



**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  
Número Único: 0000433-08.2019.8.25.0053  
Classe: Procedimento Comum  
Situação: Andamento  
Processo Origem: \*\*\*\*\*

Distribuição: 25/01/2019  
Competência: 2ª Vara Cível de Socorro  
Fase: POSTULACAO  
Processo Principal: \*\*\*\*\*

**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 Apenasdos:**

--

**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 nº. 3.714.030-2, inscrita no cadastro de pessoa física CPF nº. 057.773.735-00, nascida em 26/11/2017, residente e domiciliada na Rua 43, nº. 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 nº 09.248.608/0001-04, com endereço na Rua Senador Dantas, nº 74, 5º 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 4º.

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

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:

"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

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 permanente 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 N° 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 N° 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 N° 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, consonte fixado na Lei n° 6.194/74, não sendo possível modificá-lo por Resolução. A alteração do valor da indenização introduzida pela M.P. n° 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 n° 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 invalidade 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 nº. 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

**P R O C U R A Ç Ã O**

**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 iudicia et extra iudicia 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



**SHEILA CALDAS NASCIMENTO**  
 RUA QUARENTA E TRES, 0040 - CENTRO  
 NOSSA SENHORA DO SOCORRO / SE CEP: 49160000 (AG: 20)  
 Emissao: 17/07/2018 Referencia: Jul / 2018  
 Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO  
 Roteiro: 8 - 20 - 220 - 1240 N° medidor: Q1021928671

**energisa**  
 ENERGISA SERGIPE-DISTRIB ENERGIA SA  
 Rua Min Apolônio Góes, 81 - Inácio Barreto a  
 Aracaju - SE - CEP 49040-150  
 CNPJ 13.017.462/0001-62 'Insc Est. 270.767.436  
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°005 201 055  
 Cód. para Déb. Automático : 00003890159

Atendimento ao Cliente ENERGISA 08000 79 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jul / 2018	17/07/2018	16/08/2018	661.648.508- Insc Est:

**UC (Unidade Consumidora):**

Canal de contato

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

CCG	Descrição	Quantidade	Tarifa C/	Demonstrativo				Cofins(R\$)		
				Base Calc.	Aliq. Icms(R\$)	ICMS	Pis/Cofins(R\$) (1,045%) (4,955%)			
0601	Consumo até 30kWh-BR	30.000	0,261470	7,54	7,64	25	1,88	7,54	0,08	0,37
0601	Consumo-31 a 100kWh-BR	70.000	0,431120	30,17	30,17	25	7,54	30,17	0,32	1,51
0601	Consumo- 101 a 220kWh-BR	81.000	0,648890	52,98	52,98	25	13,10	52,98	0,57	2,62
0801	Adic. B. Vermelha			9,08	9,09	25	2,27	9,08	0,10	0,45
0610	Subsídio			49,02	49,02	25	12,25	49,02	0,53	2,45
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIBUÍLUM PÚBLICA			16,97	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0894	JUROS DE MORA 08/2018			0,81	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 08/2018			2,88	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0698	PARCELAMENTO DEB. 04/5			47,02	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0699	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2018			0,68	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0899	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018			1,11	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0906	Devolução Subsídio			-33,78	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCG Código de Classificação do Item TOTAL 184,02 148,19 37,04 148,18 1,80 7,40

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

**Historico de Consumo (kWh)**

200		218		174		150		156		149		176		181		184		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			5/2018 - TACOCA			Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%			
DIC MENSAL	5,07	0,00	NOMINAL	23,25	12,63			
DIC TRIMESTRAL	10,15			36,31	19,73			
DIC ANUAL	20,30			3,34	1,82			
FIC MENSAL	3,30	0,00	CONTRATADA	5,48	2,97			
FIC TRIMESTRAL	8,80		LIMITE INFERIOR	88,57	37,26			
FIC ANUAL	13,20	0,00	LIMITE SUPERIOR	47,09	25,59			
DMIC	2,88							
DICRI	12,22	0,00						
			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\$33,78.  
 - Problemas na Iluminação Pública figure para 3199-1311 ou 3199-1312.

**Faturas em atraso**

<b>energisa</b> SERGIPE Roteiro: 8 - 20 - 220 - 1240 Matrícula: 389015-2018-07-4	<b>VENCIMENTO</b>	<b>TOTAL A PAGAR</b>
	24/07/2018	<b>R\$ 184,02</b>

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







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

**POLÍCIA ON-LINE**

**DADOS DA GUIA DE EXAME**

**Nº Referente ao BO:**

2018/06519.0-003059

**Tipo de laudo**

**Encaminhar laudo para:**

DELEGACIA ESP. DE DELITOS DE TRÂNSITO      LESÃO CORPORAL

**Responsável pela solicitação:**

Roberval Rodrigues Bernadino - DELEGACIA ESP. DE DELITOS DE TRÂNSITO

**Local do fato:**

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

**Data do fato:**

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

**Descrição do fato:**

RELATA O DECLARANTE QUE ESTAVA SAIDO DA COROA DO MEIO AO CHEGAR NO MEI DA PONTE UM VEICULO DE MARCA FUZIU DE PLACA QKS 0050, BATEU NO LADO ESQUERDO DA SUA MOTO DE MARCA CG 160 TITAN DE COR AZUL DE PLACÁ 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 VEICULO DEU ASSISTENCIAS AS DOIS. PELA EXPOSTO SOLICITA DAS AUTORIDADES COMPETENTES AS DEVIDAS PROVIDENCIAS 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: \_\_\_\_\_

fis.

Livro: \_\_\_\_\_

Nº:

Em: \_\_\_\_\_

horas de

Entrou às: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Arquive-se: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Em: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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:() 3254-1538

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

**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 cutis: 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: TAÇOCA 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 cutis: 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: TAÇOCA Cidade: NOSSA SENHORA DO SOCORRO UF: SE

Proximidades: Telefone: 996908949

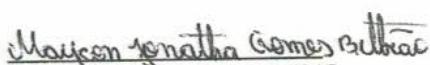
**HISTÓRICO**

RELATA O DECLARANTE QUE ESTAVA SAIDO DA COROA DO MEIO AO CHEGAR NO MEI DA PONTE UM VEICULO 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 MYLENA 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 VEICULO DEU ASSISTENCIAS AS DOIS. PELO EXPOSTO SOLICITA DAS AUTORIDADES COMPETENTES AS DEVIDAS PROVIDENCIAS 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: (079)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: (03226-1400)

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 cutis: 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 cutis: 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 SAIDO DA COROA DO MEIO AO CHEGAR NO MEI DA PONTE UM VEICULO 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 VEICULO DEU ASSISTENCIAS AS DOIS. PELO EXPOSTO SOLICITA DAS AUTORIDADES COMPETENTES AS DEVIDAS PROVIDENCIAS QUE O CASO REQUER

Acrecentado 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.

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

,Ultima Alteração: 25/05/2018 às

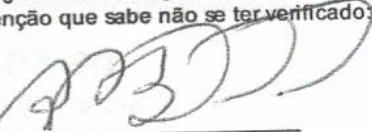
Responsável pela Alteração: Roberval Rodrigues Bernadino

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

Roberval Rodrigues Bernadino

Responsável pela comunicação

Responsável pelo preenchimento

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



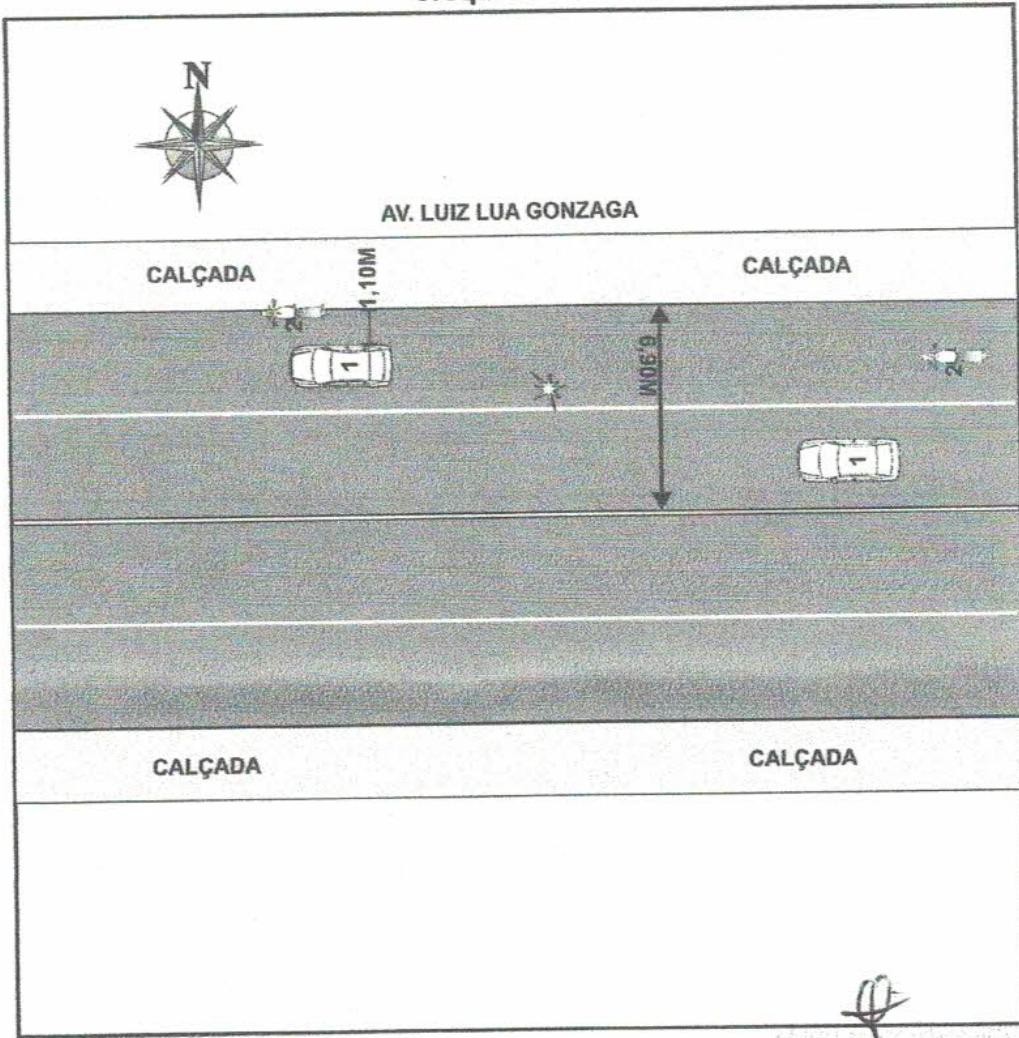


DETRAN-SE

## 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				Com			
Rua, Avenida, Rodovia							
AV. LUIZ LUA GONZAGA							
Entre				Trecho KM / E			
Município				UF			
ARACAJU				SE			
Dados do acidente							
Tipo de acidente	Abalroamento longitudinal			Classificação	Danos Mat. com Vítimas		
Pavimento	Asfalto			Tempo	Claro		
Sinalização	Existente			Luminosidade	Noite iluminada		
Traçado	Reta			Tipo do Local	Comercial		
Estado da Pista	Seco						

### Croqui do COAT



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

Glaukia Suiane G. Bezerra

Glaukia Suiane Gomes Bezerra  
CHEFE DO COAT



## 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 LUA 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 Veículo Automóvel

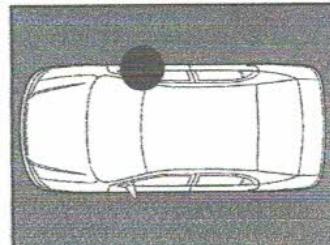
Espécie de veículo Passageiro

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

Sexo Masculino

Logradouro RUA ORLANDO MAGALHAES MAIA

Número

Bairro

Estado SE

Cidade ARACAJU

Complemento

N.1520 AP 902 GRAGERU

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

Glaukia Suiane G. Bezerra

Glaukia Suiane Gomes Bezerra  
CHEFE DO COAT



DETRAN-SE

GOVERNO DO ESTADO DE SERGÍPE  
SECRETÁRIA 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 MAGALHÃES MAIA  
Bairro GRAGERU  
Complemento

Sexo Masculino  
Idade 21  
Número 1520

Estado SE

Cidade ARACAJU

### 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

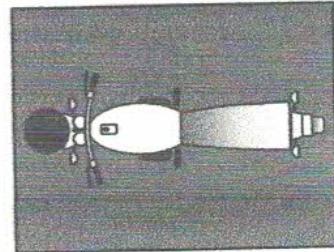
Validade 27/10/2019  
Categoria B  
CNH aprimorada Não

### Motivo da apreensão

### 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

Glaukia Suiane Gomes 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



DETRAN-SE

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 do proprietário

Nome MAYCON JONATHA GOMES BELTRAO  
Logradouro RUA 213  
Bairro  
Complemento  
68 TAICOCAS CASA

Sexo Masculino  
Número  
Estado SE

Cidade NOSSA SENHORA DO SOCORRO

### Dados do condutor

Nome MAYCON JONATHA GOMES BELTRAO  
Logradouro RUA DUZENTOS E TREZE  
Bairro CENTRO  
Complemento

Sexo Masculino Idade 20  
Número 68  
Cidade NOSSA SENHORA DO SOCORRO  
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

Validade 04/10/2018  
Categoria A  
CNH apreendida Não

### Motivo da apreensão

Nome Vitima MAYCON JONATHA GOMES BELTRAO  
Data de nascimento 20/08/1997  
Logradouro RUA DUZENTOS E TREZE  
Bairro CENTRO  
Complemento

Sexo Masculino  
Idade 20  
Número 68  
Cidade NOSSA SENHORA DO SOCORRO  
Estado SE

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

Glaukia Suiane G. Bezerra

Glaukia Suiane Gomes Bezerra  
CHEFE DO COAT



## Boletim de Ocorrência de Acidentes de Trânsito

### Dados adicionais da vítima

Tipo da vítima Motociclista

Cinto/capacete Sim

Morte no local Não

Nome Vitima KETHELYN MILENA CALDAS FREITAS

Sexo Feminino

Data de nascimento

Idade 20

Logradouro NÃO INFORMADO

Número

Bairro

Estado

Complemento

Cidade

### Dados adicionais da vítima

Tipo da vítima Passageiro

Cinto/capacete Sim

Morte no local Não

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) Semana DIAS.

ATESTO PARA FINS DE Leobaldo

QUE O SR(A)

Katilly Mylne  
Coldor Pinto

COMPARECEU NESTE SERVIÇO NO DIA

ÀS HORAS, NECESSITANDO AFASTAR-SE DE

SUAS ATIVIDADES.

10:598.1

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

ASSINATURA E CARIMBO

Aju 20/05/18  
COD. 21109

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

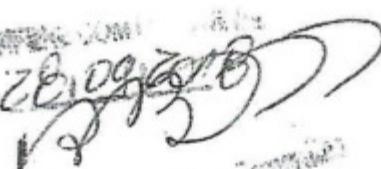


Laudo Pericial  
Diagnóstico

INSTITUTO MÉDICO LEGAL  
**LAUDO PERICIAL**  
**Lesões Corporais**

*Ketilly Mylena Caldas Freita*

*Laudo nº 7164/2018*



Setor de Medicina Legal  
Delegacia de Polícia  
01/09/15 - 9.411 SCP/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 <b>KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS</b>		Nascimento 26/11/1997	Idade 21	Naturalidade ARACAJU
Estado Civil <b>SOLTEIRO</b>	Sexo <b>FEMININO</b>	Cor <b>PARDA</b>	Profissão <b>AUXILIAR DE PRODUÇÃO</b>	UF <b>SE</b>
Instrução <b>2º Grau Completo</b>	Nome da Mãe <b>SHEILA CALDAS NASCIMENTO</b>		Nome do Pai <b>EMERSON COSTA FREITAS</b>	
Endereço <b>RUA "A" N° 43 CJ.MARCOS FREIRE III</b>		Bairro <b>TAIÇOCA</b>	Município <b>NOSSA SENHORA DO SOCORRO/SE</b>	
Nome da Autoridade <b>DANIELA RAMOS LIMA BARRETO</b>		Função <b>DANIELA RAMOS LIMA BARRETO</b>	Unidade <b>DEDT</b>	
1º Perito Relator <b>DRº. SCHEILLA K. M. SALVIANO</b>	Cremesel Cross <b>2260</b>	2º Perito Relator		Cremesel Cross <b>LAUDO Nº 7164/2018</b>
Local da Perícia Sala do IMI		Tipo	Causa	

### **Historico/Descrição**

Historico

Relata a perícia 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 ressecção de falange distal do hálux - Dr. Denis Cabral - CRM 4163. Amputação traumática do hálux esquerdo (1º dedo do pé).

Comentário Médico/Conclusão/Quais as Respostas

Commentario 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.

### Exame final

- 1º) Houve ofensa a integridade ou a saúde do paciente?  
Sim.  
2º) Qual o instrumento ou meio que produziu a ofensa?  
Contundente.

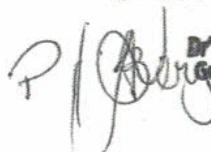
**RELATÓRIO 0897 / 2018 REFERENTE À OCORRÊNCIA**

**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. Andrade Lourdes Paiva Nery  
Gerente de Regulação Médica  
SAMU 192 Sergipe  
CRM/SE 4554

**Tiemi Sayuri Menezes Oki Fontes**

**Coordenadora Médica**

**SAMU 192 SERGIPE**

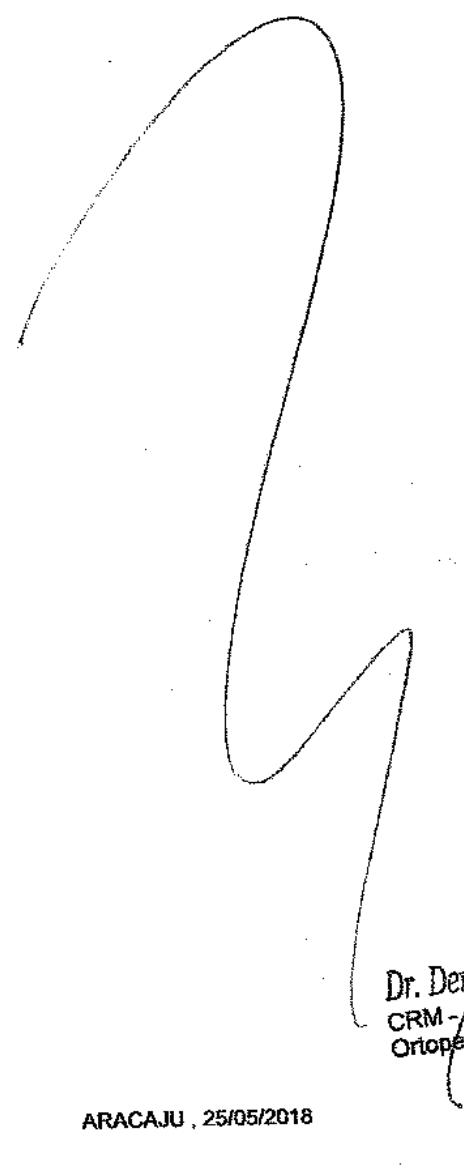
Dr(a): DENIS CABRAL DUARTE

Para: KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS

SOLICITO:

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

CID: S92.4



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

ARACAJU, 25/05/2018

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

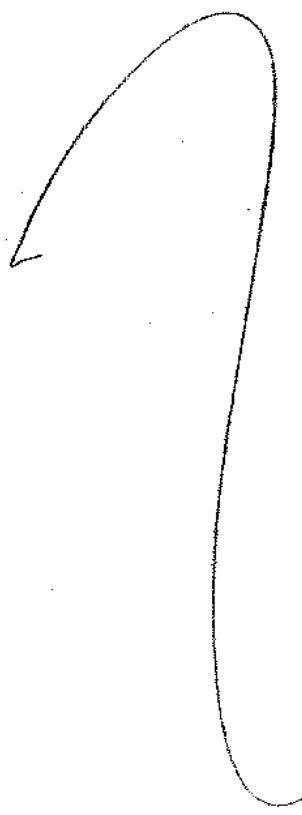
Dr(a): DENIS CABRAL DUARTE

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

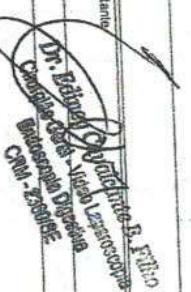
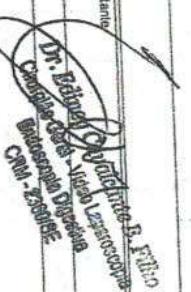
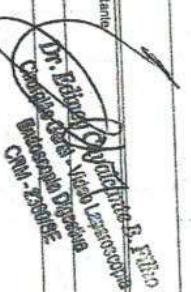
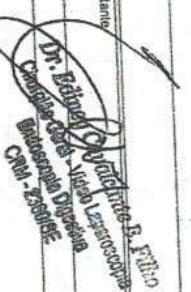
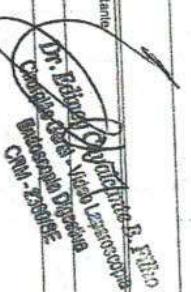


Dr. Denis Cabral Duarte  
CRM / 4163 - TEOF 12553  
Ortopedia e Traumatologia

ARACAJU, 25/05/2018

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

Sergipe

1 - Registro ANS: <b>337668</b>	3 - Número da Guia Privada: <b>08650001816752006</b>	5 - Senha: <b>00867854</b>	6 - Data de Validade da Senha: <b>31/07/2019</b>	7 - Número da Guia Atribuída pela Operadora: <b>00867854</b>
4 - Data de Autorização: <b>20/05/2018</b>	Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira: <b>010843020046</b>			
Dados do Solicitante 13 - Código da Operadora: <b>SAO MARCOS HOSPITALAR LTDA</b>		9 - Validade da Carteira: <b>31/07/2019</b>	10 - Nome: <b>KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS</b>	11 - Número do Cartão Nacional da Saúde: <b>20/05/2018</b>
15 - Nome do Profissional Solicitante: <b>HOSPITAL UNIMED</b>		14 - Nome do Contratado: <b>SAO MARCOS HOSPITALAR LTDA</b>	16 - Conselho Profissional: <b>06</b>	17 - Número no Conselho: <b>43020046</b>
Dados da Solicitação Procedimentos e Exames Solicitados 21 - Caráter do Atendimento: <b>2</b>		18 - UF: <b>28</b>	19 - Código CBO: <b>999999</b>	20 - Assinatura do Profissional Solicitante:  
22 - Data da Solicitação: <b>20/05/2018</b>		23 - Indicação Clínica:  	24 - Tabelas: ou Item Assistencial:  	25 - Código do Procedimento: <b>26 - Descrição: 2</b>
Dados do Consultor Executante 20 - Código da Operadora: <b>010843020046</b>		30 - Nome do Consultor: <b>SAO MARCOS HOSPITALAR LTDA</b>	31 - Código CNES: <b>2658496</b>	27 - Cl. Soltc. 28 - Cl. Autoriz.
Dados do Atendimento 32 - Tipo Atendimento: <b>11</b>		33 - Indicação de Acidente (incidente ou doença relacionada): <b>9</b>	34 - Tipo de Consulta:  	35 - Mês/ano de Encerramento do Atendimento:  
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) 48 - Sq. Ref.: <b>1</b>		50 - Cód. na operadora / CPF: <b>010843020046</b>	51 - Nome do Profissional: <b>HOSPITAL UNIMED</b>	42 - Qtda.: <b>1</b>
56 - Data de Realização do Procedimento em Série: <b>57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável</b> 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12 - 13 - 14 - 15 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20 - 21 - 22 - 23 - 24 - 25 - 26 - 27 - 28 - 29 - 30 - 31 - 32 - 33 - 34 - 35 - 36 - 37 - 38 - 39 - 40 - 41 - 42 - 43 - 44 - 45 - 46 - 47 - 48 - 49 - 50 - 51 - 52 - 53 - 54 - 55 - 56 - 57 - 58 - 59 - 60 - 61 - 62 - 63 - 64 - 65 - 66 - 67 - 68 - 69 - 70 - 71 - 72 - 73 - 74 - 75 - 76 - 77 - 78 - 79 - 80 - 81 - 82 - 83 - 84 - 85 - 86 - 87 - 88 - 89 - 90 - 91 - 92 - 93 - 94 - 95 - 96 - 97 - 98 - 99 - 100 - 101 - 102 - 103 - 104 - 105 - 106 - 107 - 108 - 109 - 110 - 111 - 112 - 113 - 114 - 115 - 116 - 117 - 118 - 119 - 120 - 121 - 122 - 123 - 124 - 125 - 126 - 127 - 128 - 129 - 130 - 131 - 132 - 133 - 134 - 135 - 136 - 137 - 138 - 139 - 140 - 141 - 142 - 143 - 144 - 145 - 146 - 147 - 148 - 149 - 150 - 151 - 152 - 153 - 154 - 155 - 156 - 157 - 158 - 159 - 160 - 161 - 162 - 163 - 164 - 165 - 166 - 167 - 168 - 169 - 170 - 171 - 172 - 173 - 174 - 175 - 176 - 177 - 178 - 179 - 180 - 181 - 182 - 183 - 184 - 185 - 186 - 187 - 188 - 189 - 190 - 191 - 192 - 193 - 194 - 195 - 196 - 197 - 198 - 199 - 200 - 201 - 202 - 203 - 204 - 205 - 206 - 207 - 208 - 209 - 210 - 211 - 212 - 213 - 214 - 215 - 216 - 217 - 218 - 219 - 220 - 221 - 222 - 223 - 224 - 225 - 226 - 227 - 228 - 229 - 230 - 231 - 232 - 233 - 234 - 235 - 236 - 237 - 238 - 239 - 240 - 241 - 242 - 243 - 244 - 245 - 246 - 247 - 248 - 249 - 250 - 251 - 252 - 253 - 254 - 255 - 256 - 257 - 258 - 259 - 260 - 261 - 262 - 263 - 264 - 265 - 266 - 267 - 268 - 269 - 270 - 271 - 272 - 273 - 274 - 275 - 276 - 277 - 278 - 279 - 280 - 281 - 282 - 283 - 284 - 285 - 286 - 287 - 288 - 289 - 290 - 291 - 292 - 293 - 294 - 295 - 296 - 297 - 298 - 299 - 300 - 301 - 302 - 303 - 304 - 305 - 306 - 307 - 308 - 309 - 310 - 311 - 312 - 313 - 314 - 315 - 316 - 317 - 318 - 319 - 320 - 321 - 322 - 323 - 324 - 325 - 326 - 327 - 328 - 329 - 330 - 331 - 332 - 333 - 334 - 335 - 336 - 337 - 338 - 339 - 340 - 341 - 342 - 343 - 344 - 345 - 346 - 347 - 348 - 349 - 350 - 351 - 352 - 353 - 354 - 355 - 356 - 357 - 358 - 359 - 360 - 361 - 362 - 363 - 364 - 365 - 366 - 367 - 368 - 369 - 370 - 371 - 372 - 373 - 374 - 375 - 376 - 377 - 378 - 379 - 380 - 381 - 382 - 383 - 384 - 385 - 386 - 387 - 388 - 389 - 390 - 391 - 392 - 393 - 394 - 395 - 396 - 397 - 398 - 399 - 400 - 401 - 402 - 403 - 404 - 405 - 406 - 407 - 408 - 409 - 410 - 411 - 412 - 413 - 414 - 415 - 416 - 417 - 418 - 419 - 420 - 421 - 422 - 423 - 424 - 425 - 426 - 427 - 428 - 429 - 430 - 431 - 432 - 433 - 434 - 435 - 436 - 437 - 438 - 439 - 440 - 441 - 442 - 443 - 444 - 445 - 446 - 447 - 448 - 449 - 450 - 451 - 452 - 453 - 454 - 455 - 456 - 457 - 458 - 459 - 460 - 461 - 462 - 463 - 464 - 465 - 466 - 467 - 468 - 469 - 470 - 471 - 472 - 473 - 474 - 475 - 476 - 477 - 478 - 479 - 480 - 481 - 482 - 483 - 484 - 485 - 486 - 487 - 488 - 489 - 490 - 491 - 492 - 493 - 494 - 495 - 496 - 497 - 498 - 499 - 500 - 501 - 502 - 503 - 504 - 505 - 506 - 507 - 508 - 509 - 510 - 511 - 512 - 513 - 514 - 515 - 516 - 517 - 518 - 519 - 520 - 521 - 522 - 523 - 524 - 525 - 526 - 527 - 528 - 529 - 530 - 531 - 532 - 533 - 534 - 535 - 536 - 537 - 538 - 539 - 540 - 541 - 542 - 543 - 544 - 545 - 546 - 547 - 548 - 549 - 550 - 551 - 552 - 553 - 554 - 555 - 556 - 557 - 558 - 559 - 560 - 561 - 562 - 563 - 564 - 565 - 566 - 567 - 568 - 569 - 570 - 571 - 572 - 573 - 574 - 575 - 576 - 577 - 578 - 579 - 580 - 581 - 582 - 583 - 584 - 585 - 586 - 587 - 588 - 589 - 590 - 591 - 592 - 593 - 594 - 595 - 596 - 597 - 598 - 599 - 600 - 601 - 602 - 603 - 604 - 605 - 606 - 607 - 608 - 609 - 610 - 611 - 612 - 613 - 614 - 615 - 616 - 617 - 618 - 619 - 620 - 621 - 622 - 623 - 624 - 625 - 626 - 627 - 628 - 629 - 630 - 631 - 632 - 633 - 634 - 635 - 636 - 637 - 638 - 639 - 640 - 641 - 642 - 643 - 644 - 645 - 646 - 647 - 648 - 649 - 650 - 651 - 652 - 653 - 654 - 655 - 656 - 657 - 658 - 659 - 660 - 661 - 662 - 663 - 664 - 665 - 666 - 667 - 668 - 669 - 670 - 671 - 672 - 673 - 674 - 675 - 676 - 677 - 678 - 679 - 680 - 681 - 682 - 683 - 684 - 685 - 686 - 687 - 688 - 689 - 690 - 691 - 692 - 693 - 694 - 695 - 696 - 697 - 698 - 699 - 700 - 701 - 702 - 703 - 704 - 705 - 706 - 707 - 708 - 709 - 710 - 711 - 712 - 713 - 714 - 715 - 716 - 717 - 718 - 719 - 720 - 721 - 722 - 723 - 724 - 725 - 726 - 727 - 728 - 729 - 730 - 731 - 732 - 733 - 734 - 735 - 736 - 737 - 738 - 739 - 740 - 741 - 742 - 743 - 744 - 745 - 746 - 747 - 748 - 749 - 750 - 751 - 752 - 753 - 754 - 755 - 756 - 757 - 758 - 759 - 760 - 761 - 762 - 763 - 764 - 765 - 766 - 767 - 768 - 769 - 770 - 771 - 772 - 773 - 774 - 775 - 776 - 777 - 778 - 779 - 780 - 781 - 782 - 783 - 784 - 785 - 786 - 787 - 788 - 789 - 790 - 791 - 792 - 793 - 794 - 795 - 796 - 797 - 798 - 799 - 800 - 801 - 802 - 803 - 804 - 805 - 806 - 807 - 808 - 809 - 810 - 811 - 812 - 813 - 814 - 815 - 816 - 817 - 818 - 819 - 820 - 821 - 822 - 823 - 824 - 825 - 826 - 827 - 828 - 829 - 830 - 831 - 832 - 833 - 834 - 835 - 836 - 837 - 838 - 839 - 840 - 841 - 842 - 843 - 844 - 845 - 846 - 847 - 848 - 849 - 850 - 851 - 852 - 853 - 854 - 855 - 856 - 857 - 858 - 859 - 860 - 861 - 862 - 863 - 864 - 865 - 866 - 867 - 868 - 869 - 870 - 871 - 872 - 873 - 874 - 875 - 876 - 877 - 878 - 879 - 880 - 881 - 882 - 883 - 884 - 885 - 886 - 887 - 888 - 889 - 890 - 891 - 892 - 893 - 894 - 895 - 896 - 897 - 898 - 899 - 900 - 901 - 902 - 903 - 904 - 905 - 906 - 907 - 908 - 909 - 910 - 911 - 912 - 913 - 914 - 915 - 916 - 917 - 918 - 919 - 920 - 921 - 922 - 923 - 924 - 925 - 926 - 927 - 928 - 929 - 930 - 931 - 932 - 933 - 934 - 935 - 936 - 937 - 938 - 939 - 940 - 941 - 942 - 943 - 944 - 945 - 946 - 947 - 948 - 949 - 950 - 951 - 952 - 953 - 954 - 955 - 956 - 957 - 958 - 959 - 960 - 961 - 962 - 963 - 964 - 965 - 966 - 967 - 968 - 969 - 970 - 971 - 972 - 973 - 974 - 975 - 976 - 977 - 978 - 979 - 980 - 981 - 982 - 983 - 984 - 985 - 986 - 987 - 988 - 989 - 990 - 991 - 992 - 993 - 994 - 995 - 996 - 997 - 998 - 999 - 1000 - 1001 - 1002 - 1003 - 1004 - 1005 - 1006 - 1007 - 1008 - 1009 - 1010 - 1011 - 1012 - 1013 - 1014 - 1015 - 1016 - 1017 - 1018 - 1019 - 1020 - 1021 - 1022 - 1023 - 1024 - 1025 - 1026 - 1027 - 1028 - 1029 - 1030 - 1031 - 1032 - 1033 - 1034 - 1035 - 1036 - 1037 - 1038 - 1039 - 1040 - 1041 - 1042 - 1043 - 1044 - 1045 - 1046 - 1047 - 1048 - 1049 - 1050 - 1051 - 1052 - 1053 - 1054 - 1055 - 1056 - 1057 - 1058 - 1059 - 1060 - 1061 - 1062 - 1063 - 1064 - 1065 - 1066 - 1067 - 1068 - 1069 - 1070 - 1071 - 1072 - 1073 - 1074 - 1075 - 1076 - 1077 - 1078 - 1079 - 1080 - 1081 - 1082 - 1083 - 1084 - 1085 - 1086 - 1087 - 1088 - 1089 - 				



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....: 666004 Prontuário: 8964154 SAME: 8964154 Hora Atend: 20:45 Data Atend: 20/05/2018  
Paciente.....: KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS  
Endereço.....: RUA 43  
Bairro.....: TAICOCAS 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 Hora Saída : 21:50  
UF.: SE CEP: 49160000  
Plano...: INTERCAMBIO

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  
ESCORIACOES, 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  
*Ediney Cavalcante Batista Filho*  
Hospital Unimed Sergipe  
José Carlos dos S. Nascimento  
Mai. 144 Arquivador

20/05/18

SÃO MARCOS HOSPITALAR LTDA- HOSPITAL UNIMED

## FICHA DA URGENCIA

Itens Revisados:  
Itens Excluidos:

## 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



Paciente ou Responsável

VIA PARA O HOSPITAL

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. :

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

3º-MÉDICO



Dr. Edilson Coimbra  
CRM-SE 23503  
Médico - 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

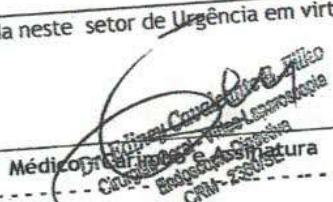
## Responsável:

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

C.I.D. :

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

2º-MÉDICO



Dr. Edilson Coimbra  
CRM-SE 23503  
Médico - 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

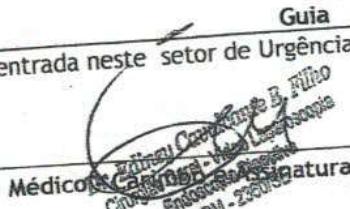
## Responsável:

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

C.I.D. :

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

1º-MÉDICO DO ATENDIMENTO



Dr. Edilson Coimbra  
CRM-SE 23503  
Médico - Carimbo e Assinatura

\*666004\*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ANTIBIOTICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários	
1	1 FA C/1G	IV		Agora		[20/05] . 20:47	Suspenso

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários	
2	1 FA C/100MG	IV		Agora		[20/05] . 20:47	2/05/18
	-> CLORETO DE SODIO 0,9% FR. C/100ML	1 FRASC C/100M					
	-> AGUA P/ INJEÇÃO AMP C/ 10 ML	1 AMP C/10ML					
3	1 AMPOLA	IV		Agora		[20/05] . 20:47	2/05/18

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários	
4	1						
5	1						
6	1						

EDINEY CAVALCANTE BATISTA FILHO  
CRM: 2360

granulación.

**OBS:** Descrivel o curativo sinializado asepto, tipo de secagem (seosa, sanguinolenta, pruriulenta, odor), presenca de fibrina, necrose ou

20:45 PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO DEU ENTRADA NESTA UNIDADE DE SAUDE COM O DEODO DE "HALUX", DESCENDENDO NA PRIMEIRA FALANGE. FOI ATENDIDA PELO MEDICO CIRURGICO 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 MEDICO ACOMPANHADO CONFORME PRESCRIGAO MEDICA.

22:00HS PACIENTE ENCAMINHADA PARA O CENTRO CIRURGICO. COM AVP EM MSD COM GELCO HIDROLIZADO DE NUMERO 20.

PA=110 X80MMHG + FC = 88 BPM + SAT=98% + TAX=36°C A MESMA ESTA EM COMPANIA DE SUA ACOMPANHADA, CALMA, CONSCIENTE, ORIENTADA, VERBSALIZANDO, EUPNEICA, AFEBRIL E NORMOTENSO.

GENITORA.

CURATIVOS

USUARIO:	NATANNELLIMA		
DATA :	21/05/2018 05:00		
MEDICO:	EDINERY CAVALCANTE BATISTA FILHO		
CONV.:	UNIMED		
ATEND.:	00666004	LEITO:	PRONT.:
NAME :	KETILLY MILENA CALDAS FREITAS		

ANOTACAO DE ENFERMAGEM

# FICHA DE INTERNAÇÃO

Unimed  
Sergipe

Itens Revisados:

Itens Excluídos:

## INTERNAIMENTO

Prontuário: 08964154

Atendimento: 00666017

RG: 37140302

Nome: KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS

CPF: 05777373500

Nascimento: 26/11/1997

Idade: 20a 5m 23d

Endereço: RUA 43,40

Cidade/Estado: NOSSA SENHORA DO SOCORRO/SE

CEP: 49160000

Complemento:

Bairro: TAICOCA DE DENTRO

Telefone:

Filiação (mãe): SHEILA CALDAS NASCIMENTO

OUTROS

Profissão:

## 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

Leito: LEITO 07

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

Tratamento:

INTERNACAO CIRURGICA URGENCIA

Médico Assistente:

DENIS CABRAL DUARTE

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  
José Carlos dos S. Nascimento  
Hospital Unimed Sergipe  
Mat. 144 Arquivador  
20/06/18

Itens Revisados:  
Itens Excluídos:

**I- DADOS DO PACIENTE**

Prontuário: 08964154 Atendimento: 00666017 RG: 37140302  
 Nome: KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS CPF: 05777373500  
 Nascimento: 26/11/1997 Idade: 20a 5m 23d Bairro: TAICOCA DE DENTRO  
 Endereço: RUA 43,40  
 Complemento:  
 Telefone:

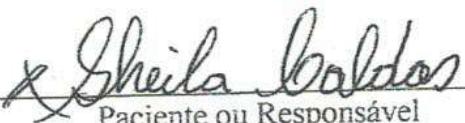
CEP: 49160000 Cidade/Estado: NOSSA SENHORA DO SOCORRO/SE

**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 bastante 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 de parâmetros da cobertura da Operadora do Plano de Saúde, inclusive aquelas relativas a diferença de honorários da e médica.  
 2) Declaro está ciente que todo pagamento efetuado será imediatamente depositado, de acordo com as condições pactuadas.  
 3) O Hospital envidará 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 responsabilidade, 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 bijuterias, 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 Baldos  
 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 CALD 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 procedimento que o incluem, inclusive a anestesia ou a outras condutas medicas que tal tratamento possa requerer, podendo referido profissional valer-se do auxilio 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 (abas 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;

I trauma;

#### COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS:

Mortalidade é de 10 a 25%

Infecções (freqüente 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 quelôides (cicatriz hipertrófica grosseira).

CBHPM – 3.07.27.04.9 CID – 170.9

#### Infecção Hospitalar:

A portaria nº 2. 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 são estabelecidos, usando como parâmetro o NNIS (Nacional Nosocomial Infectores 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 infecioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
2. Cirurgias potencialmente contaminadas – 10% (aqueelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
3. Cirurgias contaminadas – 20% (são aquelas em tecidos recentemente traumatizadas e abertos, 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.

Declaro 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).

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

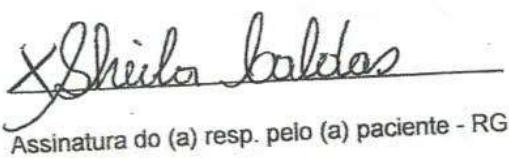
Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS e COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

**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

  
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 corrção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatorias, 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;
- II- 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	
ITENS REVISADOS:	
ITENS EXCLUIDOS:	

INFORMAÇÕES AO CLIENTE



Aos Clientes do Hospital Unimed

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

Convênios:

Assem

Camed

Cassind

G Barbosa

Funcef / Saúde Cabxa

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 seu interesse contato prévio com o profissional, a instituição facilitará o acesso ao mesmo.

Atenciosamente  
Drº Edilson Cunha  
Diretor Clínico

Cliente,

  
Assinatura do Cliente ou Responsável



ITENS REVISADOS:  
ITENS EXCLUIDOS:

## NOTIFICAÇÃO

Prezado Cliente e Familiares,

Dianete 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

Cliente em \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Paciente : \_\_\_\_\_

Responsável: Sheila Baldas

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 seréi 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 existe 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



Sheila Caldas  
Assinatura Paciente e/ou Responsável

Unimed ft

GUIA DE SOLICITAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO3 - Nº Guia no Prestador  
008678761  
complemento 876504

1 - Registro ANS 33766-8	3 - Número do Guia Atribuído pela Operadora	5 - Série	6 - Data de Validade da Série
4 - Data de Autorização	7 - Número da Carteira 08650003856752006		
8 - Validade da Carteira 31/07/2019		9 - Atenção a RN	10 - Nome Ketilly Nyane Coldei Furtado
11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Código na Operadora	
13 - Nome do Consultado Dr. Dr. Coldei Furtado		14 - Conselho Profissional OAB/SP - 42324	15 - Número no Conselho 16 - Número na Conselho
17 - Unidade de Saúde SAC MANGOS HOSPITALAR LTDA		18 - Código de Operadora / CNPQ	
21 - Data sugerida para internação		22 - Código da Atenção	
23 - Tipo de Internação		24 - Regime de Internação	25 - Qtd. Diárias Solicitadas
26 - Período de uso de CPME		27 - Período de uso de quinizaripílo	
28 - Indicação Clínica		29 - Indicação de Acometimento (acidente ou doença maternidade)	

29 - CID 10 Princíp. 598

30 - CID 10-0

31 - CID 10-0

32 - CID 10-0

33 - Indicação de Acometimento (acidente ou doença maternidade)

34 - Tabela 35 - Código do Procedimento ou Item Acometimento

36 - Descrição

37 - Qtd. Solic. 38 - Qtd. Aut.

39 - 3072801-7 Amputação abdinal do pés  
- fto cirúrgico

OL

## ATENÇÃO!

- Este guia deverá ser entregue à Unimed num prazo máximo de 30 dias da data do evento.
- Entregas após este prazo serão desconsideradas.

AUTORIZADO

EXAME ~~008678761~~  
~~008678761~~ DATA ~~2022-07-30~~  
UNIMED ~~008678761~~  
DATA ~~2022-07-30~~

Dados da Atenção

29 - Data Prevista da Admissão Hospitalar

40 - Qtd. Diárias Autorizadas

41 - Tipo de Acomodação Autorizada

44 - Código CNES

42 - Código na Operadora / CNPQ

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

Hospital Unimed

45 - Observação / Justificativa

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Prestador

48 - Assinatura da Operadora

49 - Assinatura do Responsável

50 - Assinatura do Responsável

51 - Assinatura do Responsável

52 - Assinatura do Responsável

53 - Assinatura do Responsável

54 - Assinatura do Responsável

55 - Assinatura do Responsável

56 - Assinatura do Responsável

57 - Assinatura do Responsável

58 - Assinatura do Responsável

59 - Assinatura do Responsável

60 - Assinatura do Responsável

61 - Assinatura do Responsável

62 - Assinatura do Responsável

63 - Assinatura do Responsável

64 - Assinatura do Responsável

65 - Assinatura do Responsável

66 - Assinatura do Responsável

67 - Assinatura do Responsável

68 - Assinatura do Responsável

69 - Assinatura do Responsável

70 - Assinatura do Responsável

71 - Assinatura do Responsável

72 - Assinatura do Responsável

73 - Assinatura do Responsável

74 - Assinatura do Responsável

75 - Assinatura do Responsável

76 - Assinatura do Responsável

77 - Assinatura do Responsável

78 - Assinatura do Responsável

79 - Assinatura do Responsável

80 - Assinatura do Responsável

81 - Assinatura do Responsável

82 - Assinatura do Responsável

83 - Assinatura do Responsável

84 - Assinatura do Responsável

85 - Assinatura do Responsável

86 - Assinatura do Responsável

87 - Assinatura do Responsável

88 - Assinatura do Responsável

89 - Assinatura do Responsável

90 - Assinatura do Responsável

91 - Assinatura do Responsável

92 - Assinatura do Responsável

93 - Assinatura do Responsável

94 - Assinatura do Responsável

95 - Assinatura do Responsável

96 - Assinatura do Responsável

97 - Assinatura do Responsável

98 - Assinatura do Responsável

99 - Assinatura do Responsável

100 - Assinatura do Responsável

101 - Assinatura do Responsável

102 - Assinatura do Responsável

103 - Assinatura do Responsável

104 - Assinatura do Responsável

105 - Assinatura do Responsável

106 - Assinatura do Responsável

107 - Assinatura do Responsável

108 - Assinatura do Responsável

109 - Assinatura do Responsável

110 - Assinatura do Responsável

111 - Assinatura do Responsável

112 - Assinatura do Responsável

113 - Assinatura do Responsável

114 - Assinatura do Responsável

115 - Assinatura do Responsável

116 - Assinatura do Responsável

117 - Assinatura do Responsável

118 - Assinatura do Responsável

119 - Assinatura do Responsável

120 - Assinatura do Responsável

121 - Assinatura do Responsável

122 - Assinatura do Responsável

123 - Assinatura do Responsável

124 - Assinatura do Responsável

125 - Assinatura do Responsável

126 - Assinatura do Responsável

127 - Assinatura do Responsável

128 - Assinatura do Responsável

129 - Assinatura do Responsável

130 - Assinatura do Responsável

131 - Assinatura do Responsável

132 - Assinatura do Responsável

133 - Assinatura do Responsável

134 - Assinatura do Responsável

135 - Assinatura do Responsável

136 - Assinatura do Responsável

137 - Assinatura do Responsável

138 - Assinatura do Responsável

139 - Assinatura do Responsável

140 - Assinatura do Responsável

141 - Assinatura do Responsável

142 - Assinatura do Responsável

143 - Assinatura do Responsável

144 - Assinatura do Responsável

145 - Assinatura do Responsável

146 - Assinatura do Responsável

147 - Assinatura do Responsável

148 - Assinatura do Responsável

149 - Assinatura do Responsável

150 - Assinatura do Responsável

151 - Assinatura do Responsável

152 - Assinatura do Responsável

153 - Assinatura do Responsável

154 - Assinatura do Responsável

155 - Assinatura do Responsável

156 - Assinatura do Responsável

157 - Assinatura do Responsável

158 - Assinatura do Responsável

159 - Assinatura do Responsável

160 - Assinatura do Responsável

161 - Assinatura do Responsável

162 - Assinatura do Responsável

163 - Assinatura do Responsável

164 - Assinatura do Responsável

165 - Assinatura do Responsável

166 - Assinatura do Responsável

167 - Assinatura do Responsável

168 - Assinatura do Responsável

169 - Assinatura do Responsável

170 - Assinatura do Responsável

171 - Assinatura do Responsável

172 - Assinatura do Responsável

173 - Assinatura do Responsável

174 - Assinatura do Responsável

175 - Assinatura do Responsável

176 - Assinatura do Responsável

177 - Assinatura do Responsável

178 - Assinatura do Responsável

179 - Assinatura do Responsável

180 - Assinatura do Responsável

181 - Assinatura do Responsável

182 - Assinatura do Responsável

183 - Assinatura do Responsável

184 - Assinatura do Responsável

185 - Assinatura do Responsável

186 - Assinatura do Responsável

187 - Assinatura do Responsável

188 - Assinatura do Responsável

189 - Assinatura do Responsável

190 - Assinatura do Responsável

191 - Assinatura do Responsável

192 - Assinatura do Responsável

193 - Assinatura do Responsável

194 - Assinatura do Responsável

195 - Assinatura do Responsável

196 - Assinatura do Responsável

197 - Assinatura do Responsável

198 - Assinatura do Responsável

199 - Assinatura do Responsável

200 - Assinatura do Responsável

201 - Assinatura do Responsável

202 - Assinatura do Responsável

203 - Assinatura do Responsável

204 - Assinatura do Responsável

205 - Assinatura do Responsável

206 - Assinatura do Responsável

207 - Assinatura do Responsável

208 - Assinatura do Responsável

209 - Assinatura do Responsável

210 - Assinatura do Responsável

211 - Assinatura do Responsável

212 - Assinatura do Responsável

213 - Assinatura do Responsável

214 - Assinatura do Responsável

215 - Assinatura do Responsável

216 - Assinatura do Responsável

217 - Assinatura do Responsável

218 - Assinatura do Responsável

219 - Assinatura do Responsável

220 - Assinatura do Responsável

221 - Assinatura do Responsável

222 - Assinatura do Responsável

223 - Assinatura do Responsável

224 - Assinatura do Responsável

225 - Assinatura do Responsável

226 - Assinatura do Responsável

227 - Assinatura do Responsável

228 - Assinatura do Responsável

229 - Assinatura do Responsável

230 - Assinatura do Responsável

231 - Assinatura do Responsável

232 - Assinatura do Responsável

233 - Assinatura do Responsável

234 - Assinatura do Responsável

235 - Assinatura do Responsável

236 - Assinatura do Responsável

237 - Assinatura do Responsável

238 - Assinatura do Responsável

239 - Assinatura do Responsável

240 - Assinatura do Responsável

241 - Assinatura do Responsável

242 - Assinatura do Responsável

243 - Assinatura do Responsável

244 - Assinatura do Responsável

245 - Assinatura do Responsável

246 - Assinatura do Responsável

247 - Assinatura do Responsável

248 - Assinatura do Responsável

249 - Assinatura do Responsável

250 - Assinatura do Responsável

251 - Assinatura do Responsável

252 - Assinatura do Responsável

253 - Assinatura do Responsável

254 - Assinatura do Responsável

255 - Assinatura do Responsável

256 - Assinatura do Responsável

257 - Assinatura do Responsável

258 - Assinatura do Responsável

259 - Assinatura do Responsável

260 - Assinatura do Responsável

261 - Assinatura do Responsável

262 - Assinatura do Responsável

263 - Assinatura do Responsável

264 - Assinatura do Responsável

265 - Assinatura do Responsável

266 - Assinatura do Responsável

267 - Assinatura do Responsável

268 - Assinatura do Responsável

269 - Assinatura do Responsável

270 - Assinatura do Responsável

271 - Assinatura do Responsável

272 - Assinatura do Responsável

273 - Assinatura do Responsável

274 - Assinatura do Responsável

275 - Assinatura do Responsável

276 - Assinatura do Responsável

277 - Assinatura do Responsável

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO CIRURGIAS 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 anestesias 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 (abacão 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 Cirurgia(s): AMPUTAÇÃO DE PÉ DO - MULHER

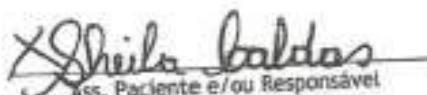
Declara ainda ter sido esclarecido (a) a respeito de complicações inerentes a qualquer ato cirúrgico, bem como aquelas específicas do tipo de ato operatório ao qual será submetido (a). Esclarecimentos relativos ao tópico INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE A legislação nacional vigente obriga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

Mesmo 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, compromissando-se 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),

  
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 esclarecer-lhe 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.



Itens Revisados  
Itens Excluídos

Unidade: \_\_\_\_\_ Data: / / Antendimento: \_\_\_\_\_

Paciente: Katlyn Patrícia Cardoso Freitas Sexo: F Lelito: \_\_\_\_\_ Convênio: \_\_\_\_\_

Idade: 30 Sexo: F Lelito: \_\_\_\_\_ Convênio: \_\_\_\_\_

Data da Internação: 30/10/18 Data da Cirurgia: 31/10/18 Hora da Cirurgia: 14:00

Cirurgia Proposta: Amputação

**PRÉ-OPERATÓRIO**

**Condições Gerais:**  
Calmo () Orientado () Ansioso () Outros: \_\_\_\_\_ Peso: 64 kg Altura: 1,65 m

**Sinais Vitais:**  
T 36 °C FC 80 FR 18 PA 120/70 Dor (0-10)

**História Pregressa:**  
Hipertensão Arterial () Mastectomia: D () E () Diabetes Mellitus () Membro Amputado: \_\_\_\_\_

Cardiopatia () Fistula Arteriovenosa: MSD () MSE () ALERGIA: \_\_\_\_\_

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:**  

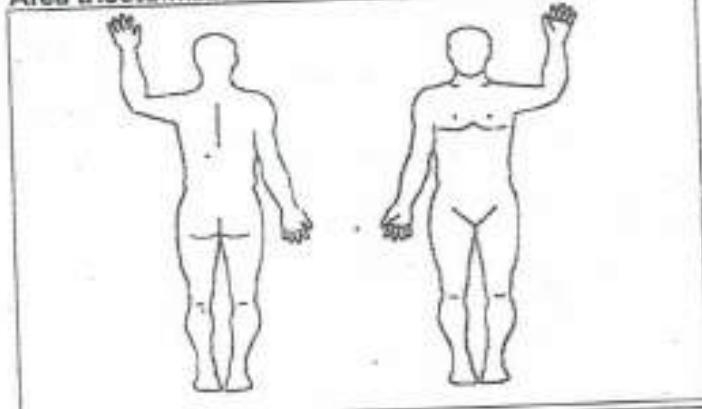
Descrição	Hora	Executado por	Descrição	Hora	Executado por
Jejum a partir	20	<u>Patrícia</u>	Pré-Anestésico		
Banho	14		Preparo Intestinal		
Higiene Oral	14				

**Punção Venosa:**  
Realizada por: Patrícia Hora: \_\_\_\_\_

Dispositivo: Gelco nº \_\_\_\_\_ Scalp nº \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

Local da Inserção: \_\_\_\_\_

**Área tricotomizada:**



Colocar:

Camisola ()

Garro ()

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 \_\_\_\_\_

## TRANSOPERATÓRIO

Hora:

Recebido no Centro Cirúrgico por:

## Nível de Consciência:

Acordado ( ) Sonolente ( ) Calmo ( ) Orientado ( ) Agitado ( )

## Informações Gerais:

Circulante(s): *Malco* Sala Operatória n.º 3  
 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 00:00 HS Saída da S.O. 23:15 HS

## Cirurgia Realizada:

## Equipe Cirúrgica:

Cirurgião Dr.(a): *Renzo Cabral*  
 Anestesista Dr. (a): *O. M. B.*

Assistente Dr.(a):

Instrumentador(a): *Fernando*

## Anestesia:

Geral Venosa ( )	Peridural com Catéter ( )	Bloqueio ( )	Sedação + Local ( )
Geral Inhalatória ( )	Peridural sem catéter ( )	Sedação ( )	Bloqueio + Local ( )
Geral Combinada (V+I) ( )	Raqui-anestesia ( )	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 Alcóolica ( )	Outros:		

## Equipamentos e Acessórios:

Carro de Anestesia ( )	Capnógrafo ( )	Oxímetro ( )	Cardioscópio ( )
PA Invasiva (PAI) ( )	PA não Invasiva (PANI) ( )	Video Unimed ( )	Garrote Pneumático ( )
Microscópio ( )	Desfibrilador ( )	Manta Térmica ( )	Termômetro ( )

## Outros:

Bombas de Infusão:	De seringa ( )	Outra ( )
Diprofusor ( )	Infusão Contínua ( )	

## Coxins:

Cabeça ( )	Auricular ( )	Occipital ( )	MSD ( )	MSE ( )	MID ( )	MIE ( )	Calcâneos ( )
Ombro ( )	Dorsal D ( )	Dorsal E ( )	Lombar ( )	Tórax D ( )	Tórax E ( )		Pelve ( )

## Outros:

Ataduras Para Contenção:	Outra ( )			
Punho D ( )	Punho E ( )	Joelho D ( )	Joelho E ( )	

## Gesso:

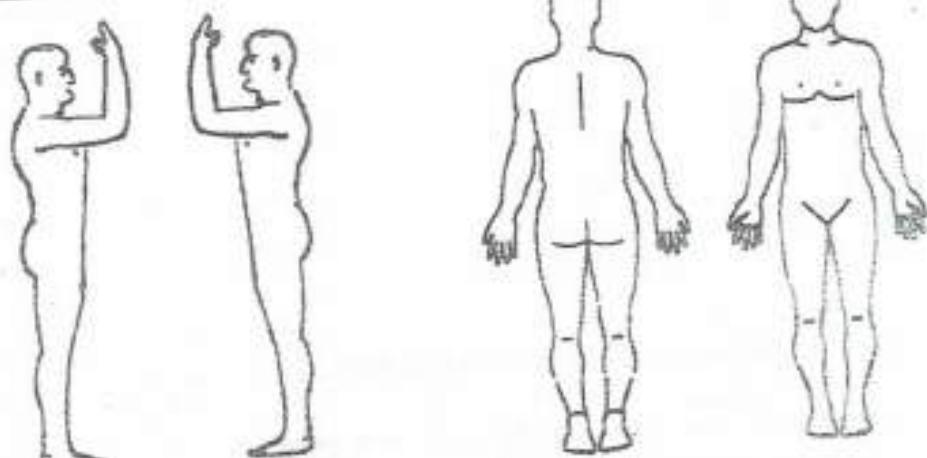
MSD ( )	MSE ( )	MID ( )	MIE ( )	Outro ( )
---------	---------	---------	---------	-----------

## Bisturi Elétrico:

Monopolar ( )	Bipolar ( )	Ultra Cision ( )	Outros Bisturis ( )
---------------	-------------	------------------	---------------------

## Legenda:

- Eletrodos
- Incisão Cirúrgica
- Placa de Bisturi
- Garrote Pneumático



Controle de Compressas				Posição do Paciente durante o Ato Operatório	
Grande		Pequena		Dorsal ou Supina	Sims
Fornecidas	Devolvidas	Fornecidas	Devolvidas	Ventral ou Prone	Lateral D
05	05	05	05	Ventral ou Flexão dos Joelhos	Lateral E
				Trendelenburg	
				Trendelenburg Reversa	
				Ginecológica ou Litotomica	

#### Sondas / Drenos e Câmlas:

<input type="checkbox"/> Gástrica n.º	<input type="checkbox"/> Nasoenteral n.º	<input type="checkbox"/> Fouchet n.º	<input type="checkbox"/> Tórax n.º
<input type="checkbox"/> Kher	<input type="checkbox"/> Penrose n.º	<input type="checkbox"/> Sucção n.º	<input type="checkbox"/> Tórax n.º
<input type="checkbox"/> Tráqueostomia	<input type="checkbox"/> Guedel n.º	<input type="checkbox"/> Sonda Vesical Folley	<input type="checkbox"/> N.º _____ Vias n.º _____
<input type="checkbox"/> Passagem da sonda sem restrição	<input type="checkbox"/> Com Restrição	<input type="checkbox"/> Aspecto da urina drenada	<input type="checkbox"/> Passada por: _____

### ເຫັນເຫັນ / Solutions:

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%		1000 ml	Glicina	
500 ml	Ringer Lactato	/	500 ml	Água Destilada	
500 ml	S. Glicosado				

---

## Sangue e Derivados:

### Expansores Plasmáticos:

Contraste: \_\_\_\_\_ Via: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ Volume: \_\_\_\_\_

### Contraste:

### Diurese Desprezada em Saia:

Diurese Desprezada em mL		Aspecto	Hora	Volume	Aspecto
Hora	Volume				

Exame de Espécime para Laboratório de Anatomia Patoológica:

Encaminhamento do Especímen para Laboratório de Análise:  Fakouri ( )  Sônia Lima ( )  Mônica ( )  Outro ( ): \_\_\_\_\_

**Outros Serviços Regulamentados:**

Outros Serviços Requisitados: RX ( ) Intensificador ( ) Laboratório de Análises Clínicas ( ) Banco de Sangue ( ) Outros ( )

Anotações de Enfermagem:

(Até 30/05/18) no 5.º procedimento da urgência, observou-se  
 exantema, respondendo às agressões cutâneas verhaz. Enjugo de leitor no  
 12.º do Pe.º E. Montanhez (S0 99 E0 70). Realizado adesivo + bloquen  
 hor no pénis cabral (Balbucis) Enjugo com SF.  
 Enjugo de cunha 11 entre corais

Ex:  
 Enjugo que trans-operou nalgas po tric  
 Técnica de procedimento  
 Foi removido p/ os após ato cirúrgico 11 entre corais  
 S0 99 E. 106 hpm

2

Paciente Encaminhado para:

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

Prontuário Contendo:

Exames Laboratoriais ( )	RX ( )	ECG ( )	USG ( )	TC ( )	RNM ( )	Outros:
--------------------------	--------	---------	---------	--------	---------	---------

Peça Cirúrgica ( ): Pertences ( )

Enfermeira / Coorden

Data: 20/05/18

CARIMBOS DA HEMOTERAPIA

Anotações de Enfermagem:

(Até o pós-operatório) dia 5-0 procedente da urgência abdominal, consequente a constipação, expulsando as impacções verbas. Enjugo de canto no dia 07 do Pe. E. Montenegro SP 99 ECG 70. Realizado enemas + bloquinho nos pés: peno-canal (valvuloso) limpeza com ST. Tensão da uretra 31 cmH2O constante.

Exame da uretra: 31 cmH2O constante.

Paciente Encaminhado para:

SRPA <input checked="" type="checkbox"/>	UTI ( )	Semi-intensiva ( )	Enf/Apto ( )	Alta ( )	Sala de Preparo ( )
--	---------	--------------------	--------------	----------	---------------------

Prontuário Contendo:

Exames Laboratoriais ( )	RX ( )	ECG ( )	USG ( )	TC ( )	RNM ( )	Outros:
--------------------------	--------	---------	---------	--------	---------	---------

Peça Cirúrgica ( )	Pertences ( )
--------------------	---------------

Data: 20/05/18

Enfermeira / Caren

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

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

Convênio: 008

UNIMED

Anestesia:

**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

DESBRIDAMENTOS DE TECIDOS DESVITALIZADOS + RESSECÇÃO DE FALANGE DISTAL DO HALUX (AMPUTAÇÃO

TRAUMATICA)

FECHAMENTO POR PLANOS E REGULARIZACAO DO COTO AMPUTADO

CURATIVO

**Achados Cirúrgicos:**

02 MONONYLON 3.0.  
03 SF 1000ML

**Descrição Complementar**

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

DR(A): DENIS CABRAL DUARTE  
CRM: 4163



FICHA DE ANESTESIA  
ANESTESIA

Unimed  
São Paulo

Itens Revisados

Itens Excluidos

Convênio \_\_\_\_\_  
Nº Registro \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_  
Idade \_\_\_\_\_

Nome Ketilly Helena Colodar Kortes Sexo \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_  
Quarto Leito Cirurgião Genival Auxiliares \_\_\_\_\_  
Diag. Preop. \_\_\_\_\_ Cirurgia Realizada \_\_\_\_\_  
Código Cirúrgico \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Resultado \_\_\_\_\_  
Pre-medicação \_\_\_\_\_ Início Op. \_\_\_\_\_ Altura Anest. \_\_\_\_\_

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

Inicio Anest. \_\_\_\_\_ Início Op. \_\_\_\_\_ Altura Anest. \_\_\_\_\_

15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45

02

SORO  
SANGUE

MONITOR E CG  
 MICROSCÓPIO ÓPTICO

OXÍMETRO PULSO  
 RX. SALA

CAPNÓGRAFO  
 INTENSIFICADOR IMAGEM

PAM NÃO INVASIVA  
 FURADEIRA ELÉTRICA

BISTURI ELÉTRICO  
 BOMBA INFUSÃO

250  
200  
180  
160  
140  
120  
100  
80  
60  
40  
20

ANOTAÇÕES

*anestesiada*

*operando*

*Dr. Regis Colodar  
Oftalmologista  
Anestesiado  
TBO - 113  
Unimed São Paulo*

PROGAS	QUANT.	MATERIAL	Nº	QTD
1.		CATETER DE O.		
2.		SONDA DE ASPIRAÇÃO		
3.		JELCO		
4.		SCALPE		
5.		TUBO ENDOTRA		
6.		GUEDEL		
7.		FAIXA SMARCH		
8.		AGULHA DESCART. INTRAVENOSA		
9.		AGULHA PLEXO		
10.		CATETER TIPO OCULOS		
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				

ENCAMINHADO A: SRPA HORÁRIO ENTRADA SRPA

GASES	limín	h
O <sub>2</sub>		
N <sub>2</sub> O		
NITROGÊNIO		

Observações \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

( ) SALA OPERATÓRIA ( ) SRPA

Dens. Revisados:

Dens. Excluídos:

Nome do paciente:

cirurgia realizada:

cirurgião:

nestesista:

irradiante:

Aptº: \_\_\_\_\_ N° do prontuário: \_\_\_\_\_  
Convênio: \_\_\_\_\_

1º Auxiliar: \_\_\_\_\_

2º Auxiliar: \_\_\_\_\_

Anestesia: \_\_\_\_\_

Instrumentador: \_\_\_\_\_

Sala(SO): \_\_\_\_\_

Leito (SRPA): \_\_\_\_\_

MATERIAIS	QUANTIDADE	MATERIAIS	QUANTIDADE
GUARDA OXIGENADA 10 VOL.		LUVA ESTÉRIL N° 8,5	
GUILHA DE RAQUI		MALHA TUBULAR P/ MEMBRO	
GUILHA DE SUTURA		MÁSCARA DESCARTÁVEL	
GUILHA DE VERES		MICROPORE	
GUILHA ESTIMULADOR NERVO PERIFÉRICO 50 ( ) 100 ( )		PLACA ELETROCIRÚRGICA	
GUILHA HÍPODERMICA		POLIFIX	
GUILHA PERIDURAL		PROPS DESCARTÁVEIS	
GUILHA PLEXO		SERINGA DESCARTÁVEL 10ML	
LCOOL 70 %		SERINGA DESCARTÁVEL 1ML	
LGODAO DE OTORRINO		SERINGA DESCARTÁVEL 20ML	
LGODAO ORTOPÉDICO		SERINGA DESCARTÁVEL 3ML	
LGODAO (BOLA)		SERINGA DESCARTÁVEL 5ML	
TADURA DE CREPE 10 CM	1	SERINGA DESCARTÁVEL 60ML	
TADURA DE CREPE 15 CM		SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL	
TADURA DE CREPE 30 CM		SONDA DE FOLEY (2 VIAS)	
TADURA DE GESSO 15 CM		SONDA DE FOLEY (3 VIAS)	
ZUL DE METILENO		SONDA NASOGASTRICA	
AMPO IMPERMEÁVEL 1,4CM		SONDA NELATON URETRAL	
ANULA ENDOTREQUEAL C/BALÃO		SONDA RETAL	
ANULA ENDOTREQUEAL S/BALÃO		SURGICEL	
APA DE INTENSIFICADOR		TORNEIRINHA DESCARTÁVEL 3 VIAS	
APA DE MICROSCÓPIO		TRANSOFIX	
APA DE VÍDEO		TRAQUEOSTOMO	
ATETER EPIDURAL		TUBO ARQUIADO C/S BALÃO N°	
ATETER PARA OXIGENIO TIPO OCULOS		TUBO DE VENTILAÇÃO	
LOREXIDINA ALCOÓLICA		VASELINA LÍQUIDA	
LOREXIDINA AQUOSA			
LOREXIDINA DEGERMANTE			
OLETOR DE URINA FECHADO			
OLETOR URINA			
COMPRESSA COTTONOIDÉ			
COMPRESSA DE GAZE 7,5 X 7,5	1	CATGUT CROMADO	
COMPRESSA GRANDE 45X50	1	CATGUT CROMADO	
COMPRESSA PEQUENA 25X23	1	CATGUT SIMPLES	
OTONETE		CATGUT SIMPLES	
RENO DE KEHR		FIO DE ALGODÃO COMUM	
RENO DE PENROSE		FIO DE ALGODÃO PRETO	
RENO DE SUCCÃO CONTÍNUA		FIO DE ALGODÃO PRETO/AGULHA	
RENO TUBULAR		FIO DE SEDA PRETA	
LETROCO BIS		MONOCRYL	
LETROCO DESCARTÁVEL 05 UND		MONONYLON	3,0
QUIPO DE BOMBA		MONONYLON	
QUIPO MACROGOTAS C/INJETOR		MONONYLON P/ MICROCIRURGIA	
QUIPO MACROGOTAS C/INJETOR		(PDS)(POLIDIOXANONA)	
QUIPO MULTIVIAS		POLYCOL	
QUIPO SIMPLES		PROLENE COMUM	
SCOVA MARCODINE P.V.P.I	1	PROLENE VASCULAR	
SPARACRÁPO COMUM		VICRYL	
SPATULA		VICRYL	
TH-BOND		VICRYL	
XTENSEI			
AXIA SMARCH			
ULTRABARREIRA			
TYA CARDIACA			
ORMOL LÍQUIDO			
RASCO DE BIOPSIA ( ) 2L ( ) 1L ( ) 500ML ( ) 80		EQUIPAMENTOS	USO
AZE ALGODÓADO		APARELHO DE ANESTESIA	
AZE DE OTORRINO		APARELHO DE ENDOSCOPIA	
AZE VASELINEADA		APARELHO P/ VIDEO LAPAROSCOPIA	
ELFOAN		BIS	
FORRO DESCARTÁVEL		BISTURI ELÉTRICO ( ) BIPOLAR ( ) MONOPOLAR	
EMODERIVADO		BISTURI ULTRACISION	
INTRACATH		CAPNOGRÁFO	
ELCO		DESFIBRILADOR	
AMINA BISTURI	M3 15	ESTIMULADOR DE NERVO PERIFÉRICO	
ANCIETA DESCARTÁVEL	1	FIROSCOPIO	
ATEX 03 MTS		INTENSIFICADOR DE IMAGEM	
ATEX 04 MTS	1	MANTA TÉRMICA	
JGA CLIP PLT - 300 ( ) 400 ( )		MICROSCÓPIO	
JGA DE PROCEDIMENTO		MONITOR CARDIACO	
JGA ESTERIL ALTA F.		OXÍMETRO DE PULSO	
		PRESSAO ART. MEDIA NAO INVASIVA/PAMNI	
		ULTRA-SON	
		VIDEO ARTOESCOPIO	
		VIDEO LAPAROSCOPIO	
		PROCEDIMENTOS	QUANTIDADE
		CATETERISMO VESICAL	



Itens Revisados:

Itens Excluídos:

NOME DO PACIENTE:

Roberto Nogueira Caldas Góes

Nº ATENDIMENTO:

CONVÉNIO: Unimed

CIRURGICA REALIZADA:

Penis cativo

CIRURGÃO:

Giovanni  
Marcos & Flávio

ANESTESISTA:

ANESTESISTA:

CIRCULANTE:

SALA:

3

MEDICAMENTOS		QUANTIDADE	MEDICAMENTOS	QUANTIDADE
ADRENALINA AMP 1ml		1/1	NARCAN 0,4MG/1ML	
ÁGUA P/INJEÇÃO 10ml			NAROPIN 10MG/20ML	
AMINOFILINA AMP 10ml			NEOCAINA ISOBARICA	
AMPICILINA 1g			NIMBILUM AMP 5ML	
AMPLICIL AMP 5ml			NIPERIDOL AMP 2ML	
ATROFENINA AMP 1ml			NOVALGINA AMP 2 ML	
BEIXTRA			NONAMIN AMP 2ML	
BICARBONATO DE SÓDIO 10ml			NUBAIN 10MG/1ML	
BRIDUM			PANCURON 2MG/2ML	
BUSCOPAN COMPOSTO			PANTOZOOL 40MG/10ML	
CEDILANIDE AMP 2ML			PLASIL 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	
DERMACERIUM 1% PRATA POM		✓	SORO FISIOLÓGICO 10 ML	
DIAZEPAN/VALIUM 10MG/2ML			SORO FISIOLÓGICO 1000 ML	1/1
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 C/LACTATO	
DORMONID 05MG/05ML			SUBGALATO DE BISMUTO	
DORMONID 15MG/3ML			TILATIL 20MG/40MG	
EPORTIL AMP 1ML			TRAMAL/TRAMADON 100MG/2ML	
ESMERON			TRAMAL/TRAMADON 50MG/1ML	
FENERGAN AMP 2ML			TRANSAMIN AMP 5ML	
FENTANIL AMP 2ML			TROFODERMIN 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	
GLUCONATO DE CÁLCIO 10ML			XILOCAÍNA 2% S VASO	01
HIPOGLÓS 45G			XILOCAÍNA GELEIA 2%	
HIRUDOID			ZOFTRAN / NAUSEDRON 4MG/2ML	
HISOCEL 3,5%				
IRUXOL/KOLAGENASE 30G		11/1		
KEFAZOL				
KEFLIN 1G I.V				
KETALAR/KETAMIN AMP 10ML				
LASEX AMP 2ML				
LP-59 LINE/HEPARINA AMP 5ML				
MANITOL 20%				
MARCÍNIA / NIFAKTINA 100 AMP 20ML				
GASES		QUANTIDADE		
AR COMPROMIDO				
GÁS CARBÔNICO				
OXIGÉNIO (O <sub>2</sub> )				
PROTÓXIDO DE AZOTO (N <sub>2</sub> O)				

## ( ) SALA OPERATÓRIA ( ) SRPA

Hospital Unimed

Itens Revisados:

Itens Excluídos:

Nome do paciente:

Cirurgia realizada:

Cirurgião:

Anestesista:

Circulante:

Aptº:

NP do prontuário:

Convenio:

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Instrumentador:

Leito (SRPA):

MATERIAIS	QUANTIDADE
AGUA OXIGENADA 10 VOL	
AGULHA DE RAQUI	
AGULHA DE SUTURA	
AGULHA DE VERES	
AGULHA ESTIMULADOR NERVOS PERIFÉRICOS 50/ 1.100 ( )	
AGULHA HIPODÉRMICA	
AGULHA PERIDURAL	
AGULHA PLEXO	
ALCOOL 70 %	
ALGODÃO DE OTORRINO	
ALGODÃO ORTOPÉDICO	
ALGODÃO (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 IMPERMEÁVEL 1,40M	
CANULA ENDOTREQUAL C/BALÃO	
CANULA ENDOTREQUAL S/BALAO	
CAPA DE INTENSIFICADOR	
CAPA DE MICROSCÓPIO	
CAPA DE VÍDEO	
CATETER EPÍDURAL	
CATETER PARA OXIGENIO TIPO OCULOS	
CLOREXIDINA ALCOÓLICA	
CLOREXIDINA AQUOSA	
CLOREXIDINA DEGERMANTE	
COLETOR DE URINA FECHADO	
COLETOR URINA	
COMPRESSA COTTONOIDÉ	
COMPRESSA DE GAZE 7,5 X 7,5	
COMPRESSA GRANDE 45X50	
COMPRESSA PEQUENA 25X23	
COTONETE	
DRENO DE KEHR	
DRENO DE PENROSE	
DRENO DE SUCCÃO CONTÍNUA	
DREN TUBULAR	
ELETRODO BIS	
ELETRODO DESCARTÁVEL 05 UND	
EQUIPO DE BOMBA	
EQUIPO MACROGOTAS	
EQUIPO MACROGOTAS C/INJETOR	
EQUIPO MACROGOTAS C/INJETOR	
EQUIPO MULTIVIAS	
EQUIPO SIMPLES	
ESCOVA MARCOINE P.V.P.I	
ESPARADRAPO COMUM	
ESPATULA	
ETHIBOND	
EXTENSET	
FAIXA SMARCH	
FILTRU BARREIRA	
FIYA CARDIACA	
FORMOL LÍQUIDO	
FRASCO DE BIOPSIA ( ) 2L ( ) 1L ( ) 500ML ( ) 80	
GAZE A.GODDODO	
GAZE DE OTORRINO	
GAZE VASELINADA	
GELFOAM	
GORRÔ DESCARTÁVEL	
HEMOCOAGULADO	
INTRACATH	
JELCO	
LÂMINA BISTURI	
LANCE TA DESCARTÁVEL	
LATEX 02 MTS	
LATEX 04 MTS	
LAUAR PLT - 300 ( ) 400 ( )	

MATERIAIS	QUANTIDADE
LUVA ESTERIL N° 8,5	
MALHA TUBULAR P/MEMBRO	
MÁSCARA DESCARTÁVEL	
MICROPORE	
PLACA ELETROCIRÚRGICA	
POLIFIX	
PROPEX DESCARTÁVEL	
SERINGA DESCARTÁVEL 10ML	
SERINGA DESCARTÁVEL 1ML	
SERINGA DESCARTÁVEL 20ML	
SERINGA DESCARTÁVEL 3ML	
SERINGA DESCARTÁVEL 5ML	
SERINGA DESCARTÁVEL 60ML	
SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL	
SONDA DE FOLEY (2 VIAS)	
SONDA DE FOLEY (3 VIAS)	
SONDA NASOGASTRICA	
SONDA NELATÔN URETRAL	
SONDA RETAL	
SURGICEL	
TORNEIRINHA DESCARTÁVEL 3 VIAS	
TRANSOFIX	
TRAQUEOSTOMO	
TUBO ARQUILADO C/S BALAO N°	
TUBO DE VENTILAÇÃO	
VASELINA LÍQUIDA	
FIOS	QUANTIDADE
CATGUT CROMADO	
CATGUT CROMADO	
CATGUT CROMADO	
CATGUT SIMPLES	
CATGUT SIMPLES	
FIO DE ALGODÃO COMUM	
FIO DE ALGODÃO PRETO	
FIO DE ALGODÃO PRETO/AGULHA	
FIO DE SEDA PRETA	
MONOCRYL	
MONONYLON	
MONONYLON	
MONONYLON	
MONONYLON P/ MICROCIRURGIA	
POSI (POLIDEDOXANONA)	
POLYCAT	
PROLENE COMUM	
PROLENE VASCULAR	
VICRYL	
VICRYL	
VICRYL	
EQUIPAMENTOS	USO
APARELHO DE ANESTESIA	
APARELHO DE ENDOSCOPIA	
APARELHO P/VIDEO-LAPAROSCOPIA	
BIS	
BISTURI ELÉTRICO ( ) BIPOLAR ( ) MONOPOLAR	
BISTURI ULTRACISION	
CAPNOGRAFO	
DEFIBRILADOR	
ESTIMULADOR DE NERVO PERIFÉRICO	
FIBROSCOPIO	
INTENSIFICADOR DE IMAGEM	
MANTA TÉRMICA	
MICROSCÓPIO	
MONITOR CARDIACO	
OXÍMETRO DE PULSO	
PRESSÃO ART. MÉDIA NAO INVASIVA/PAMNT	
ULTRA-SON	
VIDEO ARTROSCÓPIO	
VIDEO LAPAROSCÓPIO	
PROCEDIMENTOS	QUANT.
CATETERISMO VESICAL	

( ) SALA OPERATÓRIO ( ) SRPA

Hospital Unimed



Itens Revisados:

Itens Excluídos:

NOME DO PACIENTE:

CIRURGICA REALIZADA:

CIRURGÃO:

ANESTESISTA:

CIRCULANTE:

Kathy M. da C. F.

Nº ATENDIMENTO:

CONVÉNIO:

1º AUXILIAR:

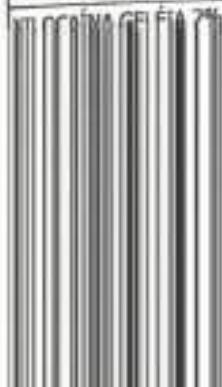
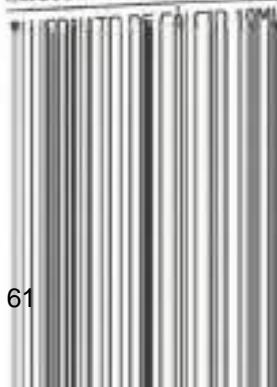
2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

SALA:

MEDICAMENTOS	QUANTIDADE
ADRENALINA AMP 1ml	
ÁGUA P/INJEÇÃO 10ml	
AMINOFILINA AMP 10ml	
AMPICILINA 1g	
AMPLICEL AMP 5ml	
ATROPINA AMP 1ml	
BEXTRA	
BICARBONATO DE SÓDIO 10ml	
BRIDUM	
BUSCOPAN COMPOSTO	
CEDILANIDE AMP 2ML	
CIPRO 200mg/100ML	
CIPRO 400mg/200ML	
CLEXANE 20mg/40mg	
CLORETO DE SÓDIO 20%	
CLORETO POTÁSSIO 19,1%	
COMPLEXO B AMP 2ML	
CONTRASTE - TELEBRIX ( ) OMNIPAC ( )	
DECADRON 2MG/4MG	
DEPOMEDROL	
DERMACERUM 1% PRATA POM	
DIAZEPAN/VALIUM 10MG/2ML	
DIMORF 2MG	
DEPRIVAN P.F.S. AMP 50ML	
DIPRIVAN/PROPOFOL AMP 20ML	
DIPROSPAN	
DOLDSAL 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	
GLÍCINA 2000ML	
GLICOSE 25% AMP 10ML	
GLICOSE 50% AMP 10ML	

MEDICAMENTOS	QUANTIDADE
NARCAN 0,4MG/1ML	
NAROPIN 10MG/20ML	
NEOCAINA ISOBARICA	
NIMBUM AMP 5ML	
NIPERIDOL AMP 2ML	
NOVALGINA AMP 2 ML	
NOVAMIN AMP 2ML	
NUBAIN 10MG/1ML	
PANCURON 2MG/2ML	
PANTOZOL 40MG/10ML	
PLASTIL 10MG/2ML	
POMADA OFTÁLMICA	
PROFENID 100MG IV	1
PROSTIGMINE AMP 1ML	
QUELICIN 500MG	
RAPIDEN/ALFAST AMP 5ML	
REVIVAN 50MG/10ML	
SEVORANE 250ML	
SOLUCORTEF	
SOLUMEDROL	
SORO FISIOLÓGICO 10 ML	100 ~
SORO FISIOLÓGICO 1000 ML	
SORO FISIOLÓGICO 500 ML	
SORO GLICOFISIOLÓGICO	
SORO GLICOSADO 10%	
SORO GLICOSADO 5%	
SORO RINGER CLACTATO	
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	





Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (GCIH); Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH); Centro de Materiais e Esterilização (CME).

ESTERILIZADE DO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO

ITEMS REVISADAS

ITENS EXCLUIDOS: Kelly Melinda Baldoz Bribiesca

**CIRURGIA REALIZADA:** *Abdome*  
**CIRURGÃO:** *Dr. Vitor Góes*  
**AUX. CIRURGICO:** *Wilton*  
**CIRULANTE:** *Wilton*

ANESTESISTA: V. M. B. S. HORA DE INÍCIO: 08:00  
DATA DA CIRURGIA: 10 - 05 - 13 INTEGRANTES:

An image of a white envelope with a blue rectangular label on it. The label contains the word 'Unimed' in a bold, sans-serif font, with 'Instituto Unimed' written in a smaller font below it.

Ata de Validade: 15/11/2028  
Número de Carga: PER0001

R  
Material: \_\_\_\_\_  
Etiqueta de  
Esterilização  
Cada  
Unimed 1

Sejar: \_\_\_\_\_  
Data Esterilização: 11/11/18

DATA VALIDADE: \_\_\_\_\_  
Número da Carga: \_\_\_\_\_  
Autenticação PÉROKIDO | 101 | 01/03/2016

ATENDIMENTO: 666011

## RASTREABILIDADE DO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO

## ITENS REVISADOS

## ITENS EXCLUIDOS

Setor: C.41 E 17, 18, 25, 13  
 Data Esterilização: 12/10/13  
 Data Validade: 12/10/14  
 Número de Carga: 101  
 Autoclave SERCON 0144224920  
 Material: ISQUICELA

Setor: C.41 E 17, 18, 25, 13  
 Data Esterilização: 18/05/13  
 Data Validade: 18/05/14  
 Número de Carga: 101  
 Autoclave SERCON 0144224920  
 Material: GOVIA

## ETIQUETAS

Setor: C.41 E 17, 18, 25, 13  
 Data Esterilização: 12/10/13  
 Data Validade: 12/10/14  
 Número de Carga: 101  
 Autoclave SERCON 0144224920  
 Material: ISQUICELA

Setor: C.41 E 17, 18, 25, 13  
 Data Esterilização: 18/05/13  
 Data Validade: 18/05/14  
 Número de Carga: 101  
 Autoclave SERCON 0144224920  
 Material: ISQUICELA

Setor: C.41 E 17, 18, 25, 13  
 Data Esterilização: 12/10/13  
 Data Validade: 12/10/14  
 Número de Carga: 101  
 Autoclave SERCON 0144224920  
 Material: ISQUICELA

Setor: C.41 E 17, 18, 25, 13  
 Data Esterilização: 18/05/13  
 Data Validade: 18/05/14  
 Número de Carga: 101  
 Autoclave SERCON 0144224920  
 Material: ISQUICELA

Nome Paciente:

**Atendimento:**

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

CO 36277

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

ATENÇÃO PARA OPME RADIODIPOACO FAVOR A  
ESQUECER DE SOLICITAR O RX DE CONTROU

MATERIAL UTILIZADO NA MESA

p 65

Fits utilizados Materias especiales OME

Al-*lão para descrição de Ato Cirúrgico* ; *Al-*lão para descrição de Ato Cirúrgico* ;*

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

1<sup>a</sup> VIA  
CID: 5

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 Atta hospitalar

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

PREScrição: 595335 DATA: 20/05/2018 22:56  
ATEND: 666017-RETIILLY 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

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

SND. 20/05/2018

ANTIBIOTICOS

2 C.C. CEFAZOLINA SODICA (KEFAZOL) 1G PO  
INJ. FA+DIL.10ML  
|> AGUA P/ INJEÇÃO AMP C/ 10ML

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

1 FA C/1G IV 3 x ao dia [20/05] . 22:56 07 14 22  
2 AMP C/10ML [21/05] . 08:56 . 14:56

MEDICAMENTOS

3 C.C. DIPIRONA SODICA (NOVALGINA) 500  
MG/ML AMP 2ML  
|> AGUA P/ INJEÇÃO AMP C/ 10ML

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

1 AMP C/2ML IV 4 x ao dia [20/05] . 22:56 07 09 24  
2 AMP C/10ML [21/05] . 04:56 . 10:56 . 16:56

4 C.C. CETOPROFENO (PROFENID) IV PO LIOF.  
FA C/100MG  
|> CLORETO DE SODIO 0,9% FR. C/100ML  
|> AGUA P/ INJEÇÃO AMP C/ 10ML

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

1 FA C/100MG IV 12hs/12hs [20/05] . 22:56 24/05 09  
1 FRASC C/100ML [21/05] . 10:56 24/05 09

5 C.C. TRAMADOL (TRAMADON OU  
TRAMAL)100MG AMP2ML-IV  
Obs.: SE DOR

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

1 AMPOLA IV M/T/N [20/05] . 22:56  
[21/05] . 08:56 . 14:56

SOS

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

DENIS CABRAL DUARTE  
CRM: 4163

24/05/18 Alta hospitalar às 10h00m - Atmigas

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

Periodo de 20/05/2018 a 20/05/2018

Atendimento: 666017 KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS  
Mãe: SHEILA CALDAS NASCIMENTO  
Internação: 20/05/2018 CID: S924 FRATURA DO HALUX  
Convênio: UNIMED  
Leito: ENFERMARIA 102A  
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nascimento: 26/11/1997  
Unidade: ENFERMARIAS 1º ANDAR  
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 VÉ CONFORTEVÁVEL SEM SUPORTE DE O2, ACIANÓTICA, ANICTERICA, 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. SEGUO SEM QUEIXAS E AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

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

**ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM**

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

HORA	PA (mmHg)	FC (bpm)	T° Axilar	Rpm	DOR	GLICEMIA CAPILAR
06:00	120X80	72	35.8	96%		

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
0	0	0								
0	0	0								
0	0	0								

DRENO E SONDAS				
	Dreno Succión	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 INFUDINDO MEDICAÇÃO ( PROFENID). SEGURO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. 24H PACIENTE ACEITOU BEM A DIETA OFERTADA PELO SND. 02H ADMINISTRADO MEDICAÇÃO DE HORARIO, CONFORME PRESCRITO. 04H PACIENTE SEGURO DORMINDO SEM INTERCORRÊNCIA. 06H ADMINISTRADO MEDICAÇÃO DE HORARIO, VERIFICO SSVV, CONFORME PRESCRITO. 06:30 PACIENTE SEGURO MANTENDO QUADRO, EM USO DE AVP EM MSD INFUDINDO MEDICAÇÃO ( PROFENID). SEGURO 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:	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	Maota Térmica	Aspirador Manual	Desfibrilador	
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 Succção	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 INFUDINDO MEDICAÇÃO (PROFENID). SEGURO 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 INTERCORRÊNCIA. 06H ADMINISTRADO MEDICAÇÃO DE HORARIO, VERIFICO SSVV, CONFORME PRESCRITO. 06:30 PACIENTE SEGUE MANTENDO QUADRO. EM USO DE AVP EM MSD INFUDINDO MEDICAÇÃO (PROFENID). SEGURO 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
MEDICO :	DENIS CABRAL DUARTE	CONV. :	UNIMED
USUARIO:	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	Boebo 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	I	T
0 0	0 0	0 0									
0 0	0 0	0 0									
0 0	0 0	0 0									

**DRENO E SONDAS**

	Dreno Succão	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, BEM MOVIMENTAÇÃO NO LEITO, NEGA COMORBIDADES E ALERGIA MEDICAMENTOSA. EM USO DE AVP E MSD INFUDINDO MEDICAÇÃO. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.  
08H PACIENTE RECEBEU 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

Unimed  
São Paulo

Paciente: Kelly H. B. dos Alhos Furtos Idade: \_\_\_\_\_

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

Paciente Externo:  Não  Sim Origem: CC

Diagnóstico: Sintomas de díodo Clínico  Cirúrgico   
Fratura de Hallux

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- MSE</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 integra:  Sim  Não Especificar local: pé E

Risco de:  Queda  Flebite  Bronco aspiração  UPP

Alergia:  Não  Sim Especificar: Milag

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: ✓ Enf. Setor de Destino: ✓

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

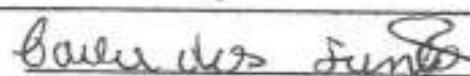
Usuário: CARLA.SANTOS

CID: S924

FRATURA DO HALUX

Procedimento de Alta 52160017 - AMPUTAÇÃO AO NIVEL DO PÉ

Observação de Alta



CARLA DOS SANTOS

SÃO MARCOS HOSPITALAR LTDA- HOSPITAL UNIMED

**Ficha de Cirurgia Descritiva**

Cirurgia: 82355  
Paciente: 8964154  
Nº Atend.: 8  
Data: 420  
Data: 20/05/2018 21:54  
Operatório: S924  
Operador: S924  
Sala: 0002  
KETILLY MYLENA CALDAS FREITAS  
UNIMED  
LEITO 07  
DI. Fim: 20/05/2018 22:54  
FRATURA DO HALUX  
FRATURA DO HALUX

Atendimento: 866017  
Carteira: 08650001818752006  
Idade: 20 Anos

**Procedimentos**

Procedimento: 30722071  
Operatório: 008  
Atend.: UNIMED

**Equipe Médica**

Cirurgião: 4163 DENIS CABRAL DUARTE

**Descrição**

Procedimento Cirúrgico:

PACIENTE EM DOR SOB SEDAÇÃO E BLOQUEIO REGIONAL  
LAVAGEM EXAUSTIVA DA LESÃO  
UTENSÍLIOS ESTEREIS  
DESEBRIDAMENTOS DE TECIDOS DESVITALIZADOS + RESSECÇÃO DE FALANGE DISTAL DO HALUX (AMPUTAÇÃO  
TRAMATICA)  
FECHAMENTO POR PLANOS E REGULARIZAÇÃO DO COTO AMPUTADO  
DURATIVO

Atendente Cirúrgico:

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](http://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

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

**Processo autuado sob o nº. 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.

**Reis & Silva**  
Aracaju/SE, 01 de fevereiro de 2019.

**Bel. Heitor Santana da Silva**  
OAB/SE 7.137

AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO DE EXCLUSIVA  
 RESPONSABILIDADE DA EMPRESA PAGADORA.  
  
 Valor Salário Base: 1.047,00  
 Valor FGTS: 0,00  
  
 TOTAL LÍQUIDO 85,07  
  
 0491 Seguro de Vida 2.43  
 0319 PPR Liquido 208,33  
 TOTAL DOS CREDITOS 295,83  
 0316 PPR 295,83  
 COD. DESCRICAO VALOR  
 MES REF.: 07/2018 NRO.LOTE: 00000123  
 DADOS DO CONTRAVENTE:  
  
 VALOR FGTS ..... 0,00  
 BASE FGTS ..... 0,00  
 BASE IRRF PPR ..... 0,00  
 BASE IRRF FERIAS ..... 0,00  
 BASE IRRF 13.O ..... 0,00  
 BASE IRRF SALARIO ..... 0,00  
 BASE INSS 13.O ..... 0,00  
 BASE INSS ..... 0,00  
 BASES/DEPÓSITOS FGTS .....  
 PERÍODO GOZO: 01.01.0001 A 01.01.0001  
 01.01.0001 A 01.01.0001  
 PERÍODO AQUISITIVO FERIAS:  
 BANCO:237 AGENCIA: 3162 CONTA:0022192-9  
 N. FALTAS PERÍODO DE FERIAS: 00  
 SALARIO BASE: 1.047,00  
 DEP IRRF: 00 DEP SAL.F:00 HORAS SEM:44  
 DATA DE PAGAMENTO: 30 07.2018  
  
 PIS/PASEP:164.758.476/16 CTPS: 058806-02  
 CPF: 057.773.735-00 RG: 37 140.302-  
 MATRÍCULA: 000007607-7 ADMISSAO:08/08/17  
 CARGO:AUXILIAR PRODUGAO  
 DADOS DO FUNCIONÁRIO:  
 CNPJ: 1.641.045/0009-65  
 YAZAKI DO BRASIL  
 DADOS DA EMPRESA:  
 BANCO:237 AGENCIA:3162 TERM: 00024220  
 23/08/2018 HORA:15:37 TRANS:359956  
  
 PAGAMENTO MENSAL  
 COMPROMISSO SALARIAL  
  
 15:37:11 (Horario de Brasil) 1D:73920001-1296  
 \*\*\*\*\*3107  
  
 0024220 C.CML R TURISTA 23/08/2018  
 ----- DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO -----



**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](http://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 gratuitade 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](http://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

AVISO DE  
RECEBIMENTO

Digital



## DESTINATÁRIO

DPVAT SUPERVISAO ANALISE DE SINISTRO  
RUA: SENADOR DANTAS nº 74, 5º ANDAR. CENTRO.  
20010000 - RIO DE JANEIRO - RJ



CARIMBO  
UNIDADE DE ENTREGA

RECORTE DE MARCA  
5 FEV 2013  
JJ

AR984606114SG



## 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

1º \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ : ATENÇÃO:  
2º \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ :  
3º \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ : 15 FEV 2013

**SEGURADORA CEDER**  
tentativa,  
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

*Maicon Mendonça de Lima*  
NOME LEGÍVEL DO RECEBEDOR: RG: 20.748.102-9

DATA DE ENTREGA

Nº DOC. DE IDENTIDADE