARTAVEL 3 VIAS | |
| TRANSOFIX | |
| TRAQUEOSTOMIA | |
| TUBO ARQUIADO C/S BALAO N° | |
| TUBO DE VENTILACAO | |
| VASELINA LIQUIDA | |
| FIOS | QUANTIDADE |
| CATGUT CROMADO | |
| CATGUT CROMADO | |
| CATGUT CROMADO | |
| CATGUT SIMPLES | |
| CATGUT SIMPLES | |
| FIO DE ALGODAO COMUM | |
| FIO DE ALGODAO PRETO | |
| FIO DE ALGODAO PRETO/AGULHA | |
| FIO DE SEDA PRETA | |
| MONOCRYL | |
| MONONYLON | |
| MONONYLON | |
| MONONYLON | |
| MONONYLON P/ MICROCIURGIA | |
| POIS(POLIDEIDAXANONA) | |
| POLYCOT | |
| PROLENE COMUM | |
| PROLENE VASCULAR | |
| VICRYL | |
| VICRYL | |
| VICRYL | |
| EQUIPAMENTOS | USO |
| APARELHO DE ANESTESIA | |
| APARELHO DE ENDOSCOPIA | |
| APARELHO P/VIDEO LAPAROSCOPIA | |
| BIS | |
| BISTURI ELETRICO () BIPOLAR () MONOPOLAR | |
| BISTURI ULTRACISION | |
| CAPNOGRAFO | |
| DEFIBRILADOR | |
| ESTIMULADOR DE NERVO PERIFERICO | |
| FIBROSCOPIO | |
| INTENSIFICADOR DE IMAGEM | |
| MANTA TERMICA | |
| MICROSCOPIO | |
| MONITOR CARDIACO | |
| OXIMETRO DE PULSO | |
| PRESSAO ART. MEDIA NAO INVASIVA/PAMNI | |
| ULTRA-SOM | |
| VIDEO ARTROSCOPIO | |
| VIDEO LAPAROSCOPIO | |
| PROCEDIMENTOS | QUANT |
| CATETERISMO VESICAL | |

Itens Revisados:

Itens Excluídos:

NOME DO PACIENTE:

Nº ATENDIMENTO:

CIRURGICA REALIZADA:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

CIRURGIÃO:

ANESTESISTA:

INSTRUMENTADOR:

ANESTESISTA:

SALA:

CIRCULANTE:

| MEDICAMENTOS | QUANTIDADE | MEDICAMENTOS | QUANTIDADE |
|--------------------------------------|------------|---------------------------|------------|
| ADRENALINA AMP 1ml | | NARCAN 0,4MG/1ML | |
| ÁGUA P/INJEÇÃO 10ml | | NAROPIN 10MG/20ML | |
| AMINOFILINA AMP 10ml | | NEOCAINA ISOBARICA | |
| AMPICILINA 1g | | NIMBILUM AMP 5ML | |
| AMPLICTEL AMP 5ml | | NIPERIDOL AMP 2ML | |
| ATROPINA AMP 1ml | | NOVALGINA AMP 2 ML | |
| BEXTRA | | NOVAMIN AMP 2ML | |
| BICARBONATO DE SÓDIO 10ml | | NUBAIN 10MG/1ML | |
| BRIDILUM | | PANCURON 2MG/2ML | |
| BUSCOPAN COMPOSTO | | PANTOZOL 40MG/10ML | |
| CEDILANIDE AMP 2ML | | PLASTIL 10MG/2ML | |
| CIPRO 200mg/100ML | | POMADA OFTÁLMICA | |
| CIPRO 400mg/200ML | | PROFENID 100MG IV | |
| CLEXANE 20mg/40mg | | PROSTIGMINE AMP 1ML | |
| CLORETO DE SÓDIO 20% | | QUELICIN 500MG | |
| CLORETO POTÁSSIO 19,1% | | RAPIFEN/ALFAST AMP 5ML | |
| COMPLEXO B AMP 2ML | | REVIVAN 50MG/10ML | |
| CONTRASTE - TELEBRIX () OMNIPAC () | | SEVORANE 250ML | |
| DECADRON 2MG/4MG | | SOLUCORTEF | |
| DEPOMEDROL | | SOLUMEDROL | |
| DERMACERDUN 1% PRATA POM | | SORO FISIOLÓGICO 10ML | 100 - 2 |
| DIAZEPAN/VALIUM 10MG/2ML | | SORO FISIOLÓGICO 1000 ML | 1 |
| DIMORF 2MG | | SORO FISIOLÓGICO 500 ML | |
| DIPRIVAN P.F.S. AMP 50ML | | SORO GLICOFISIOLÓGICO | |
| DIPRIVAN/PROPOFOL AMP 20ML | | SORO GLICOSADO 10% | |
| DIPROSPAN | | SORO GLICOSADO 5% | |
| DOLOSAL AMP 2ML | | SORO RINGER CLACTATO | |
| DORMONID 05MG/05ML | | SUBGALATO DE BISMUTO | |
| DORMONID 15MG/3ML | | TILATIL 20MG/40MG | |
| EFORTIL AMP 1ML | | TRAMAL/TRAMADON 100MG/2ML | |
| ESNERON | | TRAMAL/TRAMADON 50MG/1ML | |
| FENERGAN AMP 2ML | | TRANSAMIN AMP 5ML | |
| FENTANIL AMP 2ML | | TROFODERMEN 30G | |
| FLAGYL 500MG/100ML | | ULTIVA | |
| FRAXIPARINA 0,3ML/0,6ML | | VOLTAREN 75 MG | |
| GENTAMICINA AMP 2ML | | XILOCAÍNA 1% C VASO | |
| GLICINA 2000ML | | XILOCAÍNA 1% S VASO | |
| GLICOSE 25% AMP 10ML | | XILOCAÍNA 10% SPRAY | |
| GLICOSE 50% AMP 10ML | | XILOCAÍNA 2% C VASO | |
| | | XILOCAÍNA 2% S VASO | |

RASTREABILIDADE DO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO



ITEMS REVISADOS

ATENDIMENTO: 666017

ITEMS EXCLUIDOS

AUX. CIRURGIÃO:

PACIENTE: Kelly Helena Sales Brito

CIRURGIÃO REALIZADA:

CIRCULANTE: Karla Maria

HORA DE TÉRMINO:

ANESTESISTA:

HORA DE INÍCIO: 22:00

DATA DA CIRURGIÀ: 20-05-18

INTERGRAN

TIPO / ANOTADO
 DO / INCORPORADO
 CANCELADO / VIGENTE
 AT / BANCADA
 VIGENTE / VIGENTE
 VIGENTE / VIGENTE

1.0011.00
 S.O.U.
 INCORPORADO
 BANCADA
 VIGENTE / VIGENTE

Etiqueta de Esterilização
 Unimed

Etiqueta de Esterilização
 Unimed

Etiqueta de Esterilização
 Unimed

Etiqueta de Esterilização
 Unimed

Etiqueta de Esterilização
 Unimed

Sector: 19.05.18

Sector: 19.05.18

Sector: 19.05.18

Sector: 19.05.18

Sector: 19.05.18

Data Esterilização: 19.05.18

Data Esterilização: 19.05.18

Data Esterilização: 19.05.18

Data Esterilização: 19.05.18

Data Esterilização: 19.05.18

Número de Carga: 19.05.18

Número de Carga: 19.05.18

Número de Carga: 19.05.18

Número de Carga: 19.05.18

Número de Carga: 19.05.18

Autoclave PERÓXIDO () 01 () 02

Autoclave PERÓXIDO () 01 () 02

Autoclave PERÓXIDO () 01 () 02

Autoclave PERÓXIDO () 01 () 02

Autoclave PERÓXIDO () 01 () 02

Autoclave SERCON () 01 () 02

Autoclave SERCON () 01 () 02

Autoclave SERCON () 01 () 02

Autoclave SERCON () 01 () 02

Autoclave SERCON () 01 () 02

Material: Capote

Material: Capote

Material: Capote

Material: Capote

Material: Capote

Sector: 19.05.18

Sector: 19.05.18

Sector: 19.05.18

Sector: 19.05.18

Sector: 19.05.18

Data Esterilização: 19.05.18

Data Esterilização: 19.05.18

Data Esterilização: 19.05.18

Data Esterilização: 19.05.18

Data Esterilização: 19.05.18

Número de Carga: 19.05.18

Número de Carga: 19.05.18

Número de Carga: 19.05.18

Número de Carga: 19.05.18

Número de Carga: 19.05.18

Autoclave PERÓXIDO () 01 () 02

Autoclave PERÓXIDO () 01 () 02

Autoclave PERÓXIDO () 01 () 02

Autoclave PERÓXIDO () 01 () 02

Autoclave PERÓXIDO () 01 () 02

Autoclave SERCON () 01 () 02

Autoclave SERCON () 01 () 02

Autoclave SERCON () 01 () 02

Autoclave SERCON () 01 () 02

Autoclave SERCON () 01 () 02

Material: Capote

Material: Capote

Material: Capote

Material: Capote

Material: Capote



RASTREABILIDADE DO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO

Serçipe

ITENS REVISADOS

ITENS EXCLUÍDOS

ETIQUETAS

Esterilização

Unimed

Material: Bandeja

Esterilização

Unimed

Material: Garra

Sector: CME

Data Esterilização: 17.05.18

Data Validade: 02.06.18

Número de Carga: 40618

Autoclave PERÓXIDO () 01

Autoclave SERCON () 01

Material: Autoclave PERÓXIDO

Sector: CME

Data Esterilização: 17.05.18

Data Validade: 02.06.18

Número de Carga: 40618

Autoclave PERÓXIDO () 01

Autoclave SERCON () 01

Material: Autoclave PERÓXIDO

Sector: CME

Data Esterilização: 17.05.18

Data Validade: 02.06.18

Número de Carga: 40618

Autoclave PERÓXIDO () 01

Autoclave SERCON () 01

Material: Autoclave PERÓXIDO

Sector: CME

Data Esterilização: 17.05.18

Data Validade: 02.06.18

Número de Carga: 40618

Autoclave PERÓXIDO () 01

Autoclave SERCON () 01

Material: Autoclave PERÓXIDO

| Hospital Unimed | | Check list - Material Arsenal | Unimed |
|-----------------|-----------------------------------|-------------------------------|--------|
| Nome Paciente: | Ketyly Mylena Costa Paes | | |
| Atendimento: | | | |
| Código | Descrição | Quantidade | |
| 19020 | Campo Cirúrgico 30 x 30 | 1 | |
| 19021 | Campo Cirúrgico 45 x 45 | 1 | |
| 12750 | Atadura Ortopédica Algodão 15cm | | |
| 12759 | Atadura Crepom 10 cm | 1 | |
| 12749 | Atadura Crepom 15 cm | | |
| 12752 | Atadura Crepom 30 cm | | |
| 19066 | Gaze Algodoadada 10 x 30 cm | | |
| 19067 | Gaze Algodoadada 15 x 30 cm | | |
| 12765 | Compressa 7.5 x 7.5 (Gaze) | 111 | |
| 12772 | Malha Tubular 15 cm | | |
| 12774 | Malha Tubular 12 cm | | |
| 21252 | Fita Micropore 12 cm | | |
| 24176 | Fita Micropore 25 cm | | |
| 30310 | Fita Micropore 50 cm | | |
| 12770 | Faixa Smarch 15 cm | | |
| - | Gaze de Vídeo | | |
| - | Gaze de otorrino | | |
| - | Algodão de otorrino | | |
| - | Anel de ligadura (pct com 03 und) | | |
| - | Anuscópio | | |
| - | Tampão Vaginal | | |
| - | Cotonete | | |
| - | Espátula | | |
| - | Palito | | |
| - | Splint | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

COD. 36277

FM-CME-026-01 - Check list Material Arsenal

Atenção para descrição de Ato Cirúrgico: *Werns calvarial*
Paciente: *Kelly, Hy Brn reddish full Cirurgião:*

| Fios utilizados | | Materiais especiais OPME | |
|--|------------|---------------------------|------------|
| Nº | Quantidade | Material | Quantidade |
| Nylon | 3,0 | | |
| Nylon | 10 | | |
| Nylon | | | |
| Nylon | | | |
| Vicryl | | | |
| Vicryl | | | |
| Monocryl | | | |
| Monocryl | | | |
| Monocryl | | | |
| Algodão | | | |
| Algodão | | | |
| Algodão | | | |
| Prolene | | | |
| Prolene | | | |
| Carqui simples | | | |
| Carqui cromado | | | |
| PDS | | | |
| PDS | | | |
| ATENÇÃO PARA OPME RADIOFACO FAVOR NÃO ESQUECER DE SOLICITAR O RX DE CONTROLE | | | |
| | | CO2 | |
| | | POMADA - | |
| | | HEMOSTÁTICO - | |
| | | ANESTÉSICO - <i>2/15V</i> | <i>11</i> |
| | | GELCO - | |
| | | SORO - <i>1000 ml</i> | <i>11</i> |
| MATERIAL UTILIZADO NA MESA | | | |

PRESCRIÇÃO:595335 DATA:20/05/2018 22:56
ATEND: 666017-KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS
UNID. INT.:CENTRO CIRURGICO LEITO:LEITO 07
FRATURA DO HALUX

1ª VIA
CID: 9

Rubrica
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

POS OPERATORIO IMEDIATO DE AMPUTACAO TRAUMATICA DE HALUX
CD: ANALGESIA

Dr. Denis Cabral Duarte
CRM - 4163 - TEOT 12353
Ortopedia e Traumatologia
DENIS CABRAL DUARTE
CRM: 4163

21/05/18 Alta hospitalar

Dr. Denis Cabral Duarte
CRM - 4163 - TEOT 12353
Ortopedia e Traumatologia

PRESCRIÇÃO: 595335 DATA: 20/05/2018 22:56
ATEND: 666017-KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS
UNID. INT.: CENTRO CIRURGICO LEITO: LEITO 07
FRATURA DO HALUX



1ª VIA
CID: S924

Rubrica do
Médico

666017

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

1 DIETA BRANDA

ANTIBIOTICOS

| | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data | Horários |
|--|-----|------------|----|-----|------------|---------|---------------|
| 2 C.C. CEFAZOLINA SODICA (KEFAZOL) 1G PO | 1 | FA C/1G | | IV | 3x ao dia | [20/05] | 22:56 |
| INJ. FA+DIL 10ML | | | | | | | |
| -> AGUA P/ INJEÇÃO AMP C/ 10 ML | 2 | AMP C/10ML | | | | [21/05] | 08:56 - 14:56 |

MEDICAMENTOS

| | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data | Horários |
|--|-----|--------------|----|-----|------------|---------|-----------------------|
| 3 C.C. DAPIRONA SODICA (NOVALGINA) 500 | 1 | AMP C/2ML | | IV | 4 x ao dia | [20/05] | 22:56 |
| MG/ML AMP 2ML | | | | | | | |
| -> AGUA P/ INJEÇÃO AMP C/ 10 ML | 2 | AMP C/10ML | | | | [21/05] | 04:56 - 10:56 - 16:56 |
| 4 C.C. CETOPROFENO (PROFENID) IV PO LIOF | 1 | FA C/100MG | | IV | 12hs/12hs | [20/05] | 22:56 |
| FA C/100MG | | | | | | | |
| -> CLORETO DE SODIO 0,9% FR. C/100ML | 1 | FRASC C/100M | | | | [21/05] | 10:56 |
| -> AGUA P/ INJEÇÃO AMP C/ 10 ML | 1 | AMP C/10ML | | | | | |
| 5 C.C. TRAMADOL (TRAMADON OU | 1 | AMPOLA | | IV | MT/N | [20/05] | 22:56 |
| TRAMAL) 100MG AMP 2ML-IV | | | | | | | |
| Obs.: SE DOR | | | | | | [21/05] | 08:56 - 14:56 |

Dr. Denis Cabral Duarte
CRM - 4163 - TEOT 12353
Ortopedia e Traumatologia
DENIS CABRAL DUARTE
CRM: 4163

24/05/18 Alta hospitalar às 10 horas - Atenção

Dr. Denis Cabral Duarte
CRM - 4163 - TEOT 12353
Ortopedia e Traumatologia

Período de 20/05/2018 a 20/05/2018

Atendimento: 666017 KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS

Nascimento: 26/11/1997

Mãe: SHEILA CALDAS NASCIMENTO

Internação: 20/05/2018 CID: S924 FRATURA DO HALUX

Convênio: UNIMED

Leito: ENFERMARIA 102A

Unidade: ENFERMARIAS 1º ANDAR

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: DENIS CABRAL DUARTE

Evolução/Anotação: 00426521

Data: 20/05/2018

Hora: 23:53

ADMITO PACIENTE PROCEDENTE DO CENTRO CIRÚRGICO EM POI DE AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE HALUX, AOS CUIDADOS DE DRº DENIS. TRAZIDA DE MACA PELA ENFERMAGEM EM COMPANHIA DE FAMILIAR, POSICIONADA NO LEITO EM DECÚBITO DORSAL COM CABECEIRA E GRADES ELEVADAS PARA PREVENÇÃO DE QUEDA E BRONCOASPIRAÇÃO. ORIENTO A MANTER, SOBRE ROTINAS DO SETOR E A CHAMAR A ENFERMAGEM SEMPRE QUE NECESSITAR. ACORDADA, CONSCIENTE, ORIENTADA NO TEMPO E ESPAÇO, VERBALIZANDO, EUPNEICA EM VE CONFORTÁVEL SEM SUPORTE DE O2, ACIANOTICA, ANICTÉRICA, AFEBRIL. EM USO DE AVP EM MSE(20/05) HIDROLISADO, CURATIVO LIMPO E SECO EM PÉ ESQUERDO. DIETA VIA ORAL JÁ LIBERADA E BEM ACEITA, DIURESE ESPONTÂNEA PRESENTE. NEGA COMORBIDADES E ALERGIA MEDICAMENTOSA. SEGUE SEM QUEIXAS E AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

2482 ANDREIA FERNANDES CHAVES DE ARAUJO
ENFERMEIRO(A)
COREN: 455336

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

| | | | |
|----------|-------------------------------|---------|---------------------------------------|
| NOME : | KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS | PRONT.: | 08964154 |
| ATEND. : | 00666017 | LEITO: | ALA A ENF - 1º ANDAR, ENFERMARIA 102A |
| MÉDICO : | DENIS CABRAL DUARTE | CONV. : | UNIMED |
| USUÁRIO: | JANIA ARAUJO | DATA : | 21/05/2018 05:29 |

| HORA | PA (mmHg) | FC (bpm) | Tº Axilar | Rpm | DOR | GLICEMIA CAPILAR |
|-------|-----------|----------|-----------|-----|-----|------------------|
| 06:00 | 120X80 | 72 | 35.8 | 98% | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| GASOTERAPIA | | | | | | EQUIPAMENTOS | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|---|----------------|---|---------------|---|--------------|---|------------------|---|-------------------|---|-------------------|---|---------------|---|------------------|---|---------------|---|
| Oxigênio | | Ar. Comprimido | | Bomba Infusão | | Bomba Dieta | | Monitor Cardíaco | | Oxímetro de Pulso | | Meias Pneumáticas | | Manta Térmica | | Aspirador Manual | | Desfibrilador | |
| I | T | I | T | I | T | I | T | I | T | I | T | I | T | I | T | I | T | I | T |
| 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | |

| DRENO E SONDAS | | | | | |
|--------------------|-------------|-----------|-----|-----|--|
| | Dreno Sução | Intracath | SVD | SNE | |
| Data da Instalação | | | | | |
| Nº de Dias | | | | | |
| Data da Troca | | | | | |

| CURATIVOS | |
|-----------|--|
| | |
| | |
| | |

23:30 PACIENTE ADMITIDA NESTE SETOR PROCEDENTE DO CC EM POI DE AMPUTAÇÃO DE HALUX, CALMA, CONSCIENTE, ORIENTADA, VERBALIZANDO, AFEBRIL, EUPNEICA, ANICTERICA, ACIANOTICA, BOA MOVIMENTAÇÃO NO LEITO, NEGA COMORBIDADES E ALERGIA MEDICAMENTOSA. EM USO DE AVP EM MSD INFUNDINDO MEDICAÇÃO (PROFENID). SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. 24H PACIENTE ACEITOU BEM A DIETA OFERTADA PELO SND.

02H ADMINISTRADO MEDICAÇÃO DE HORARIO, CONFORME PRESCRITO. 04H PACIENTE SEGUE DORMINDO SEM INTERCORRENCIA.

06H ADMINISTRADO MEDICAÇÃO DE HORARIO, VERIFICO SSVV, CONFORME PRESCRITO. 06:30 PACIENTE SEGUE MANTENDO QUADRO. EM USO DE AVP EM MSD INFUNDINDO MEDICAÇÃO (PROFENID). SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

OBS.: Descrever o curativo sinalizando aspecto, tipo de secreção (serosa, sanguinolenta, purulenta, odor), presença de fibrina, necrose ou granulação.

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

| | | | | | |
|----------|-------------------------------|--------|---------------------------------------|------------------|----------|
| NOME : | KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS | | | PRONT.: | 08964154 |
| ATEND. : | 00666017 | LEITO: | ALA A ENF - 1º ANDAR, ENFERMARIA 102A | | |
| MÉDICO : | DENIS CABRAL DUARTE | | CONV. : | UNIMED | |
| USUARIO: | JANIA ARAUJO | | DATA : | 21/05/2018 05:29 | |

| HORA | PA (mmHg) | FC (bpm) | Tª Axilar | Rpm | DOR | GLICEMIA CAPILAR |
|-------|-----------|----------|-----------|-----|-----|------------------|
| 06:00 | 120X80 | 72 | 35.8 | 98% | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| GASOTERAPIA | | | | | | EQUIPAMENTOS | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|---|----------------|---|---------------|---|--------------|---|------------------|---|-------------------|---|-------------------|---|---------------|---|------------------|---|---------------|---|
| Oxigênio | | Ar. Comprimido | | Bomba Infusão | | Bomba Dieta | | Monitor Cardíaco | | Oxímetro de Pulso | | Meias Pneumáticas | | Manta Térmica | | Aspirador Manual | | Desfibrilador | |
| I | T | I | T | I | T | I | T | I | T | I | T | I | T | I | T | I | T | I | T |
| 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| DRENO E SONDAS | | | | | |
|--------------------|--------------|-----------|-----|-----|--|
| | Dreno Sucção | Intracath | SVD | SNE | |
| Data da Instalação | | | | | |
| Nº de Dias | | | | | |
| Data da Troca | | | | | |

| CURATIVOS | |
|-----------|--|
| | |
| | |
| | |

23:30 PACIENTE ADMITIDA NESTE SETOR PROCEDENTE DO CC EM POI DE AMPUTAÇÃO DE HALUX, CALMA, CONSCIENTE, ORIENTADA, VERBALIZANDO, AFEBRIL, EUPNEICA, ANICTERICA, ACIANOTICA, BOA MOVIMENTAÇÃO NO LEITO, NEGA COMORBIDADES E ALERGIA MEDICAMENTOSA. EM USO DE AVP EM MSD INFUNDINDO MEDICAÇÃO (PROFENID). SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. 24H PACIENTE ACEITOU BEM A DIETA OFERTADA PELO SND.

02H ADMINISTRADO MEDICAÇÃO DE HORARIO, CONFORME PRESCRITO. 04H PACIENTE SEGUE DORMINDO SEM INTERCORRENCIA.

06H ADMINISTRADO MEDICAÇÃO DE HORARIO, VERIFICO SSVV, CONFORME PRESCRITO. 06:30 PACIENTE SEGUE MANTENDO QUADRO. EM USO DE AVP EM MSD INFUNDINDO MEDICAÇÃO (PROFENID). SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

OBS.: Descrever o curativo sinalizando aspecto, tipo de secreção (serosa, sanguinolenta, purulenta, odor), presença de fibrina, necrose ou granulação.

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

| | | | | |
|----------|-------------------------------|---------|---------------------------------------|----------|
| NOME : | KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS | | PRONT.: | 08964154 |
| ATEND. : | 00666017 | LEITO: | ALA A ENF - 1º ANDAR, ENFERMARIA 102A | |
| MÉDICO : | DENIS CABRAL DUARTE | CONV. : | UNIMED | |
| USUÁRIO: | CARLA SANTOS | DATA : | 21/05/2018 10:44 | |

| HORA | PA (mmHg) | FC (bpm) | Tº Axilar | Rpm | DOR | GLICEMIA CAPILAR |
|------|-----------|----------|-----------|-----|-----|------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| GASOTERAPIA | | | | | | EQUIPAMENTOS | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|---|----------------|---|---------------|---|--------------|---|------------------|---|-------------------|---|-------------------|---|---------------|---|------------------|---|---------------|---|
| Oxigênio | | Ar. Comprimido | | Bomba Infusão | | Bomba Dieta | | Monitor Cardíaco | | Oxímetro de Pulso | | Meias Pneumáticas | | Manta Térmica | | Aspirador Manual | | Desfibrilador | |
| I | T | I | T | I | T | I | T | I | T | I | T | I | T | I | T | I | T | I | T |
| 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | |


| DRENO E SONDAS | | | | | |
|--------------------|--------------|-----------|-----|-----|--|
| | Dreno Sucção | Intracath | SVD | SNE | |
| Data da Instalação | | | | | |
| Nº de Dias | | | | | |
| Data da Troca | | | | | |

| CURATIVOS | |
|-----------|--|
| | |
| | |
| | |

07H PACIENTE NESTE SETOR EM POI DE AMPUTAÇÃO DE HALUX, CALMA, CONSCIENTE, ORIENTADA, VERBALIZANDO, AFEBRIL, EUPNEICA, ANICTERICA, ACIANOTICA, B. MOVIMENTAÇÃO NO LEITO, NEGA COMORBIDADES E ALERGIA MEDICAMENTOSA. EM USO DE AVP E MSD INFUNDINDO MEDICAÇÃO. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

08H PACIENTE RECBEL. VISITA DO MEDICO QUE PRESCREVEU ALTA A MESMA ENCAMINHADA ATÉ O CARRO DE CADEIRA DE RODAS ACOMPANHADA POR FAMILIARES + FUNCIONARIO SEM QUEIXAS.

OBS.: Descrever o curativo sinalizando aspecto, tipo de secreção (serosa, sanguinolenta, purulenta, odor), presença de fibrina, necrose ou granulação.

| | | |
|---|--|---|
|  | TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE INTERNO |  |
|---|--|---|

Paciente: Ketilly Hylina Carlos Farias Idade: _____

De: CC Para: Internamento Data: 20/05/18 Hora: 23:00

Paciente Externo: (☒) Não (☐) Sim Origem: CC

Diagnóstico: Amputação de dedo Clínico (☐) Cirúrgico (☐)
Fratura de Halux

Comorbidades: _____

Isolamento: (☒) Não (☐) Sim Tipo: (☐) Contato (☐) Respiratório (☐) Precaução

Sinais Vitais: PA: _____ / _____ FC: _____ FR: _____ Tax: _____ Sat.O2: _____

Nível de Consciência:

(☒) Consciente (☒) Desorientado (☐) Sonolento (☐) Torporoso (☐) Comatoso (☐) Sedado

Padrão Respiratório: (☒) Ar ambiente (☐) Suporte de O2 (☐) VM

| Dispositivos em Uso | | Data | Especificar Dispositivo / Local |
|---------------------|--|-----------------|---------------------------------|
| TOT / TQT | (<input type="checkbox"/>) Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não | | |
| CVC / CVP | (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não | <u>20/05/18</u> | <u>AVP - USE</u> |
| SVD | (<input type="checkbox"/>) Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não | | |
| SNE / GTT | (<input type="checkbox"/>) Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não | | |
| OUTROS: | (<input type="checkbox"/>) Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não | | |

Medicamentos em uso no ato da transferência: _____

Pele íntegra: (☐) Sim (☒) Não Especificar local: pe E

Risco de: (☒) Queda (☒) Flebite (☐) Bronco aspiração (☐) UPP

Alergia: (☒) Não (☐) Sim Especificar: ninguém

Exames/Biópsia Pendentes: (☒) Não (☐) Sim Especificar: _____

Avaliações Pendentes: (☒) Não (☐) Sim Especificar: _____

Solicitado Diarista: (☒) Não (☐) Sim Médico(a): _____

Uso de pulseira de identificação: (☒) Sim (☐) Não

Enf. Responsável: [Assinatura] Enf. Setor de Destino: [Assinatura]

Atendimento: 666017

Dt Atendimento: 20/05/2018 - 21:51

Dt Alta: 21/05/2018 - 10:47

Paciente: 8964154 KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 8 UNIMED

Leito: 3 ENFERMARIA 102A

Plano: 4 INTERCAMBIO

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

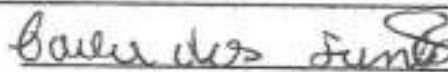
Usuário: CARLA.SANTOS

CID: S924

FRATURA DO HALUX

Procedimento de Alta 52160017 - AMPUTACAO AO NIVEL DO PE

Observação de Alta



CARLA DOS SANTOS

Ficha de Cirurgia Descritiva

| | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|--------|------------------------------|
| Plano de Cirurgia : 82355 | Sala : 0002 | SALA 2 | Atendimento : 866017 |
| Paciente : 8964154 | KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS | | Carteira : 08650001816752008 |
| Consultor Atend. : 8 | UNIMED | | Idade : 20 Anos |
| Leito : 420 | LEITO 07 | | |
| Cl. Início : 20/05/2018 21:54 | Cl. Fim : 20/05/2018 22:54 | | |
| 1-Operatório : S924 | FRATURA DO HALUX | | |
| 2-Operatório : S924 | FRATURA DO HALUX | | |

Procedimentos

| | |
|-------------------------|---|
| Procedimento : 30722071 | AMPUTACAO DE DEDO (CADA) - TRATAMENTO CIRURGICO (PRINCIPAL) |
| Consultor : 008 | UNIMED |
| Operação : | |

Equipe Médica

| | |
|-----------|--------------------------|
| CONDUZIDO | 4163 DENIS CABRAL DUARTE |
|-----------|--------------------------|

Descrição

Descrição Cirúrgica :

PACIENTE EM POSIÇÃO SOB SEDAÇÃO E BLOQUEIO REGIONAL
WASH - LAVAGEM EXAUSTIVA DA LESÃO
CAMPOS ESTERÉIS
DEBRIDAMENTOS DE TECIDOS DESVITALIZADOS + RESSECÇÃO DE FALANGE DISTAL DO HALUX (AMPUTAÇÃO
TRAUMÁTICA)
FECHAMENTO POR PLANOS E REGULARIZAÇÃO DO COTO AMPUTADO
CURATIVO

Assinatura Cirúrgica:

Descrição Complementar

DR(A) : DENIS CABRAL DUARTE
CRM : 4163



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CÍVEL DE SOCORRO DA COMARCA DE N. SRA. DO SOCORRO
Rua Dr. Manoel dos Passos, Bairro Centro, N. Sra. Do Socorro/SE, CEP 49160000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

201988100087

DATA:

28/01/2019

MOVIMENTO:

Certidão

DESCRIÇÃO:

Certifico que há pedido de justiça gratuita

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CÍVEL DE SOCORRO DA COMARCA DE N. SRA. DO SOCORRO
Rua Dr. Manoel dos Passos, Bairro Centro, N. Sra. Do Socorro/SE, CEP 49160000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

201988100087

DATA:

29/01/2019

MOVIMENTO:

Conclusão

DESCRIÇÃO:

{Via Movimentação em Lote nº 201900011}

LOCALIZAÇÃO:

Juiz

PUBLICAÇÃO:

Não



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CÍVEL DE SOCORRO DA COMARCA DE N. SRA. DO SOCORRO
Rua Dr. Manoel dos Passos, Bairro Centro, N. Sra. Do Socorro/SE, CEP 49160000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

201988100087

DATA:

31/01/2019

MOVIMENTO:

Despacho

DESCRIÇÃO:

É sabido que a Constituição Federal, em seu artigo 5º, LXXIV, exige a comprovação da insuficiência de recursos por parte do requerente da assistência judiciária gratuita. Diante disso, entendo que a mera declaração exigida pela Lei nº 1060/50 não foi recepcionada pelo ordenamento constitucional pátrio, pois como ensina a boa doutrina de hermenêutica jurídica as normas não possuem palavras desnecessárias/inúteis. Assim, intime-se a parte autora para, em 15 dias, comprovar sua situação de hipossuficiência financeira, trazendo aos autos documentos hábeis a comprovar suas alegações, como fatura de Energia com a inclusão da Tarifa Social, comprovação de inclusão em programas sociais do Governo Federal e/ou Estadual, contemporaneidade de gozo do benefício de auxílio-desemprego ou qualquer outro documento idôneo capaz de esclarecer a mencionada impossibilidade, sob pena de ser indeferida a gratuidade de plano. Nossa Senhora do Socorro/SE, 30 de janeiro de 2019.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Sim



Poder Judiciário do Estado de Sergipe
2ª Vara Cível de Socorro

Nº Processo 201988100087 - Número Único: 0000433-08.2019.8.25.0053

Autor: KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS

Réu: DPVAT SUPERVISAO ANALISE DE SINISTRO

Movimento: Despacho >> Mero Expediente

É sabido que a Constituição Federal, em seu artigo 5º, LXXIV, exige a comprovação da insuficiência de recursos por parte do requerente da assistência judiciária gratuita. Diante disso, entendo que a mera declaração exigida pela Lei nº 1060/50 não foi recepcionada pelo ordenamento constitucional pátrio, pois como ensina a boa doutrina de hermenêutica jurídica as normas não possuem palavras desnecessárias/inúteis.

Assim, intime-se a parte autora para, em 15 dias, comprovar sua situação de hipossuficiência financeira, trazendo aos autos documentos hábeis a comprovar suas alegações, como fatura de Energia com a inclusão da Tarifa Social, comprovação de inclusão em programas sociais do Governo Federal e/ou Estadual, contemporaneidade de gozo do benefício de auxílio-desemprego ou qualquer outro documento idôneo capaz de esclarecer a mencionada impossibilidade, sob pena de ser indeferida a gratuidade de plano.

Nossa Senhora do Socorro/SE, 30 de janeiro de 2019.

k



Documento assinado eletronicamente por **Eneida Lupinacci Costa, Juiz(a) de 2ª Vara Cível de Socorro**, em 31/01/2019, às 10:02:00, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A conferência da **autenticidade do documento** está disponível no endereço eletrônico www.tjse.jus.br/portal/servicos/judiciais/autenticacao-de-documentos, mediante preenchimento do número de consulta pública **2019000219495-67**.



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

2ª VARA CÍVEL DE SOCORRO DA COMARCA DE N. SRA. DO SOCORRO
Rua Dr. Manoel dos Passos, Bairro Centro, N. Sra. Do Socorro/SE, CEP 49160000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

201988100087

DATA:

01/02/2019

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Outras Petições realizada nesta data. {Movimento Gerado pelo Advogado: HEITOR SANTANA DA SILVA - 7137}

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não



Reis & Silva
advogados associados

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA
COMARCA DE NOSSA SENHORA DO SOCORRO/SE.**

Processo autuado sob o n°. 201988100085

KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS, já devidamente qualificado nos autos do processo em epígrafe, por meio de seu advogado que está subscreve, vem, mui, respeitosamente, perante Vossa Excelência, requerer seja deferida a juntada do comprovante de rendimento em anexo.

Nestes termos,

Pede e espera deferimento.

Aracaju/SE, 01 de fevereiro de 2019.

Bel. Heitor Santana da Silva

OAB/SE 7.137

----- DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO -----
0024220 C.COML R TURISTA 23/08/2018

15:37:11 (Horário de Brasília) *****3107
ID:73920001-1296

COMPROVANTE SALARIAL

PAGAMENTO MENSAL

BANCO:237 AGENCIA:3162 TERM:00024220
23/08/2018 HORA:15:37 TRANS:359958

DADOS DA EMPRESA:

YAZAKI DO BRASIL
CNPJ: 1.641.045/0009-65

DADOS DO FUNCIONARIO:

KETILLY MILENA CALDAS FREITAS
CARGO:AUXILIAR PRODUCAO

MATRICULA:0000007607-7 ADMSSAO:08/08/17
CPF:057.773.735-00 RG:37.140.302-
PIS/PASEP:164.758.476/16 CTPS:058806-02

DATA DE PAGAMENTO:30.07.2018

DEP IRPF:00 DEP SAL.F:00 HORAS SEM:44
SALARIO BASE: 1.047,00

N. FALTAS PERIODO DE FERIAS:00
BANCO:237 AGENCIA:3162 CONTRA:0022192-9

PERIODO AQUISITIVO FERIAS:

01.01.0001 A 01.01.0001
PERIODO GOZO: 01.01.0001 A 01.01.0001

BASES/DEPOSITOS FGTS

BASE INSS: 0,00
BASE INSS 13.0: 0,00
BASE IRRF SALARIO: 0,00
BASE IRRF 13.0: 0,00
BASE IRRF FERIAS: 0,00
BASE IRRF PPR: 0,00
BASE FGTS: 0,00
VALOR FGTS: 0,00

DADOS DO COMPROVANTE:

MES REF.: 07/2018 NRO.LOTE: 000000123
COD. DESCRICAO VALOR

0316 PPR 295,83
TOTAL DOS CREDITOS 295,83
0319 PPR Liquido 208,33
0491 Seguro de Vida 2,43
TOTAL DOS DEBITOS 210,76

TOTAL LIQUIDO

85,07

Valor Salário Base: 1.047,00

Valor FGTS: 0,00

AS INFORMACOES ACIMA SAO DE EXCLUSIVA
RESPONSABILIDADE DA EMPRESA PAGADORA.

Bradesco sempre a frente



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CÍVEL DE SOCORRO DA COMARCA DE N. SRA. DO SOCORRO
Rua Dr. Manoel dos Passos, Bairro Centro, N. Sra. Do Socorro/SE, CEP 49160000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

201988100087

DATA:

06/02/2019

MOVIMENTO:

Certidão

DESCRIÇÃO:

Tendo em vista a petição tempestiva anexada em 01/02/2019, faço a conclusão dos autos.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

2ª VARA CÍVEL DE SOCORRO DA COMARCA DE N. SRA. DO SOCORRO
Rua Dr. Manoel dos Passos, Bairro Centro, N. Sra. Do Socorro/SE, CEP 49160000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

201988100087

DATA:

06/02/2019

MOVIMENTO:

Conclusão

DESCRIÇÃO:

Nesta data faço o processo eletrônico concluso.

LOCALIZAÇÃO:

Juiz

PUBLICAÇÃO:

Não



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

2ª VARA CÍVEL DE SOCORRO DA COMARCA DE N. SRA. DO SOCORRO
Rua Dr. Manoel dos Passos, Bairro Centro, N. Sra. Do Socorro/SE, CEP 49160000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

201988100087

DATA:

10/02/2019

MOVIMENTO:

Despacho

DESCRIÇÃO:

Defiro a gratuidade judiciária. Cite-se a requerida para apresentar contestação, no prazo de 15 dias, sob pena de revelia.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Sim



Poder Judiciário do Estado de Sergipe
2ª Vara Cível de Socorro

Nº Processo 201988100087 - Número Único: 0000433-08.2019.8.25.0053

Autor: KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS

Réu: DPVAT SUPERVISAO ANALISE DE SINISTRO

Movimento: Despacho >> Concessão >> Assistência Judiciária Gratuita

Defiro a gratuidade judiciária.

Cite-se a requerida para apresentar contestação, no prazo de 15 dias, sob pena de revelia.

k



Documento assinado eletronicamente por **Maria Diorlanda Castro Nobrega, Juiz(a) de 2ª Vara Cível de Socorro**, em 10/02/2019, às 23:04:11, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A conferência da **autenticidade do documento** está disponível no endereço eletrônico www.tjse.jus.br/portal/servicos/judiciais/autenticacao-de-documentos, mediante preenchimento do número de consulta pública **2019000312307-41**.



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CÍVEL DE SOCORRO DA COMARCA DE N. SRA. DO SOCORRO
Rua Dr. Manoel dos Passos, Bairro Centro, N. Sra. Do Socorro/SE, CEP 49160000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

201988100087

DATA:

12/02/2019

MOVIMENTO:

Certidão

DESCRIÇÃO:

Certifico que foi expedida carta de citação 201988100666, conforme DESPACHO do dia 10/02/2019.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

2ª VARA CÍVEL DE SOCORRO DA COMARCA DE N. SRA. DO SOCORRO
Rua Dr. Manoel dos Passos, Bairro Centro, N. Sra. Do Socorro/SE, CEP 49160000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

201988100087

DATA:

12/02/2019

MOVIMENTO:

Expedição de Documento

DESCRIÇÃO:

Mandado de 201988100666 do tipo Citacao geral - Carta [TM801,MD1737]

{Destinatário(a): DPVAT SUPERVISAO ANALISE DE SINISTRO}

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SERGIPE
2ª Vara Cível de Socorro
R. Manoel Passos, Fórum Arthur Oscar de O. Deda
Bairro - Centro Cidade - N. Sra. do Socorro
Cep - 49160000 Telefone - (79)3279-1001

Normal(Justiça Gratuita)



201988100666

PROCESSO: 201988100087 (Eletrônico)
NÚMERO ÚNICO: 0000433-08.2019.8.25.0053
NATUREZA: Procedimento Comum
REQUERENTE: KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS
REQUERIDO: DPVAT SUPERVISAO ANALISE DE SINISTRO

CARTA DE CITAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

A presente, extraída da ação acima identificada, tem por finalidade a **citação** de Vossa Senhoria, por todo o conteúdo da petição inicial, cuja cópia segue em anexo, como parte integrante desta, para a finalidade abaixo transcrita, advertindo-a de que não sendo a ação contestada, presumir-se-ão como verdadeiros os fatos articulados pela parte autora.

Finalidade: Responder em 15 dias.

Despacho: Defiro a gratuidade judiciária. Cite-se a requerida para apresentar contestação, no prazo de 15 dias, sob pena de revelia.

Atenciosamente,

Ilmº (a) Sr(a)

Nome : DPVAT SUPERVISAO ANALISE DE SINISTRO
Residência : RUA: SENADOR DANTAS, 5º ANDAR, 74
Bairro : CENTRO
Cep : 20010000
Cidade : RIO DE JANEIRO - RJ - RJ

[TM801, MD1737]



Documento assinado eletronicamente por **Maria Silvia Lima Simões Vieira, Escrivão/Chefe de Secretaria/Secretário/Subsecretário de 2ª Vara Cível de Socorro**, em 12/02/2019, às 13:33:15, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A conferência da **autenticidade do documento** está disponível no endereço eletrônico www.tjse.jus.br/portal/servicos/judiciais/autenticacao-de-documentos, mediante preenchimento do número de consulta pública **2019000333658-91**.



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

2ª VARA CÍVEL DE SOCORRO DA COMARCA DE N. SRA. DO SOCORRO
Rua Dr. Manoel dos Passos, Bairro Centro, N. Sra. Do Socorro/SE, CEP 49160000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

201988100087

DATA:

26/02/2019

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Aviso de Recebimento de AR Digital nº 201988100666, conforme arquivo em anexo. Objetivo: Atingido

{Destinatário(a): DPVAT SUPERVISAO ANALISE DE SINISTRO}

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não



DESTINATÁRIO

DPVAT SUPERVISAO ANALISE DE SINISTRO
RUA: SENADOR DANTAS nº 74, 5º ANDAR. CENTRO.

20010000 - RIO DE JANEIRO - RJ

AR984606114SG



CARIMBO
UNIDADE DE ENTREGA

RIO DE JANEIRO DE MARÇO
15 FEV 2019
JJ

ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO DO AR - Centralizador Regional

DECLARAÇÃO DE CONTEÚDO (OU INFORMAÇÕES DE INTERESSE DO CLIENTE - OPCIONAL)

Referente ao processo de nro. 201988100087 e mandado nro. 201988100666

TENTATIVAS DE ENTREGA

1ª ____/____/____: ATENÇÃO: **SEGURADORA**
2ª ____/____/____: tentativa,
3ª ____/____/____: 15 FEV 2019 devolver o objeto.

MOTIVOS DE DEVOLUÇÃO

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Mudou-se | <input type="checkbox"/> 5 Recusado |
| <input type="checkbox"/> 2 Endereço insuficiente | <input type="checkbox"/> 6 Não procurado |
| <input type="checkbox"/> 3 Não existe o número | <input type="checkbox"/> 7 Ausente |
| <input type="checkbox"/> 4 Desconhecido | <input type="checkbox"/> 8 Falecido |
| <input type="checkbox"/> 5 Outros: _____ | |

RUBRICA E MATRÍCULA DO CARTEIRO

Ana Cláudia
Mat: 8.957.275-0

ASSINATURA DO RECEBEDOR

Maycon Mendonça de Lima
RG: 20.748.102-9

DATA DE ENTREGA

Nº DOC. DE IDENTIDADE