



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU**  
**Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Dados do Processo**

Processo: 202040600106  
Número Único: 0003453-32.2020.8.25.0001  
Classe: Procedimento Comum  
Situação: Andamento  
Processo Origem: \*\*\*\*\*

Distribuição: 27/01/2020  
Competência: Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito  
Fase: POSTULACAO  
Processo Principal: \*\*\*\*\*

**Assuntos**

- DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO - Partes e Procuradores - Assistência Judiciária Gratuita  
- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

**Dados das Partes**

Requerente: JOSÉ BISPO DOS SANTOS  
Endereço: RUA VENEZUELA  
Complemento:  
Bairro: AMERICA  
Cidade: ARACAJU - Estado: SE - CEP: 49080530  
Advogado: EDNALDO BEZERRA DA SILVA JUNIOR 11154/SE  
Requerido: SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT  
Endereço: RUA SENADOR DANTAS  
Complemento: 5º ANDAR  
Bairro: CENTRO  
Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20031205



Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe

**VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU**  
**Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Processos Apenasdos:**

--

**Processos Dependentes:**

--



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU  
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**PROCESSO:**

202040600106

**DATA:**

27/01/2020

**MOVIMENTO:**

Distribuição

**DESCRIÇÃO:**

Registro eletrônico de Processo Judicial sob nº 202040600106, referente ao protocolo nº 20200127004000012, do dia 27/01/2020, às 00h40min, denominado Procedimento Comum, de Assistência Judiciária Gratuita, Invalidez.

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Sim



EXCELENTESSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA \_\_\_\_ VARA CIVEL DA COMARCA DE ARACAJU/SE

**JOSE BISPO DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, pintor, portador do RG nº 5551463, inscrito no CPF nº 150.379.835-68, residente e domiciliado na Rua Venezuela, 125, Aracaju/SE, CEP 49080-530, por seu procurador signatário, vem respeitosamente perante Vossa Excelência, propor a presente:

### **AÇÃO DE COBRANÇA**

em face da **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**, pessoa jurídica de Direito Privado, CNPJ: 09.248.608/0001-04, com sede na Rua Senador Dantas, N.º 74, 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20.031-205, pelos motivos de fato e de direito que passa a expor:

#### **I. DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA:**

A parte autora é hipossuficiente, labora como armador, é pessoa humilde, assim, não dispõe de condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem que com isso incorra em prejuízo ao seu sustento e ao de sua família.

Dessa forma, faz-se necessário conceder e desde já se requer, a concessão do benefício da GRATUIDADE DA JUSTIÇA, com base no que vaticina a Lei nº 1.060/50, art. 98 e seguintes do NCPC, uma vez que o indeferimento de tal benefício impedirá a parte demandante de ter acesso à justiça.

#### **II. DOS FATOS:**

A parte autora no dia 06 de Fevereiro de 2017, conforme consta no registro de ocorrência policial, sofreu acidente de trânsito na Avenida Augusto Maynard quando estava atravessando a referida Avenida e foi atropelado por um veículo não identificado. Do evento restou lesões no demandante consideravelmente graves que necessitam de perícia médica para análise da gravidade, tendo a principal sido uma fratura em sua perna esquerda.

**Posteriormente ao fato, o requerente foi encaminhado para atendimento médico, tudo em virtude da gravidade dos ferimentos.**

Portanto, possuindo direito assegurado em Lei, o segurado buscou amparo através de pedido de indenização junto à SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT. Juntamente com os documentos pertinentes, legalmente previstos e que são costumeiramente solicitados pela ré, requerendo administrativamente a quantia a que faz jus em decorrência do Seguro Obrigatório (DPVAT/INVALIDEZ), o requerente teve seu pedido cadastrado conforme o **protocolo de entrega de documentos em anexo**.



Certo do recebimento da indenização em conformidade com a gravidade de sua invalidez, a parte autora aguardou resposta da ré, tamanha fora a surpresa desta quando informada pela seguradora que **seu pedido de indenização foi pago em valor menor a qual realmente teria direito em razão da gravidade da sua sequela**, sendo então necessário a realização de perícia para tal constatação.

Ou seja, todos os documentos médicos levam ao entendimento de que foram consideráveis as perdas funcionais e dificuldades físicas remanescentes, porém, a parte ré nega, sumariamente, a análise dos mesmos, adotando entendimento diverso do claramente previsto na legislação que trata do tema.

Dessa forma, resta claro que fora buscado através de procedimento administrativo solucionar a questão e receber a indenização correta, porém, tudo foi em vão, não havendo outra forma do demandante alcançar o seu direito a não ser com a intervenção judicial, através da quantificação do valor devido e consequente condenação da ré ao pagamento deste.

### III. DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS:

Tem-se que a parte autora ajuizou a presente ação fundada no direito assegurado pela Lei nº LEI Nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, prevendo esta a indenização por danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre.

O seguro DPVAT, comumente conhecido como seguro obrigatório, cumpre importante função social, dando um amparo mínimo às pessoas vítimas de acidente de trânsito. Foram os riscos existentes no trânsito que obrigaram o legislador a estabelecer uma espécie de seguro.

A Lei 6.194/1974 instituiu no sistema jurídico brasileiro o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre – DPVAT. Posteriormente, a Lei 8.441/1992 veio ampliar a indenização, com o intuito de torná-la mais compatível com o fim ao qual se destina.

Importante citar trecho encontrado no próprio site da demandada in verbis:

O Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, mais conhecido como Seguro DPVAT, existe desde 1974. É um seguro de caráter social que indeniza vítimas de acidentes de trânsito, sem apuração de culpa, seja motorista, passageiro ou pedestre. O DPVAT oferece coberturas para três naturezas de danos: morte, invalidez permanente e reembolso de despesas médicas e hospitalares (DAMS).

A atual responsável pela administração do Seguro DPVAT é a Seguradora Líder-DPVAT, que tem o objetivo de assegurar à população, em todo o território nacional, o acesso aos benefícios do Seguro DPVAT.

O pagamento da indenização é feito em conta corrente ou poupança da vítima ou de seus beneficiários, em até 30 dias após a apresentação da documentação necessária. O valor da indenização é de R\$ 13.500 no caso de morte e de até R\$ 13.500 nos casos de invalidez permanente, variando conforme o grau da invalidez, e de até R\$ 2.700 em reembolso de despesas médicas e hospitalares comprovadas. O prazo para solicitar a indenização por Morte é de até 3 anos contados da data do óbito. Para despesas médicas (DAMS): a contagem do prazo prescricional se inicia a partir da data do acidente. No caso de indenização por Invalidez Permanente este prazo é de 3 anos a contar da ciência da Invalidez Permanente pela vítima.



Os recursos do Seguro DPVAT são financiados pelos proprietários de veículos, por meio de pagamento anual. Do total arrecadado, 45% são repassados ao Ministério da Saúde (SUS), para custeio do atendimento médico-hospitalar às vítimas de acidentes de trânsito em todo país. 5% são repassados ao Ministério das Cidades (DENATRAN), para aplicação exclusiva em programas destinados à prevenção de acidentes de trânsito. Os demais 50% são voltados para o pagamento das indenizações e reservas.

Sendo assim Excelência, fazem jus ao recebimento de indenização coberto pelo seguro DPVAT, todas as vítimas de acidente de trânsito que se enquadrem nas hipóteses previstas no art. 3º da Lei 6.194/74.

Cite-se o art. 3º do referido diploma legal in verbis:

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

*I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;*

*II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e*

*III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.*

Em consonância com a Lei e enquadrando-se no caso em tela, importante se faz mencionar, Jurisprudência do Egrégio Tribunal de Justiça deste Estado, deixando evidente e indiscutível o direito ao qual pleiteia a demandante:

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. INVALIDEZ PERMANENTE. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO DEVIDA. GRADUAÇÃO DA INVALIDEZ. 1. Demonstrada a ocorrência do acidente e da invalidez permanente da parte autora, nos termos do art. 5º, caput, da Lei nº 6.194/74, é devida a indenização securitária. 2. Graduação da invalidez. Mostra-se necessária a graduação da invalidez para fins de cobrança do seguro obrigatório DPVAT. Questão pacificada em razão do julgamento do REsp 1.246.432, submetido ao regime dos Recursos Repetitivos (art. 543-C do Código de Processo Civil) e Súmula 474 do STJ. 3. Complementação de indenização devida, considerando o grau de invalidez apurado na perícia judicial e o pagamento administrativo realizado. 4. Correção monetária incidente a partir do pagamento administrativo. Sentença reformada, no ponto. 5. Distribuição da sucumbência mantida, considerado o decaimento das partes. APELAÇÃO PARCIALMENTE PROVIDA. (Apelação Cível Nº 70069102705, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Isabel Dias Almeida, Julgado em 29/06/2016). (grifou-se).

APELAÇÃO. SEGUROS. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). INDENIZAÇÃO PAGA NA VIA ADMINISTRATIVA. COMPLEMENTAÇÃO DEVIDA. Presente prova de que a extensão das lesões é superior ao constatado na perícia administrativa, imperiosa se faz a complementação da indenização securitária decorrente do seguro obrigatório DPVAT. Precedentes. APELO DESPROVIDO. UNÂNIME. (Apelação Cível Nº 70067253906, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Rinez da Trindade, Julgado em 07/04/2016). (grifou-se).



APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. INVALIDEZ PERMANENTE. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO DEVIDA. GRADUAÇÃO DA INVALIDEZ. 1. Demonstrada a ocorrência do acidente e da invalidez permanente da parte autora, nos termos do art. 5º, caput, da Lei nº 6.194/74, é devida a indenização securitária. 2. Graduação da invalidez. Mostra-se necessária a graduação da invalidez para fins de cobrança do seguro obrigatório DPVAT. Questão pacificada em razão do julgamento do REsp 1.246.432, submetido ao regime dos Recursos Repetitivos (art. 543-C do Código de Processo Civil) e Súmula 474 do STJ. 3. Complementação de indenização devida, considerando o grau de invalidez apurado na perícia e o pagamento administrativo realizado. 4. Descabida correção do valor da indenização do seguro DPVAT. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO, EM DECISÃO MONOCRÁTICA. (Apelação Cível Nº 70066950957, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Isabel Dias Almeida, Julgado em 10/02/2016) (grifou-se).

Dessa forma, comprovado o acidente de trânsito, restando o demandante com lesões que lhe causaram invalidez parcial permanente, é incontestável o direito do mesmo ao recebimento de indenização correspondente ao grau de sua invalidez, conforme entendimento do Respeitável Superior Tribunal de Justiça in verbis:

#### Súmula 474

"A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez."

**Para tanto, conforme tabela abaixo, faz-se necessário o correto enquadramento da invalidez acometida pela parte autora, procedimento este a ser alcançado através de perícia médica a ser designada por Vossa Excelência.**

Ante o exposto, em consonância com o previsto na lei 6.194/74, merece acolhimento o pleito autoral, a fim de que seja condenada a parte ré ao pagamento de indenização do seguro DPVAT à parte autora, montante este a ser quantificado através da avaliação dos documentos médicos juntados aos autos e realização de eventual perícia médica. Ainda, com valor corrigido pelo IGP-M a contar da data do sinistro.

#### 3.2 DA POSSIBILIDADE DO PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO NO CASO DE PAGAMENTO ATRASADO DO PRÊMIO

A negativa de pagamento por parte da ré, não encontra nenhum amparo legal, é aplicada em desacordo com a legislação que trata do assunto, bem como, vai de encontro a entendimento já sumulado pelo Egrégio Superior Tribunal de Justiça, ainda, contraria farta jurisprudência que trata do tema.

Cite-se os dispositivos da lei 6.194/74 e que claramente dão amparo à pretensão autoral:



*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.*

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

Ainda, cite-se SUMULA 257 DO STJ:

*A falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) não é motivo para a recusa do pagamento da indenização.*

Ademais, cite-se entendimento do R. Tribunal de Justiça deste Estado:

*RECURSO INOMINADO. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DPVAT. PAGAMENTO ATRASADO DO PRÊMIO QUE NÃO IMPORTA EXCLUSÃO AUTOMÁTICA DA COBERTURA. SÚMULA N. 257 DO STJ. NEXO CAUSAL ENTRE O DANO E DESPESAS COMPROVADO. CORREÇÃO MONETÁRIA COM PREVISÃO NA SÚMULA N. 14 DAS TURMAS RECURSAIS. SENTENÇA QUE DETERMINOU CORREÇÃO MONETÁRIA A PARTIR DO INDEFERIMENTO ADMINISTRATIVO, O QUE, NA HIPÓTESE, EQUIVALE À DATA DO PAGAMENTO PARCIAL. RECURSO DESPROVIDO. (Recurso Cível Nº 71007740095, Quarta Turma Recursal Cível, Turmas Recursais, Relator: LuisAntonioBehrensdorf Gomes da Silva, Julgado em 19/09/2018).*

*APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. INVALIDEZ PERMANENTE. PAGAMENTO DO PRÊMIO. DESNECESSIDADE. SÚMULA 257 DO STJ. DESPESAS MÉDICAS. COMPROVAÇÃO. 1. Não é necessária a comprovação do pagamento do prêmio para a cobrança do seguro DPVAT. Inteligência da Súmula n. 257 do STJ. 2. Despesas médicas. O artigo 3º, III, da Lei nº 6.194/74 estabelece que é devido o reembolso das despesas devidamente comprovadas. Comprovado o nexo causal entre o acidente narrado e os gastos médicos efetuados em quantia superior, deve ser determinado o resarcimento. APELO DESPROVIDO. (Apelação Cível Nº 70078649712, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Isabel Dias Almeida, Julgado em 26/09/2018) (grifei).*

*APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. INVALIDEZ PERMANENTE. PAGAMENTO DO PRÊMIO. DESNECESSIDADE. SÚMULA 257 DO STJ. CORREÇÃO MONETÁRIA. DATA DO SINISTRO. 1. Não é necessária a comprovação do pagamento do prêmio para a cobrança do seguro DPVAT. Inteligência da Súmula n. 257 do STJ. 2. Correção monetária. Incidência desde a data do sinistro. Súmula n. 580 do STJ. APELAÇÃO DESPROVIDA. (Apelação Cível Nº 70078447521, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Isabel Dias Almeida, Julgado em 26/09/2018) (grifei).*

*APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. SÚMULA 257 DO STJ. FALTA DE PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIAS TERRESTRES (DPVAT). RECUSA DO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO DESCABIDA. Trata-se de ação de cobrança, relativa à indenização do seguro obrigatório previsto na Lei nº 6.194/74 (DPVAT).*



convertida na Lei nº 11.945/2009, julgada procedente na origem. A matéria trazida em grau recursal diz respeito tão somente a alegação de inaplicabilidade da Súmula 257 do STJ. O egrégio STJ, já consolidou o entendimento através da Súmula 257 do egrégio STJ, de que a falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) não é motivo para a recusa do pagamento da indenização. Sentença mantida com a condenação da seguradora ao pagamento de indenização. APELAÇÃO DESPROVIDA (Apelação Cível Nº 70078371598, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Nilton Carpes da Silva, Julgado em 30/08/2018). (grifei).

Ante todo o exposto, em consonância com o previsto na lei 6.194/74, merece acolhimento o pleito autoral, a fim de que seja condenada a parte ré ao pagamento de indenização do seguro DPVAT à parte autora, independentemente do momento em que o prêmio do seguro foi quitado.

#### IV. DOS PEDIDOS:

ANTE O EXPOSTO, evidenciados o interesse e a legitimidade da parte autora para o ajuizamento da presente ação, bem assim a possibilidade jurídica do pedido e preenchidos todos os requisitos da petição Inicial, previstos no artigo 319 do Código de Processo Civil, REQUER:

4.1. Nos termos da Lei 1.060/50 e Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil, considerando que a parte autora não dispõe dos recursos para custear o processo, sem prejuízo do seu sustento ou de sua família, os benefícios da assistência judiciária gratuita;

4.2. Seja recebida a presente, cadastrada e conforme Art. 246 inc. I do Código de Processo Civil, determine-se a citação da demandada no endereço já citado no preâmbulo desta Ação, através de carta AR/MP na pessoa de seu representante legal, para vir responder, querendo, no prazo legal, a presente ação, sob pena de revelia, quando, então ao final, deverão ser julgados procedentes os pedidos;

4.2.1. Conforme previsão no Art. 319 VII do Código de Processo Civil, a parte autora desde já manifesta que não possui interesse na realização de audiência de conciliação;

4.3. Se digne Vossa Excelência em nomear perito, conforme art. 465 do Código de Processo Civil, a fim de que em conjunto com os documentos carreados aos autos, se quantifique o real valor devido à autora a título de indenização DPVAT;

4.4. Devidamente processado o feito, com o respeito ao devido processo legal, seja a presente ação julgada PROCEDENTE para:

4.4.1. Que se declare devido à parte autora o pagamento da indenização do seguro DPVAT – Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, com valor a ser quantificado após **realização de perícia médica**.

4.4.2. Condenar a demandada ao pagamento de indenização referente ao seguro DPVAT - INVALIDEZ, com valor a ser quantificado após realização de perícia técnica.

4.4.3. Condenar a demandada ao pagamento do reembolso de despesas médicas e hospitalares no valor de R\$ 180,00 (cento e oitenta reais), conforme nota fiscal em anexo.



4.4.4. Condenar a ré ao pagamento de custas judiciais e honorários advocatícios a serem arbitrados por Vossa Excelência;

5. Requer ainda, a produção de todos os meios de prova admitidos em lei, especialmente prova pericial, documental e outras que se fizerem necessárias no decorrer da instrução processual.

Dá se a causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil quinhentos reais).

Termos em que,  
pede deferimento.

Aracaju/SE 27 de Janeiro de 2020

Ednaldo Bezerra da Silva Júnior  
OAB/SE 11.154



COMPANHIA DE SANEAMENTO DE SERGIPE  
SEDE: Rua Campo do Brizo, 351, 13 de Julho, Aracaju-SE, 49025-320

CNPJ: 13.018.171/0001-80 - INSC. EST. 27.051.036-2

FATURA MENSAL  
\*\*\* ANEXO AVISO DE CORTE \*\*\*

Matrícula

028963.9

Nome do Cliente

JACKELINE SANTOS M. FREIRE

CEP:

\*\*\*\*\*

Endereço

RUA VENEZUELA, 125, ARACAJU, 49080-530

Grupo/Serviço/Localizada	Data da Leitura	Habituado	Classificação / Economia
015001/00248	04/10/2017	A10F142875	RES: 1

Leit. Anterior 1471  
 Leit. Atual 1485  
 Consumo Faturado (m3) 14  
 Média de consumo (m3) 10  
 Ocorrência da Leitura 04/09/17  
 Data da Leit. Anterior 04/09/17  
 Dias de Consumo 0,33  
 Média diária (m3) 0,33  
 Previsão para Próx. Leit. 03/11/17  
 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Serviços	Valor
ÁGUA	62,52
ESGOTO	50,01
080 MULTA P/IMPONTUALIDADE	1,46
091 JUROS DE MORA	0,48
094 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	0,11

Mês Referência: 10/2017 VENCIMENTO: 17/10/2017 TOTAL A PAGAR RS: 114,58

OUTUBRO ROSA: DECLARE SEU AMOR A VOCÊ MESMA. PREVINA-SE DO CÂNCER DE MAMA!

A falta de pagamento dessa fatura (30 (Trinta) dias após seu vencimento) implicará na interrupção do fornecimento de serviços - art. 91, Decreto Lei nº 27.565/2010.

CANais DE ATENDIMENTO: 0800 079 0195 - SAC: 4020-0195  
AGÊNCIA VIRTUAL: [www.deso-se.com.br/agencia/virtual](http://www.deso-se.com.br/agencia/virtual)

Qualidade de Água Distribuída (Decreto Federal nº 5.440/2005 – Anexo I)

Parâmetro	Turidez	Cor	Cloro	Fluor	Calcareos/Total	Escrachado Col.
Nº Mínimo de Amostras Exigidas	239	67	239		239	
Nº de Amostras Analisadas	376	376	376	376	376	376
Nº Mínimo de Amostras analisadas (Decreto Federal nº 5.440/2005)	320	341	360		375	375

Poder Autentizar no Verso



**DESO**  
COMPANHIA DE SANEAMENTO DE SERGIPE

COMPROVANTE DA DESO

Matrícula

028963.9

Vencimento

17/10/2017

Mês/Año

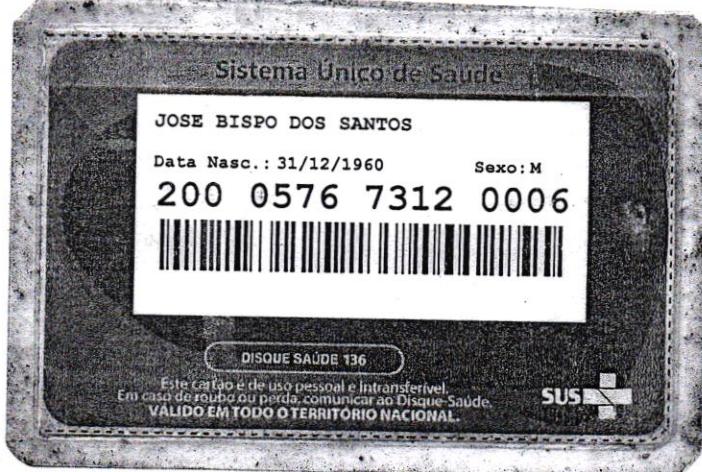
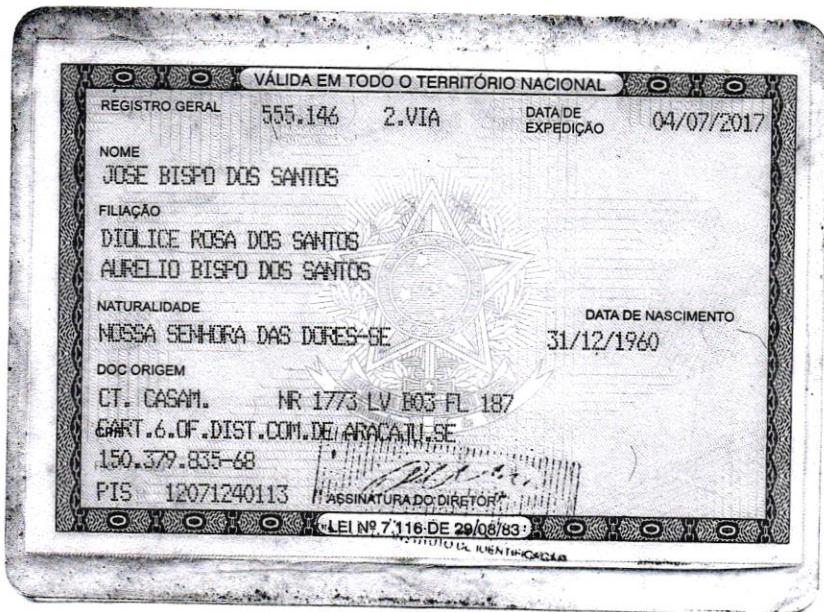
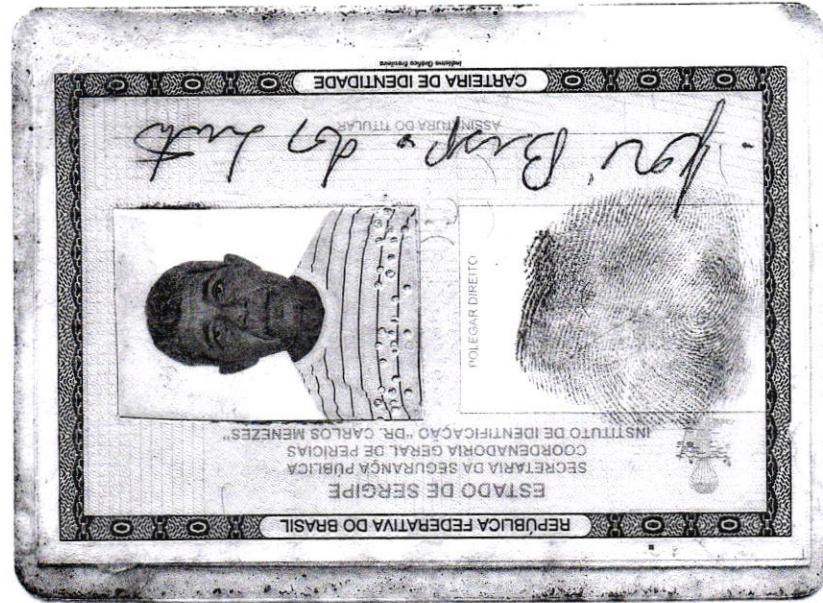
10/2017

TOTAL A PAGAR RS

114,58

826100000015 145800418207 028963910204 171028963915





## TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: [WWW.MTE.GOV.BR](http://WWW.MTE.GOV.BR)

## MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

### CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

120.71240.11-3

NÚMERO

9213667

SÉRIE

0050

UF

SE

*Jose Bispo dos Santos*

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



03

## QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



### JOSE BISPO DOS SANTOS

FILIAÇÃO: DIOGENE ROSA DOS SANTOS  
AURELIO BISPO DOS SANTOS  
NASCIMENTO: 31/12/1960  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
NATURALIDADE: NOSSA SENHORA DAS DORES - SE  
DOCUMENTO: R.G. - 555146 - 04/07/2017 - SSP - SE

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995  
CNH:.....  
SEÇÃO: 0019  
ZONA: 027

CPF: 150.379.835-68

TIT. ELEITOR: 000586822100

LOCAL DE EMISSÃO: SRT/SE - ARACAJU

DATA DE EMISSÃO: 16/01/2018

*CETE/CN*  
CELESTINA CRUZ NORAIRES KRAUSS  
Superintendente Regional do Trabalho e Emprego  
Assinatura do Titular

## ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

### FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /  
DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

### NO ME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

### NO ME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

### NO ME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

L E G E N D A  
A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO  
B - SÉP. JUDICIAL | D - ADOÇÃO | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA



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

POLÍCIA ON-LINE

SUA VOZ PODE  
CALAR O CRIME

SUA IDENTIDADE PRESERVADA, SUA SEGURANÇA GARANTIDA



ARCHITETURA DE ESTADO  
DA SEGURANÇA PÚBLICA



SERGIPE  
ESTADO DA PECINA



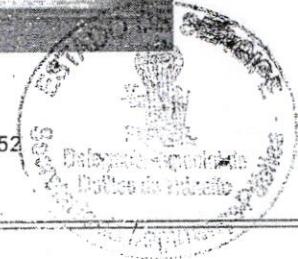
DISQUE DENÚNCIA

181

DELEGACIA ESP. DE DELITOS DE TRÂNSITO

AVENIDA AUGUSTO MAYNARD 552, SAO JOSE FONE: (079)3211-7552

Boletim de Ocorrência 2017/06515.0-000382



DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA ESP. DE DELITOS DE TRÂNSITO

Endereço: AVENIDA AUGUSTO MAYNARD 552, SAO JOSE FONE: (079)3211-7552

FATO

Natureza: LEI 9.503/97 - LESAO CORPORAL CULPOSA NA DIRÉCAO DO VEICULO

Data e Hora do Fato: 06/02/2017 - 15:30 até 06/02/2017 - 15:30

Endereço: AV. JOSÉ DA SILVA RIBEIRO FILH Número: Complemento: CEP: 49000-000

Bairro: AMÉRICA Cidade: ARACAJU - SE Circunscrição: DELEGACIA ESP. DE DELITOS DE TRÂNSITO

Tipo de local: VIA PÚBLICA Meio Empregado: OUTRO

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: JOSE BISPO DOS SANTOS

Nome do pai: AURELIO BISPO DOS SANTOS Nome da mãe: DIOLICE ROSA DOS SANTOS

Pessoa: Física CPF/CFC: 150.379.835-68 RG: 5551463 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: NOSSA SENHORA DAS DORES Data de nascimento: 31/12/1960 Sexo: Masculino Cor da cutis: Não informado

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

Endereço: RUA ESTADOS UNIDOS Número: 118 Complemento: CASA

CEP: 49.000-000 Bairro: AMÉRICA Cidade: ARACAJU UF: SE

Proximidades: Telefone: 7999810-4762

PERÍCIAS E ATENDIMENTO HOSPITALAR

Perícia: IML Guia de Exame

Descrição: Lesões corporais. - JOSE BISPO DOS SANTOS

HISTÓRICO

Relata a vítima que ia atravessando a referida avenida, sentido sul/norte, e quando chegou próximo ao cruzamento com a rua Paraíba, foi atropelado por um veículo não identificado, visto que este evadiu-se do local, tendo sofrido escoriações e fratura na perna esquerda. Informa que foi socorrido pelo SAMU.

Data e hora da comunicação: 10/02/2017 às 17:09

,Ultima Alteração: 12/06/2017 às 08:53.

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.

JOSE BISPO DOS SANTOS  
Responsável pela comunicação

Daniela Ramos Lima Barreto  
Delegado(a) de Polícia

Raimundo Renato Valenca Junior  
Responsável pelo preenchimento

Carlos Kuriro Ribeiro de Almeida  
Escrivão de Polícia Judiciária

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

DATA DA ENTRADA:

DATA DA SAÍDA:

INTERNAMENTO:

PS ( )

ENFERMARIA ( )

UTI ( )

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente vítima de queda de próstata alterne, após a prolapso, com hérone em tonsilas e elevação com edema local. Medicados, instabilizadas. Recebeu alta.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

?

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx tonsilas c

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Samuel Machado

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

ARACAJU, 10 de abril de 2018

Ana Lúiza Pinheiro Barreto  
Especialista em UTI  
CRM 789  
CPF 138 478 565-53

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO/SAME/HUSE

Rx

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1485557

DATA: 06/02/2017 HORA: 16:51 USUARIO: CMSLEITE

CNS:

SETOR: 06-SUTURA

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE BISPO DOS SANTOS

DOC... SEM DOCUMENTO

IDADE.....: 50 ANOS NASC: 00/00/0000

SEXO: MASCULINO

ENDERECO.....:

NUMERO:

COMPLEMENTO....:

BAIRRO: AMERICA

UF: SE

CEP....:

MUNICIPIO....: ARACAJU

TEL....:

NOME PAI/MAE...:

RESPONSAVEL....: TRAZIDO PELO SAMU

TRAUMA: SIM

PROCEDENCIA....: AMERICA

ATENDIMENTO....: VITIMA DE ATROPELAMENTO

CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO

ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

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

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

## DADOS CLINICOS:

## DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

Bueno rétimo de queda do próprio ônibus no canto do ojo com trauma em tornozelo esquerdo frustam com edema local. Abdomen pleno flácido instável. Presente sensação de impeto descolado.

## ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

## DIAGNOSTICO:

CID:

## PRESCRICAO

## HORARIO DA MEDICACAO

1) Flutolanem 75mg TM 1x/oo  
2) Rx tornozelo (2) 2P

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO

[ ] DESISTENCIA

[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

## TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS

[ ] FAMILIA

[ ] IMI [ ] ANAT. PATOL.

De: Senhor [redacted]  
Médico  
Data: 06/02/2017  
HORAS: 16:51

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CORRIBO DO MEDICO

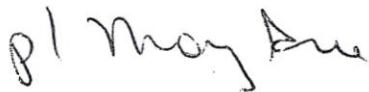
## **RELATÓRIO 01249 / 2017 REFERENTE À OCORRÊNCIA**

**NÚMERO: 1702060323 / ESUS – SAMU**

O SAMU 192 SERGIPE foi acionado às 15h15min do dia 06 de Fevereiro de 2017, para atendimento de vítima identificada como **José Bispo dos Santos**, com relato de **atropelamento**, no município de Aracaju.

A equipe da **Unidade de Suporte Básico – Socorro**, removeu a vítima para **Hospital de Urgência de Sergipe - HUSE** no município de Aracaju, onde deixou o paciente aos cuidados da equipe.

Aracaju, 08 de Setembro de 2017



Tiemi S. M. Oki Fontes  
Coordenadora Médica  
SAMU 192 - Sergipe  
CRM 4553

**Tiemi Sayuri Menezes Oki Fontes**

**Coordenadora Médica**

**SAMU 192 SERGIPE**



**FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA  
Hospital de Clínicas “Dr Augusto Leite”**

**Comunicado de Utilização de Órtese, Protese e Material Especial (OPME)**

**CENTRO CIRÚRGICO**

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: José Bispo dos Santos Matrícula: 986626

Enfermaria: \_\_\_\_\_ Convênio: SUS

Diagnóstico: Frat. fornezelò

Procedimento realizado: Ruedas de Secado

Data da Utilização: 10/03/17

## IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome: ① N. Antônio Soárez  
CRM:

Dr. Antonio B. Llan Arce  
Ortopedia - Traumatología  
CRM 2008 - TEO 7632

## IDENTIFICAÇÃO DOS PRODUTOS

Código INSS / SIMPRO	Quantidade Utilizada	Descrição dos produtos
	01	placa 113 tubular de 26 mm
	03	parafuso botão
	02	parafuso estrelado

## IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

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

CONTROLE DA FARMÁCIA

Data do recebimento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.  
Farmacêutico: \_\_\_\_\_

## 1º VÍA - Prontuário

2ª via – Fornecedor

3<sup>a</sup> via - Farmácia



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

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

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: José Bispo dos Santos Matrícula: 986626

Enfermaria: \_\_\_\_\_ Convênio: SIS

Diagnóstico: Erat-formigo

Procedimento realizado: Riel c/ óculos

Data da utilização: 10/03/17

## **IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO**

## IDENTIFICAÇÃO DOS PRODUTOS

#### IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

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

## CONCORTE DA FARMÁCIA

Data do recebimento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## 1º v/g - Prontuário

2<sup>a</sup> via - Fornace da...

3<sup>a</sup> via - Farmácia



HOSPITAL DE CLÍNICAS "DR. AUGUSTO LEITE"

## RELATÓRIO DO ATO CIRÚRGICO

UNIDADE:

PACIENTE:

JOSE ASPP SOS SPNM

MATRÍCULA:

IDADE:

CONVÉNIO:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

CIRURGIA REALIZADA:

RSPI

CIRURGÃO:

DR. AUGUSTO LINS

AUXILIAR:

ANESTESIOLOGISTA:

DR. ISIDRO

AUXILIAR:

AUXILIAR:

ANESTESIA UTILIZADA:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

TRONCO BIMALCOLAR TUR 2D

## EQUIPAMENTOS



B. E. / BIPOLAR



TRÉPANO ELÉTRICO



SERRA ELÉTRICA



MICROSCÓPIO CIRÚRGICO



FONTE DE LUZ / FIBRA ÓTICA

## DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO:

- 1 ARTROSCO - ANTERIOR
- 2 COLORAGEM ESTIMOS
- 3 INCISÃO MEDIAL TORACOSCO
- 4 REMOÇÃO FRAGMENTOS MUSCULOS TÍBIAS
- 5 FIXADORES C/ POKA WIRE
- 6 LIGADURA VENAS TORACOSCO
- 7 REMOÇÃO FRAGMENTOS MUSCULOS FIBROSOS
- 8 BRAJIN C/ PLACA I POKA WIRE

10/03/17

DATA  
MÓD. 042-HCAL

ASSINATURA DO CIRURGIANO

Dr. Antonio E. Lins  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 1689 - TEOT 6824

**PACIENTE:**

JORÉ BISPO DAS LOMAS

MATRÍCULA:

1136

REF ID: A

**APTO:** **QUARTO:** **ENFERM.** **LEITO:** **CONVENIO:**

DATA 11  
HORA

EVOLUÇÃO

**Dr. Antônio S. Lari Arcanjo**  
CRM 2509 - Traumatólogo  
CEP 66220-000 - TEOT

RAIOS X / FBHC DATA 07/03/04 F

~~INCIDENCIAS~~ ✓ VISTO TÉCNICO



CIRURGIA

HOSPITAL DE CLÍNICAS  
“DR. AUGUSTO LEITE”

Data: 10/03/17 Convênio:

Matrícula:

Paciente: Sebastián BLOOMBERG  
Información: 11111111111111111111111111111111

20

2	Dieta livre	
3	Soro fisiológico 1000 ml E.V. 20 gotas por minuto	500
4	Cefalotina 01 gr E.V. de 6/6 horas.	120 120 120 120
5	Dipirona 02 ml em 08 ml soro fisiológico E.V. de 6/6 horas.	120 120 120 120
6	Cetoprofeno 100 mgs + 100 ml de soro fisiológico E.V. de 12/12hrs	120 120 120 120
7	Tramal 100 mgs. + 100 ml de soro fisiológico E.V. de 6/6 hrs.	080 080 080 080
8	Cuidados gerais.	20 20 20 20
<b>2. Cuidados de Enfermagem</b>		
<i>Maria Isabel Mota</i> Téc. de Enfermagem CORENSE 001.138.707 MOT0914		
<i>Adriano E. Lameira</i> Téc. de Enfermagem CORENSE 001.138.707 MOT0914		
<i>Gouveia</i>		
<i>Sônia</i>		
Recebimento da Farmácia:		
Hora: _____ Funcionário _____		
Entrega na Unidade:		
Hora: _____ Funcionário _____		

Dr. Antônio E. Lobo  
C.R.P. 2010 - TEOR  
G.R.M.

Mario Isoldi Moto  
Tec. de Interlagos  
CORENSE 001.1387  
KTO-347

*Recebimento da Farmácia:*  
Hora: \_\_\_\_\_ Funcionário  
*Entrega na Unidade:*  
Hora: \_\_\_\_\_ Funcionário

*Joelma F Gouveia*





281710054638-1

AR



LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

Nº DO ATENDIMENTO: 988927 N° DO LAUDO: N° DO LAUDO SUPLEMENTAR: N° DO CARTÃO SUS OU CPF: 200057673120006/15037983568

986626

DADOS DO ATENDIMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE

UNIDADE DE ORIGEM: FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA  
UNIDADE DE DESTINO: FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

CÓDIGO DA UNIDADE

CNPJ  
13.016.332.0001-06

CÓDIGO DA UNIDADE

CNPJ  
13.016.332.0001-06

DADOS DO PACIENTE

NOME DO(A)PACIENTE: JOSE BISPO DOS SANTOS

DATA DO NASCIMENTO: 31/12/1960

NOME DA MÃE: DOLICE ROSA DOS SANTOS

SEXO:  
MASCULINO

NATURALIDADE(CIDADE/UF): N.SRA.DAS DORES-SE

DOC.DE IDENTIDADE/ORGÃO EMISSOR:  
5551463 SSP/SE

ENDEREÇO(RUA,Nº,BAIRRO): RUA ESTADOS UNIDOS N.118,América

MUNICÍPIO ONDE RESIDE:  
ARACAJU / SE

CEP:  
49080000

DADOS DA INTERNAÇÃO

DATA HORÁRIO: 30.03.17 07:53 CARÁTER: URG **OS** TIPO LEITO: LEITO ENFERMARIA: e-2 e. hidr. Genal C.P.F.DIRETOR CLÍNICO: 6.949.550.553-4

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Fm + nra nmsv m nra m*

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*AI rupes sra m*

PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS

*n Fratura Bimalateral tomografia esquerda*  
**Fratura bimalateral tomografia (tratamento cirúrgico)**  
 DIAGNÓSTICO INICIAL(Suspeita Diagnóstica):  
 CID 10(do diagnóstico final): S876

DESCRÍPCAO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

DIAGNÓSTICO FINAL(Responsabilidade do Médico que acompanha o paciente): *Fratura Bimalateral tomografia*

DATA DA EMISSÃO DO LAUDO: 30/03/17 CPF DO MÉDICO QUE SOLICITA O PROCEDIMENTO: 11287478903-01 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: 04085497/0408050

Médico que Solicita a Internação(Assinatura e Carimbo):  
 Dr. Gelson Teixeira  
 CRM-SE 4003  
 MR - Ortopedia e Traumatologia

Assumo inteira responsabilidade pela veracidade das informações e dados apostos neste laudo, sob pena das sanções legais

CLÍNICAS

1-CIRÚRGICA

SIS/PRÉ-NATAL  
Nº DE CADASTRO DA GESTANTE

2-OBSTÉTRICA

6-TSIOPNEUMO

3-CLÍNICA MÉDICA

7-PEDIÁTRICA

4-CUIDADOS PROLONGADOS

8-REabilitação

5-PSIQUIÁTRICA

6-PSIQUIÁTRICA

7-OBSTÉTRICA

8-REabilitação

9-CLÍNICA MÉDICA

10-CUIDADOS PROLONGADOS

11-PSIQUIÁTRICA

12-OBSTÉTRICA

13-CIRÚRGICA

14-PSIQUIÁTRICA

15-OBSTÉTRICA

16-CIRÚRGICA

17-PSIQUIÁTRICA

18-OBSTÉTRICA

19-CIRÚRGICA

20-PSIQUIÁTRICA

21-OBSTÉTRICA

22-CIRÚRGICA

23-PSIQUIÁTRICA

24-OBSTÉTRICA

25-CIRÚRGICA

26-PSIQUIÁTRICA

27-OBSTÉTRICA

28-CIRÚRGICA

29-PSIQUIÁTRICA

30-OBSTÉTRICA

31-CIRÚRGICA

32-PSIQUIÁTRICA

33-OBSTÉTRICA

34-CIRÚRGICA

35-PSIQUIÁTRICA

36-OBSTÉTRICA

37-CIRÚRGICA

38-PSIQUIÁTRICA

39-OBSTÉTRICA

40-CIRÚRGICA

41-PSIQUIÁTRICA

42-OBSTÉTRICA

43-CIRÚRGICA

44-PSIQUIÁTRICA

45-OBSTÉTRICA

46-CIRÚRGICA

47-PSIQUIÁTRICA

48-OBSTÉTRICA

49-CIRÚRGICA

50-PSIQUIÁTRICA

51-OBSTÉTRICA

52-CIRÚRGICA

53-PSIQUIÁTRICA

54-OBSTÉTRICA

55-CIRÚRGICA

56-PSIQUIÁTRICA

57-OBSTÉTRICA

58-CIRÚRGICA

59-PSIQUIÁTRICA

60-OBSTÉTRICA

61-CIRÚRGICA

62-PSIQUIÁTRICA

63-OBSTÉTRICA

64-CIRÚRGICA

65-PSIQUIÁTRICA

66-OBSTÉTRICA

67-CIRÚRGICA

68-PSIQUIÁTRICA

69-OBSTÉTRICA

70-CIRÚRGICA

71-PSIQUIÁTRICA

72-OBSTÉTRICA

73-CIRÚRGICA

74-PSIQUIÁTRICA

75-OBSTÉTRICA

76-CIRÚRGICA

77-PSIQUIÁTRICA

78-OBSTÉTRICA

79-CIRÚRGICA

80-PSIQUIÁTRICA

81-OBSTÉTRICA

82-CIRÚRGICA

83-PSIQUIÁTRICA

84-OBSTÉTRICA

85-CIRÚRGICA

86-PSIQUIÁTRICA

87-OBSTÉTRICA

88-CIRÚRGICA

89-PSIQUIÁTRICA

90-OBSTÉTRICA

91-CIRÚRGICA

92-PSIQUIÁTRICA

93-OBSTÉTRICA

94-CIRÚRGICA

95-PSIQUIÁTRICA

96-OBSTÉTRICA

97-CIRÚRGICA

98-PSIQUIÁTRICA

99-OBSTÉTRICA

100-CIRÚRGICA

101-PSIQUIÁTRICA

102-OBSTÉTRICA

103-CIRÚRGICA

104-PSIQUIÁTRICA

105-OBSTÉTRICA

106-CIRÚRGICA

107-PSIQUIÁTRICA

108-OBSTÉTRICA

109-CIRÚRGICA

110-PSIQUIÁTRICA

111-OBSTÉTRICA

112-CIRÚRGICA

113-PSIQUIÁTRICA

114-OBSTÉTRICA

115-CIRÚRGICA

116-PSIQUIÁTRICA

117-OBSTÉTRICA

118-CIRÚRGICA

119-PSIQUIÁTRICA

120-OBSTÉTRICA

121-CIRÚRGICA

122-PSIQUIÁTRICA

123-OBSTÉTRICA

124-CIRÚRGICA

125-PSIQUIÁTRICA

126-OBSTÉTRICA

127-CIRÚRGICA

128-PSIQUIÁTRICA

129-OBSTÉTRICA

130-CIRÚRGICA

131-PSIQUIÁTRICA

132-OBSTÉTRICA

133-CIRÚRGICA

134-PSIQUIÁTRICA

135-OBSTÉTRICA

136-CIRÚRGICA

137-PSIQUIÁTRICA

138-OBSTÉTRICA

139-CIRÚRGICA

140-PSIQUIÁTRICA

141-OBSTÉTRICA

142-CIRÚRGICA

143-PSIQUIÁTRICA

144-OBSTÉTRICA

145-CIRÚRGICA

146-PSIQUIÁTRICA

147-OBSTÉTRICA

148-CIRÚRGICA

149-PSIQUIÁTRICA

150-OBSTÉTRICA

151-CIRÚRGICA

152-PSIQUIÁTRICA

153-OBSTÉTRICA

154-CIRÚRGICA

155-PSIQUIÁTRICA

156-OBSTÉTRICA

157-CIRÚRGICA

158-PSIQUIÁTRICA

159-OBSTÉTRICA

160-CIRÚRGICA

161-PSIQUIÁTRICA

162-OBSTÉTRICA

163-CIRÚRGICA

164-PSIQUIÁTRICA

165-OBSTÉTRICA

166-CIRÚRGICA

167-PSIQUIÁTRICA

168-OBSTÉTRICA

169-CIRÚRGICA

170-PSIQUIÁTRICA

171-OBSTÉTRICA

<input

MS-DATASUS  
VERSÃO: 13.60

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

PAG.: 1

O.E : M280030801

ESFERA : PRIVADO

APRESENTAÇÃO: 05 / 2017

DATA : 10/04/2017

Nurn AIH : 281710054638-1

Situação : SEM ERRO

Tipo : 01-INICIAL

Apresentação : 05/2017

Data Autorização: 10 / 03 / 2017

Especialidade : 01 - CIRURGICO

Orgão Emissor : M280030801

CRC:

Doc autorizador : 209721234600005

Doc med resp : 206790614650009

Doc diretor clínico : 206790614650009

Doc médico solic : 980018000832767

CNES : 0002283 - FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

CNS : 20005767312000-6

Paciente : JOSE BISPO DOS SANTOS

Prontuário : 986626

Data Nasc. : 31 / 12 / 1960

Sexo : MASCULINO

Nacionalidade : 010 - BRASIL

Tipo Doc. : Identidade

Doc : 5551463

Responsável pac. : JOSE BISPO DOS SANTOS

Nome da Mãe : DOLICE ROSA DOS SANTOS

Endereço : RUA ESTADOS UNIDOS 125 Bairro: AMERICA

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

Município : 280030 - ARACAJU

UF : SE CEP : 49075-000

Telefone : (79)9884-70586 Muda Proc.? : NÃO

Procedimento solicitado : 04.08.05.049-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO

Procedimento principal : 04.08.05.049-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO

Diag. principal : S826-FRATURA DO MALEOLO LATERAL

Diag. secundário :

Complementar :

Causa Obito :

Carater atendimento : 02 - URGENCIA

Modalidade : HOSPITALAR

Data internação : 10 / 03 / 2017

Data saída : 12 / 03 / 2017

Mot saída : 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIH01 :

AIH Anterior :

AIH Posterior :

[ Causas Externas (Acidente ou Violência) ]

CNPJ do Empregador : . / -

Vinculo Previdênci : -

CNAER: -

CBOR : -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento CBO	CNES/CNPJ	Apurar	Valor p/	Qtde	Cmpt	Descrição
1	0408050497	980016000832767/225270(1)	0002283	0002283	103/2017	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA		
2	0408050497	980016281849502 225151(6)	3359948	3359948	1	03/2017	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA	
3	0702030724		02681701000169	02681701000169	1	03/2017	PARAFUSO/ESPONJO SO 4,0 MM	
4	0702030899		02681701000169	02681701000169	1	03/2017	PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 3,5 MM	
5	0302050019	980016286434181 223635	0002283	0002283	1	03/2017	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM	
6	0302040021	980016286434181 223605	0002283	0002283	1	03/2017	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE	

DADOS DE OPM

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Reg. ANVISA	CNPJ Fabricante
3	000032687	02.681.701/0001-69				
4	000032687	02.681.701/0001-69				

CID SECUNDÁRIO

Cid	Característica	Descrição
W198 PREEXISTENTE QUEDA SEM ESPECIFICACAO - OUTROS LOCAIS ESPECIFICADOS		

Número de Nascidos Número de Saídas Nº Pré-Natal:

Vivos : Mortos : Altas : Transf.: Óbitos :

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

ASSINATURA E CARIMBO  
DIRETOR DO HOSPITAL

*Alte Angélica Danta*  
Dr. *Alte Angélica Danta*  
Superv. Médica / NUCCA  
CRM 2343  
CPF 880.011.135-1





HOSPITAL DE CLÍNICAS  
"DR. AUGUSTO LEITE"

Data: 10/04/11 Convênio: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_  
Paciente: 20128150220000 Idade: \_\_\_\_\_  
Internado em: 1/1/11 Unidade: \_\_\_\_\_ Leito: 22

		Distribuição de horário		Requisição de Enfermagem
		Morning	2º Turno	3º Turno
1	Repouso absoluto			
2	Dieta livre			
3	Soro fisiológico 1000 ml E.V. 20 gotas por minuto	SC		
4	Cefalotina 01 gr E.V. de 6/6 horas.	12X 1/2 gr	18	2X
5	Dipirona 02 ml em 08 ml soro fisiológico E.V. de 6/6 horas.	12X 1/2 gr	18	2X
6	Cetoprofeno 100 mgs + 100 ml de soro fisiológico E.V. de 12/12 hrs	12X 1/2 gr	18	2X
7	Tramal 100 mgs. + 100 ml de soro fisiológico E.V. de 6/6 hrs.	08X 1/2 gr	14	2X
8	Cuidados Gerais.			

2 CEDARÉ 40 mg SC ID

*Dr. Antônio E. Lira Arg  
Téc. de Radiologia  
CRA-PE 001.138-707*

*Maria Isabela Moto  
Téc. de Enfermagem  
CORENSE 001.138-707  
CRM-PE 002.47*

*Joéilia R. Gouveia*

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



HOSPITAL DE CLÍNICAS  
**DIAGNÓSTICO:**

"DR. AUGUSTO LEITE"

PRESCRIÇÃO

Data:	<u>11/11/12</u>	Convênio:	Matrícula:
Paciente:	<u>José Ribeiro</u>	Unidade:	Idade:
Internação:	<u>/ /</u>	Leito:	<u>002</u>
Distribuição de Horário			
1º Turno	2º Turno	3º Turno	

Maria Isabel Mota  
Téc. de Enfermagem  
COREN/SE 001.138.707

Maria Isabel Mol  
Téc. de Enfermagem  
COREN/SÉ 001 138 707

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

UNIDADE:

PACIENTE:

Jorl B. C.

MATRÍCULA:

IDADE:

SERVIÇO:

APTO:

QUARTO:

ENFERM.

LEITO:

CONVÉNIO:

DATA /  
HORA

## EVOLUÇÃO

(11) 312

Re adal

Rh dito ciente

suprimento de oxigênio

al nite hospital

**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

NAME:	DATA:	LERTS:	REVISÃO:
-------	-------	--------	----------

BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alterada <input type="checkbox"/> Válida <input type="checkbox"/> Dolorosa <input type="checkbox"/> Nenhuma	ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	Última Pdr Pressão: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	vezes	INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Antrotécnica
EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	vezes	Notas: Fazendo x nas fezes:
DURESE: <input type="checkbox"/> Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ Vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Á dor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alterada <input type="checkbox"/> Válida <input type="checkbox"/> Dolorosa <input type="checkbox"/> Nenhuma	ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	Última Pdr Pressão: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	vezes	INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Antrotécnica
EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	vezes	Notas: Fazendo x nas fezes:
DURESE: <input type="checkbox"/> Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ Vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Á dor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

Assinatura e  
Identificação

BIOTIPO:  Cadúquico  Neutrólico  Obeso

COMPANHIA:  Desacompanhado  Familiar -  Profissional

LOCOMOÇÃO:  Deambula  Deambula com auxílio

Camado  Impossibilitado

Liberado por Precedente:  PSC  SIM

ORIENTAÇÃO:  Orientado  Desorientado  Confuso  Desconectado

Assistido por: \_\_\_\_\_

Data: 11/10/31

Hora: 08:00

Min: 07:00

Sigla: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Race: \_\_\_\_\_

Nationality: \_\_\_\_\_

Language: \_\_\_\_\_

Religion: \_\_\_\_\_

Marital Status: \_\_\_\_\_

Education Level: \_\_\_\_\_

Occupation: \_\_\_\_\_

Employment Status: \_\_\_\_\_

Health Status: \_\_\_\_\_

Medical History: \_\_\_\_\_

Medications: \_\_\_\_\_

Alcohol Use: \_\_\_\_\_

Drugs Use: \_\_\_\_\_

Smoking: \_\_\_\_\_

Family History: \_\_\_\_\_

Genetic History: \_\_\_\_\_

Environmental Exposures: \_\_\_\_\_

Work Environment: \_\_\_\_\_

Home Environment: \_\_\_\_\_

Social Environment: \_\_\_\_\_

Relationships: \_\_\_\_\_

Psychological Health: \_\_\_\_\_

Physical Health: \_\_\_\_\_

Medical Conditions: \_\_\_\_\_

Medications: \_\_\_\_\_

Alcohol Use: \_\_\_\_\_

Drugs Use: \_\_\_\_\_

Smoking: \_\_\_\_\_

Family History: \_\_\_\_\_

Genetic History: \_\_\_\_\_

Environmental Exposures: \_\_\_\_\_

Work Environment: \_\_\_\_\_

Home Environment: \_\_\_\_\_

Social Environment: \_\_\_\_\_

Relationships: \_\_\_\_\_

Psychological Health: \_\_\_\_\_

Physical Health: \_\_\_\_\_

Medical Conditions: \_\_\_\_\_

Medications: \_\_\_\_\_

Alcohol Use: \_\_\_\_\_

Drugs Use: \_\_\_\_\_

Smoking: \_\_\_\_\_

Family History: \_\_\_\_\_

Genetic History: \_\_\_\_\_

Environmental Exposures: \_\_\_\_\_

Work Environment: \_\_\_\_\_

Home Environment: \_\_\_\_\_

Social Environment: \_\_\_\_\_

Relationships: \_\_\_\_\_

Psychological Health: \_\_\_\_\_

Physical Health: \_\_\_\_\_

Medical Conditions: \_\_\_\_\_

Medications: \_\_\_\_\_

Alcohol Use: \_\_\_\_\_

Drugs Use: \_\_\_\_\_

Smoking: \_\_\_\_\_

Family History: \_\_\_\_\_

Genetic History: \_\_\_\_\_

Environmental Exposures: \_\_\_\_\_

Work Environment: \_\_\_\_\_

Home Environment: \_\_\_\_\_

Social Environment: \_\_\_\_\_

Relationships: \_\_\_\_\_

Psychological Health: \_\_\_\_\_

Physical Health: \_\_\_\_\_

Medical Conditions: \_\_\_\_\_

Medications: \_\_\_\_\_

Alcohol Use: \_\_\_\_\_

Drugs Use: \_\_\_\_\_

Smoking: \_\_\_\_\_

Family History: \_\_\_\_\_

Genetic History: \_\_\_\_\_

Environmental Exposures: \_\_\_\_\_

Work Environment: \_\_\_\_\_

Home Environment: \_\_\_\_\_

Social Environment: \_\_\_\_\_

Relationships: \_\_\_\_\_

Psychological Health: \_\_\_\_\_

Physical Health: \_\_\_\_\_

Medical Conditions: \_\_\_\_\_

Medications: \_\_\_\_\_

Alcohol Use: \_\_\_\_\_

Drugs Use: \_\_\_\_\_

Smoking: \_\_\_\_\_

Family History: \_\_\_\_\_

Genetic History: \_\_\_\_\_

Environmental Exposures: \_\_\_\_\_

Work Environment: \_\_\_\_\_

Home Environment: \_\_\_\_\_

Social Environment: \_\_\_\_\_

Relationships: \_\_\_\_\_

Psychological Health: \_\_\_\_\_

Physical Health: \_\_\_\_\_

Medical Conditions: \_\_\_\_\_

Medications: \_\_\_\_\_

Alcohol Use: \_\_\_\_\_

Drugs Use: \_\_\_\_\_

Smoking: \_\_\_\_\_

Family History: \_\_\_\_\_

Genetic History: \_\_\_\_\_

Environmental Exposures: \_\_\_\_\_

Work Environment: \_\_\_\_\_

Home Environment: \_\_\_\_\_

Social Environment: \_\_\_\_\_

Relationships: \_\_\_\_\_

Psychological Health: \_\_\_\_\_

Physical Health: \_\_\_\_\_

Medical Conditions: \_\_\_\_\_

Medications: \_\_\_\_\_

Alcohol Use: \_\_\_\_\_

Drugs Use: \_\_\_\_\_

Smoking: \_\_\_\_\_

Family History: \_\_\_\_\_

Genetic History: \_\_\_\_\_

Environmental Exposures: \_\_\_\_\_

Work Environment: \_\_\_\_\_

Home Environment: \_\_\_\_\_

Social Environment: \_\_\_\_\_

Relationships: \_\_\_\_\_

Psychological Health: \_\_\_\_\_

Physical Health: \_\_\_\_\_

Medical Conditions: \_\_\_\_\_

Medications: \_\_\_\_\_

Alcohol Use: \_\_\_\_\_

Drugs Use: \_\_\_\_\_

Smoking: \_\_\_\_\_

Family History: \_\_\_\_\_

Genetic History: \_\_\_\_\_

Environmental Exposures: \_\_\_\_\_

Work Environment: \_\_\_\_\_

Home Environment: \_\_\_\_\_

Social Environment: \_\_\_\_\_

Relationships: \_\_\_\_\_

Psychological Health: \_\_\_\_\_

Physical Health: \_\_\_\_\_

Medical Conditions: \_\_\_\_\_

Medications: \_\_\_\_\_

Alcohol Use: \_\_\_\_\_

Drugs Use: \_\_\_\_\_

Smoking: \_\_\_\_\_

Family History: \_\_\_\_\_

Genetic History: \_\_\_\_\_

Environmental Exposures: \_\_\_\_\_

Work Environment: \_\_\_\_\_

Home Environment: \_\_\_\_\_

Social Environment: \_\_\_\_\_

Relationships: \_\_\_\_\_

Psychological Health: \_\_\_\_\_

Physical Health: \_\_\_\_\_

Medical Conditions: \_\_\_\_\_

Medications: \_\_\_\_\_

Alcohol Use: \_\_\_\_\_

Drugs Use: \_\_\_\_\_

Smoking: \_\_\_\_\_

Family History: \_\_\_\_\_

Genetic History: \_\_\_\_\_

Environmental Exposures: \_\_\_\_\_

Work Environment: \_\_\_\_\_

Home Environment: \_\_\_\_\_

Social Environment: \_\_\_\_\_

Relationships: \_\_\_\_\_

Psychological Health: \_\_\_\_\_

Physical Health: \_\_\_\_\_

Medical Conditions: \_\_\_\_\_

Medications: \_\_\_\_\_

Alcohol Use: \_\_\_\_\_

Drugs Use: \_\_\_\_\_

Smoking: \_\_\_\_\_

Family History: \_\_\_\_\_

Genetic History: \_\_\_\_\_

Environmental Exposures: \_\_\_\_\_

Work Environment: \_\_\_\_\_

Home Environment: \_\_\_\_\_

Social Environment: \_\_\_\_\_

Relationships: \_\_\_\_\_

Psychological Health: \_\_\_\_\_

Physical Health: \_\_\_\_\_

Medical Conditions: \_\_\_\_\_

Medications: \_\_\_\_\_

Alcohol Use: \_\_\_\_\_

Drugs Use: \_\_\_\_\_

Smoking: \_\_\_\_\_

Family History: \_\_\_\_\_

Genetic History: \_\_\_\_\_

Environmental Exposures: \_\_\_\_\_

Work Environment: \_\_\_\_\_

Home Environment: \_\_\_\_\_

Social Environment: \_\_\_\_\_

Relationships: \_\_\_\_\_

Psychological Health: \_\_\_\_\_

Physical Health: \_\_\_\_\_

Medical Conditions: \_\_\_\_\_

Medications: \_\_\_\_\_

Alcohol Use: \_\_\_\_\_

Drugs Use: \_\_\_\_\_

Smoking: \_\_\_\_\_

Family History: \_\_\_\_\_

Genetic History: \_\_\_\_\_

Environmental Exposures: \_\_\_\_\_

Work Environment: \_\_\_\_\_

Home Environment: \_\_\_\_\_

Social Environment: \_\_\_\_\_

Relationships: \_\_\_\_\_

Psychological Health: \_\_\_\_\_

Physical Health: \_\_\_\_\_

Medical Conditions: \_\_\_\_\_

Medications: \_\_\_\_\_

Alcohol Use: \_\_\_\_\_

Drugs Use: \_\_\_\_\_

Smoking: \_\_\_\_\_

Family History: \_\_\_\_\_

Genetic History: \_\_\_\_\_

Environmental Exposures: \_\_\_\_\_

Work Environment: \_\_\_\_\_

Home Environment: \_\_\_\_\_

Social Environment: \_\_\_\_\_

Relationships: \_\_\_\_\_

Psychological Health: \_\_\_\_\_

Physical Health: \_\_\_\_\_

Medical Conditions: \_\_\_\_\_

Medications: \_\_\_\_\_

Alcohol Use: \_\_\_\_\_

Drugs Use: \_\_\_\_\_

Smoking: \_\_\_\_\_

Family History: \_\_\_\_\_

Genetic History: \_\_\_\_\_

Environmental Exposures: \_\_\_\_\_

Work Environment: \_\_\_\_\_

Home Environment: \_\_\_\_\_

Social Environment: \_\_\_\_\_

Relationships: \_\_\_\_\_

Psychological Health: \_\_\_\_\_

Physical Health: \_\_\_\_\_

Medical Conditions: \_\_\_\_\_

Medications: \_\_\_\_\_

Alcohol Use: \_\_\_\_\_

Drugs Use: \_\_\_\_\_

Smoking: \_\_\_\_\_

Family History: \_\_\_\_\_

Genetic History: \_\_\_\_\_

Environmental Exposures: \_\_\_\_\_

Work Environment: \_\_\_\_\_

Home Environment: \_\_\_\_\_

Social Environment: \_\_\_\_\_

Relationships: \_\_\_\_\_

Psychological Health: \_\_\_\_\_

Physical Health: \_\_\_\_\_

Medical Conditions: \_\_\_\_\_

Medications: \_\_\_\_\_

Alcohol Use: \_\_\_\_\_

Drugs Use: \_\_\_\_\_

Smoking: \_\_\_\_\_

Family History: \_\_\_\_\_

Genetic History: \_\_\_\_\_

Environmental Exposures: \_\_\_\_\_

Work Environment: \_\_\_\_\_

HOWARD

\*DON / ( ) SHM ( ) NAO - Intervista da OSA.

*gikeudi Afaitio Ferreira*  
Tec. Enfermagem  
CORES SE-445215

## **ASSINATURA**

卷之三

~~Per un cinquè hui ell ja ha fet di grisos per meus~~

ABINATURA: Tan Olaey

## DRARIO E MELTA

**ESSAYS IN LITERATURE - ANNUAL EDITIONS**

**DESPACHO DE FESTINOS: ( ) NOTI. ( ) INTERNAMENTO/LEITO:**

**ANIMATURA INFERMIERIA AVOCETI**

ANIMAÇÃO - INFERMÉRIO (A)/COREN

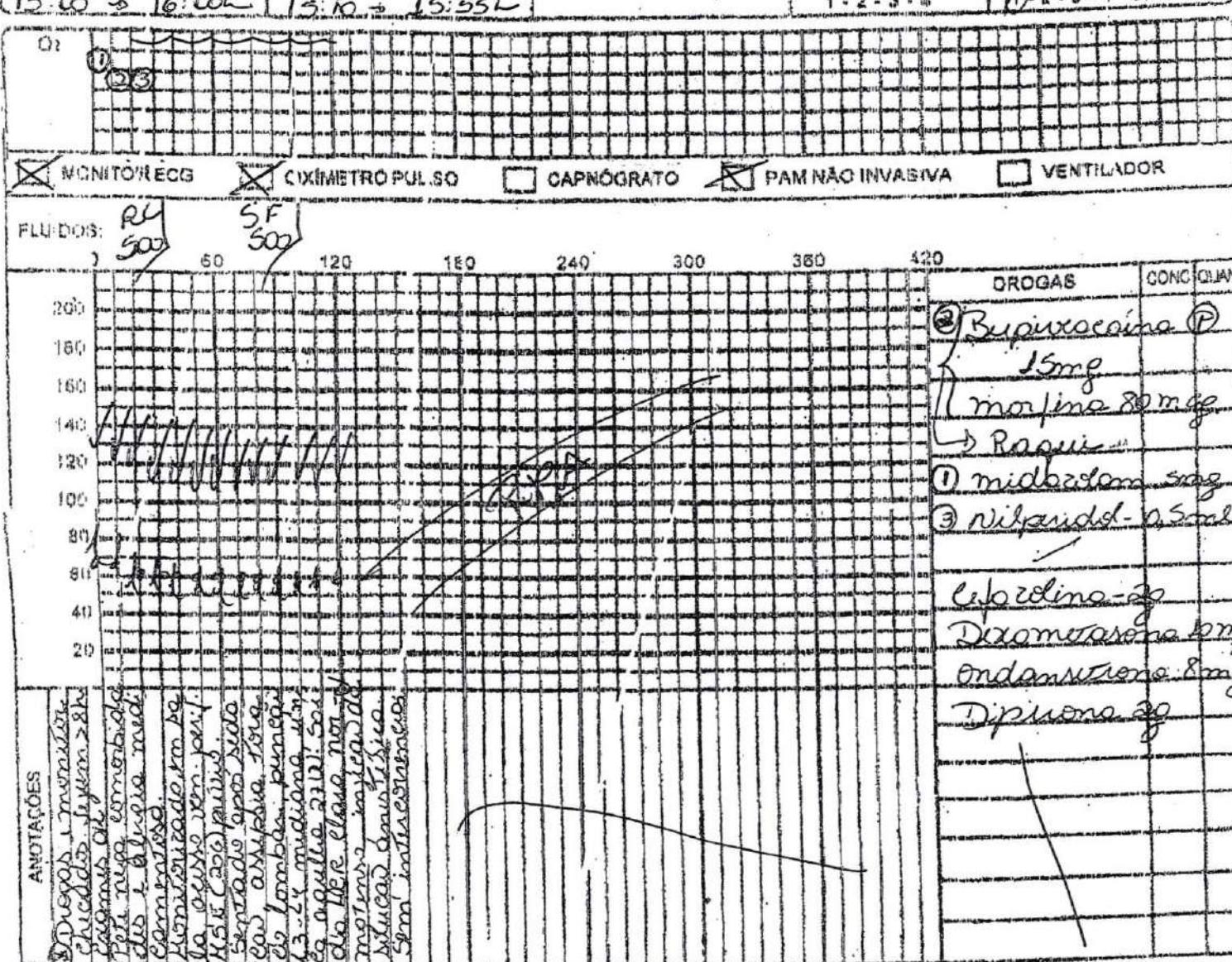
P.C. DE G. ESTE REU HEMODINAMICO. SIN DETERMINACIONES. SIN R.P.A.



**FICHA DE ANESTESIA**

DATA: 621 03 112

PACIENTE			MATRÍCULA:		CONVÉNIO:	
IDADE: 560	SEXO: M	COR:	APTO.:	QUARTO:	ENFERMARIA:	LEITO:
CIRURGIAO: Antônio Gava			ANESTESISTA: Isabella Souza			
1º. ATIVILAR:		2º. AUXILIAR:				
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO: Fratura Tornozelo						
DIAGNÓSTICO POS-OPERATÓRIO:						
CIRURGIA PROPOSTA: Tratamento Fratura Tornozelo			CÓDIGO CIRÚRGICO:			
CIRURGIA REALIZADA: Tratamento Fratura Tornozelo						
PRE-MEDICAÇÃO: —					HORA:	RESULTADO:
INÍCIO DA ANESTESIA: 16:00		INÍCIO DA OPERAÇÃO: 16:15		ALTURA DA ANESTESIA:	RISCO OPERATÓRIO: 1-2-3-4	ESTADO FÍSICO: 1-2-3-4-5-6-7



AGENTES ANESTÉSICOS

TÉCN. CA: Regis + Sedecas

INSTRUÇÃO: POSIÇÃO: LOCAL PUNÇÃO: L3-L4 LÍQUIDO RETIRADO:  
 TÉCNICA: *Nitado* POSIÇÃO APÓS: POSIÇÃO OPERATÓRIA: *DDIT* RESULTADO: S.R.M.

#### DURAÇÃO OPERAÇÃO

#### DURAÇÃO ANESTÉSIA:

## **CONSCIENCIA:**

SRPA

**DESTINO DA SRPA:**

LEITC

ALTA HOSPITALAR

## **CONCSES:**

### **033 SERVIÇOS:**

**ES:**  
**Christella Souza**  
**Anestesiologista**  
**CRM-SF 3347**



**Aracaju**  
Uma cidade para todos

281710054638-1

AR



LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

Nº DO ATENDIMENTO: 985927 Nº DO LAUDO: 986626 Nº DO LAUDO SUPLEMENTAR: Nº DO CARTÃO SUS OU CPF: 200057673120006/15037983568

UNIDADE DE ORIGEM FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA	DADOS DO ATENDIMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE	CÓDIGO DA UNIDADE	CNPJ 13.016.332.0001-06
UNIDADE DE DESTINO FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA		CÓDIGO DA UNIDADE	CNPJ 13.016.332.0001-06

DADOS DO PACIENTE

NOME DO(A)PACIENTE JOSE BISPO DOS SANTOS	DATA DO NASCIMENTO 31/12/1960
NOME DA MÃE DIOLICE ROSA DOS SANTOS	SEXO MASCULINO
NATURALIDADE(CIDADE/UF) N.SRA.DAS DORES-SE	DOC.DE IDENTIDADE/ORGÃO EMISSOR 5551463 SSP/SE
ENDEREÇO(RUA,Nº,BAIRRO) RUA ESTADOS UNIDOS N.118,América	MUNICÍPIO ONDE RESIDE ARACAJU / SE
	CEP 49080000

DATA HORÁRIO CARÁTER TIPO LEITO LEITO ENFERMARIA C.P.F.DIRETOR CLÍNICO  
30.03.17 07:53 Urg 05 e-2 e. Hélio Geral 6.949.550.553-4

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura Bimalateral tornozelo esquerdo

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AI n/pe s.t.m.

PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO INICIAL(Suspeita Diagnóstica) Fratura Bimalateral tornozelo	DESCRICAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO tratamento
CID 10(do diagnóstico final) S82.6	DIAGNÓSTICO FINAL(Responsabilidade do Médico que acompanha o paciente) Fratura Bimalateral tornozelo

DATA DA EMISSÃO DO LAUDO - CPF DO MÉDICO QUE SOLICITA O PROCEDIMENTO - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO  
30/03/17 21472903-07 04-05-49710408050

Médico que Solicita a  
Internação(Assinatura e Cadastro)  
Dr. Gelson Testem  
CRM-SE 4003

Assumo inteira responsabilidade pela  
veracidade das informações e dados apontados  
neste laudo, sob pena das sanções legais

- |   |   |
|---|---|
| CLÍNICAS  | SIS/PRÉ-NATAL                           |
| <input type="checkbox"/> 1-CIRÚRGICA            | <input type="checkbox"/> 5-PSIQUIÁTRICA |
| <input type="checkbox"/> 2-OBSTÉTRICA           | <input type="checkbox"/> 6-TSIOPNEUMO   |
| <input type="checkbox"/> 3-CLÍNICA MÉDICA       | <input type="checkbox"/> 7-PEDIÁTRICA   |
| <input type="checkbox"/> 4-CUIDADOS PROLONGADOS | <input type="checkbox"/> 8-REABILITAÇÃO |
- Nº DE CADASTRO DA  
GESTANTE
- Nº DO CÓDIGO DO  
PROCEDIMENTO

RESPONSABILIDADE DO NUCCAR

PROBLEMA	TIPO	SITUAÇÃO DO LAUDO
<input type="checkbox"/> SIM		<input type="checkbox"/> APROVADO
<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> REJEITADO

MUDAR O CÓDIGO DE  
PROCEDIMENTO PARA:

MÉDICO SUPERVISOR(ASSINATURA E CARIMBO)	MÉDICO AUTORIZADOR(ASSINATURA E CARIMBO)	CPF/MÉDICO AUTORIZADOR
---	--	------------------------

MS-DATASUS  
VERSÃO: 13.60

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

O.E : M280030801

ESFERA : PRIVADO

ESPELHO DA AIH

PAG.: 1  
DATA : 13/04/2017

Num AIH : 281710054638-1

Situação : DIGITADA

Tipo : 01-INICIAL

APRESENTAÇÃO: 05 / 2017

Apresentação : 05/2017 Data Autorização: 10 / 03 / 2017

Especialidade : 01 - CIRURGICO

Orgão Emissor : M280030801

CRC:

Doc autorizador : 209721234600005

Doc med resp : 206790614650009

Doc diretor clínico : 206790614650009 Doc médico solic : 980018000832787

CNS : 20005767312000-6

CNES : 0002283 - FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

Paciente : JOSE BISPO DOS SANTOS

Data Nasc. : 31 / 12 / 1960 Sexo : MASCULINO

Nacionalidade : 010 - BRASIL

Tipo Doc. : Identidade Doc : 5551463

Responsável pac. : JOSE BISPO DOS SANTOS

Nome da Mãe : DOLICE ROSA DOS SANTOS

Endereço : RUA ESTADOS UNIDOS 125 Bairro: AMERICA

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

Município : 280030 - ARACAJU

UF : SE CEP : 49075-000

Telefone : (79)9884-70586 Muda Proc.? : NÂO

Procedimento solicitado : 04.08.05.049-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO DO TORNOCOLO

Procedimento principal : 04.08.05.049-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO DO TORNOCOLO

Diag. principal : S826-FRATURA DO MALEOLO LATERAL

Diag. secundário :

Complementar :

Carater atendimento : 02 - URGENCIA

Data internação : 10 / 03 / 2017

Data saída : 11 / 03 / 2017

Mot saída : 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIH01 :

AIH Anterior :

AIH Posterior :

[ Causas Externas (Acidente ou Violência) ]

CNPJ do Empregador : . / -

CNAER: -

Vinculo Previdênci : -

CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha Procedimento	Documento CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtde	Cmpt	Descrição
1 0408050497 980016000832767225270(1)		10002283	10002283	1	03/2017	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA
2 0408050497 980016281849502 225151(6)		3359948	3359948	1	03/2017	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA
3 0702030724		02681701000169	02681701000169	1	03/2017	PARAFUSO ESPIONIOSO 40MM
4 0702030899		02681701000169	02681701000169	1	03/2017	PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 3,5 MM
5 0302050019 980016286434181 223605		0002283	0002283	1	03/2017	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM
6 0302040021 980016286434181 223605		0002283	0002283	1	03/2017	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE

DADOS DE OPM

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Reg. ANVISA	CNPJ Fabricante
3	000032687	02.681.701/0001-69				
4	000032887	02.681.701/0001-69				

CID SECUNDÁRIO

Cid Característica Descrição

W198 PREEXISTENTE QUEDA SEM ESPECIFICACAO - OUTROS LOCAIS ESPECIFICADOS

Número de Nascidos Número de Saídas Nº Pré-Natal:

Vivos : Mortos : Altas : Transf.: Óbitos :

"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12986; uma via deste relatório deve ser arquivado no pronto-socorro.

DR. Antônio Augusto Dantas  
Super. Médico / NUCCAR  
CRM-2343  
CPF 880.011-135-15

ASSINATURA E CARIMBO  
DIRETOR DO HOSPITAL

Mos: 05  
Ref: 06/2017

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

UNIDADE:

PACIENTE:

MATRÍCULA:

IDADE:

SERVIÇO:

APTO:

QUARTO:

ENFERM.

LEITO:

CONVÉNIO:

DATA /  
HORA:

## EVOLUÇÃO

(11) 3/17

Re adal  
Re adal unen

unymco vitor

de mlt. Higist

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NAME:		
DATA:	LETRA:	NOTAS/MEC.

BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alterada <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Nenhum	ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Contínuo <input type="checkbox"/> Incessivo	Úlcera Por Pressão: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorexica	
EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Gás <input type="checkbox"/> Zer0	vezes	Mudanças nas fezes:      
DURESE: <input type="checkbox"/> Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Árdo <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:      

BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Altera <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Nenhum	ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	Úlcera Por Pressão: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zer0	INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorexico	
EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Gás <input type="checkbox"/> Zer0	vezes	Mudanças nas fezes:      
DURESE: <input type="checkbox"/> Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Árdo <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:      

Assinatura e  
Identificação

I - II 13:00 19:00	NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zer0	INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorexico
	vezes	Alterações nas fezes:      

DURESE:  Ausente: \_\_\_\_\_ horas  Presente: \_\_\_\_\_ vezes

Dor  Árdo  Dificuldade

Alterações na urina:

Assinatura e Identificação
p. 37

BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Cauquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso		COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional																																																																																					
CONEXÃO: <input type="checkbox"/> Áerea <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Dolorosa <input type="checkbox"/> Nenhum		ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível																																																																																					
I - 1. EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	vezes	INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorexica																																																																																					
2. 6: DIURESE: <input type="checkbox"/> Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações nas fezes:																																																																																				
		<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:																																																																																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Horários</th> <th colspan="12">Horários</th> </tr> <tr> <th>6</th> <th>8</th> <th>10</th> <th>12</th> <th>14</th> <th>16</th> <th>18</th> <th>20</th> <th>22</th> <th>24</th> <th>00</th> <th>02</th> <th>04</th> <th>06</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Temperatura</td> <td>35</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pressão Arterial</td> <td>118</td> <td>90</td> <td></td> </tr> <tr> <td>F. Cardíaca</td> <td>76</td> <td></td> </tr> <tr> <td>F. Respiratória</td> <td>18</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Horários		Horários												6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	00	02	04	06	Temperatura	35													Pressão Arterial	118	90												F. Cardíaca	76													F. Respiratória	18												
Horários		Horários																																																																																					
6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	00	02	04	06																																																																										
Temperatura	35																																																																																						
Pressão Arterial	118	90																																																																																					
F. Cardíaca	76																																																																																						
F. Respiratória	18																																																																																						
Aspiração: <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> Orotrófico <input type="checkbox"/> Nasal																																																																																							
Troca de Frételes:																																																																																							
Higiene: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Ocular <input type="checkbox"/> Intima																																																																																							
Banho: <input type="checkbox"/> Leito <input type="checkbox"/> Cadeira de Banho <input type="checkbox"/> Banheira																																																																																							
Curativo Operatório:																																																																																							
Curativo Escáras:																																																																																							
Mudança de Decubito:																																																																																							
Elevação de Cabeceira:																																																																																							
<p style="text-align: right;">Assinatura e Identificação</p> <p>Nicelma de Freitas Oliveira Técnica Enfermeira</p>																																																																																							

1

**BIOTRO:** □ Caquético □ Neurotico □ Obeso

**LOCOMOÇÃO:**  Deambula  Deambula com auxílio

Acamado n impossibilitado

Data:	11/03/
19:00 - 07:00 h	
NUTRIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/>	
EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input checked="" type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Gástrica <input type="checkbox"/> Urinária	
DURADA: <input type="checkbox"/> Ausente <input checked="" type="checkbox"/> horas <input type="checkbox"/> Presente	

orientum	ORIENTAÇÃO:	Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> em Confusão <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/>	Liberar P. _____ _____
N-Zero	vezes	INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorexia	
□ Zero	vezes	Alterações nas fezes:  - - - - -	
vezes	□ Dor <input type="checkbox"/> □ Ar dor <input type="checkbox"/> □ Dificuldade <input type="checkbox"/>	Alterações na urina:  - - - - -	

or Precise:  Yes  No

Franção de Cabeceira  
Maria Izabel Mora  
Tec. de En. de Imagem  
COREN/SE: 004.138.707



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

ATT: elizandra.silva

Dr. Automa  
honor  
Gesie Prov. 15.03.17

ATENDIMENTO

ACOMODACAO: Enfermaria

DIREITO A ACOMPANHANTE? Não

- DATA: 10/03/2017 07:53:28

LEITO: MUT-10 - Mutirao

TIPO: Urgência

CONVENIO: SUS INTERNO

PROFISSIONAL: 2808-ANTONIO ESTEBAN LARA ARCE

CME C2

e.m.b C2

PACIENTE

CARTÃO SUS: 200057673120006

ATENDIMENTO: 986626

NOME: JOSE BISPO DOS SANTOS

ENDERECO: RUA ESTADOS UNIDOS N.118 Nº: 125

BAIRRO: América UF:SE CEP:49080000

CIDADE: Aracaju CEP: 49080000 15037983568

FONE: 988470586 R.G: 5551463

DATA NASC.: 31/12/1960 IDADE: 56 SEXO: Masculino

EST. CIVIL : Solteiro

PROFISSÃO

NOME DO PAI: Aurelio Bispo Dos Santos

NOME DA MAE: Diolice Rosa Dos Santos

RESPONSÁVEL:

NOME DO RESPONSÁVEL: jose bispo dos santos

ENDERECO:

BAIRRO: CIDADE: UF:

DADOS COMPLEMENTARES:

CID: S82.6-Fratura do maléolo lateral

ORIGEM: Aracaju

DIAS INTERNAMENTO: 4

PROC.SUS: 040805049-7 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR

AIIH:

atla 10/03/2017  
Kit cirúrgico  
Se. Sindiane,

RX-OK

Filomena!

MS-DATASUS  
VERSÃO: 13.60

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

O.E : M280030801

ESFERA : PRIVADO

ESPELHO DA AIH

APRESENTAÇÃO: 05 / 2017

PAG.:

DATA : 13/04/2017

Num AIH : 281710054638-1

Situação : DIGITADA

Tipo : 01-INICIAL

Apresentação : 05/2017

Data

Autorização: 10 / 03 / 2017

Especialidade : 01 - CIRURGICO

Órgão Emissor : M280030801

CRC:

Doc autorizador : 209721234600005

Doc med resp : 206790614650009

Doc diretor clínico : 206790614650009

Doc médico solic : 980016000832767

CNES : 0002283 - FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

CNS : 20005767312000-6

Paciente : JOSE BISPO DOS SANTOS

Prontuário : 986626

Data Nasc. : 31 / 12 / 1960 Sexo : MASCULINO

Nacionalidade : 010 - BRASIL

Tipo Doc. : Identidade

Doc : 5551463

Responsável pac. : JOSE BISPO DOS SANTOS

Nome da Mãe : DIOLICE ROSA DOS SANTOS

Endereço : RUA ESTADOS UNIDOS 125 Bairro: AMERICA

Raca/Cor: 99-SEM INFORMACAO Etnia: 0000-NAO SE APPLICA

Município : 280030 - ARACAJU

UF : SE CEP : 49075-000

Telefone : (79)9884-70586 Muda Proc.? : N

Procedimento solicitado : 04.08.05.049-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO

Procedimento principal : 04.08.05.049-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO

Diag. principal : S828-FRATURA DO MALEOLO LATERAL

Diag. secundário :

Complementar :

Causa Obito :

Carater atendimento : 02 - URGENCIA

Modalidade : HOSPITALAR

Data internação : 10 / 03 / 2017

Data saída : 11 / 03 / 2017

Mot saída : 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIH01 :

AIH Anterior :

AIH Posterior :

[ Causas Externas (Acidente ou Violência) ]

CNPJ do Empregador : . . / -

CNAER: -

Vinculo Previdêncio :

CBOR : -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha Procedimento	Documento CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtde	Cmpt	Descrição
1 0408050497 980016000832767 225170(1)		0002283	0002283	1	03/2017	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA
2 0408050497 980016281849502 225151(6)		3359948	3359948	1	03/2017	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA
3 0702030724		02681701000169	02681701000169	1	03/2017	PARAFUSO ESPONJOSO 40MM
4 0702030899		02681701000169	02681701000169	1	03/2017	PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 3,5 MM
5 0302050019 980016286434181 223635		0002283	0002283	1	03/2017	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM
6 0302040021 980016286434181 223605		0002283	0002283	1	03/2017	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE

DADOS DE OPM

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Reg. ANVISA	CNPJ Fabricante
3	000032687	02.681.701/0001-69				
4	000032687	02.681.701/0001-69				

CID SECUNDÁRIO

Cid Característica

Descrição

W198 PREEXISTENTE

QUEDA SEM ESPECIFICACAO - OUTROS LOCAIS ESPECIFICADOS

Número de Nascidos

Número de Saídas

Nº Pré-Natal:

Vivos :

Altas :

Transf.: Óbitos :

\*De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo  
Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12936; uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário.

ASSINATURA E CARIMBO  
DIRETOR DO HOSPITAL

Dr. Antônio Andrade Dentas  
Superv. Médico / NUCCAR  
CRM-23493  
CPF 880.011-136-15

Mos: 05  
Prof: 06/03/17

**LAUDO MÉDICO SUPLEMENTAR**

DO LAUDO DE AIH *	SEQUÊNCIA	Nº DO CARTÃO SUS:	Nº DO PRONTUÁRIO
			986626

IDADE SOLICITANTE	CÓDIGO DA UNIDADE	CGC
MEIA-IRMAO	DATA DE NASCIMENTO	10.016.102.0001-06
ME DA MÃE	SEXO	BRASIL

DIREÇÃO COMPLETO	MUNICÍPIO EM QUE RESIDE
AV. PRESIDENTE Vargas, 1000 - Centro - Aracaju - SE	Aracaju - SE

DATA NOME	DATA NOME	DATA NOME	DATA NOME
CPF	RG	NUMBERO CTPS	PERÍODO

**TIPO DE SOLICITAÇÃO**

<input type="checkbox"/> 1 - PERMANÊNCIA A MAIOR	<input type="checkbox"/> 4 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	<input type="checkbox"/> 7 - DIÁLISE	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
<input type="checkbox"/> 2 - MEDICAMENTOS ESPECIAIS	<input type="checkbox"/> 5 - HEMODINÂMICA	<input type="checkbox"/> 8 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	
<input type="checkbox"/> 3 - NUTRIÇÃO PARENTERAL	<input type="checkbox"/> 6 - DIÁRIA DE RECÉM NASCIDO		
<input type="checkbox"/> 9 - HEMODERIVADOS	<input type="checkbox"/> 12 - UTI II		

<input type="checkbox"/> 10 - USO DE ÓRTESE/PRÓTESE	<input type="checkbox"/> 13 - UTI III	PROcedimento 1	QTDE	PROcedimento 2	QTDE
<input type="checkbox"/> 11 - CIRURGIA MÚLTIPLA	<input type="checkbox"/> 14 - OUTROS	PROcedimento 3	QTDE	PROcedimento 4	QTDE

<input type="checkbox"/> 15 - DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> 16 - DIÁRIA DE UTI I	QTDE	<input type="checkbox"/> 18 - MUDANÇA DE AIH 1 PARA AIH 5
<input type="checkbox"/> 17 - MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		<input type="checkbox"/> 19 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5
<input type="checkbox"/> 21 - NOVA AIH	<input type="checkbox"/> 23 - CUIDADOS PROLONGADOS	<input type="checkbox"/> 25 - REABILITAÇÃO	<input type="checkbox"/> 20 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5 - PÓS TRANSPLANTE

<input type="checkbox"/> 22 - PSIQUEIATRIA	<input type="checkbox"/> 24 - ACOMPANHAMENTO PÓS-TRANSPLANTE	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
--	--	------------------------

MÉDICO SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO)	DIRETOR CLÍNICO DA UNIDADE (ASSINATURA E CARIMBO)	DATA DA SOLICITAÇÃO
<i>[Assinatura]</i> CRM-SE-10080 CRM-SE-10080		

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

DADOS DA HISTÓRIA CLÍNICA E DO EXAME FÍSICO

o 7 parafusos  
o 3 placas

EXAMES COMPLEMENTARES

TRATAMENTO

PROCEDIMENTO AUTORIZADO

DESCRIÇÃO DO NOVO PROCEDIMENTO

AUTORIZADO	MOTIVO DA REJEIÇÃO
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

DATA DA AUTORIZAÇÃO/REJEIÇÃO	CPF / MÉDICO AUTORIZADOR	MÉDICO COORDENADOR DA AUDITORIA
		(ASSINATURA / CARIMBO)

MÉDICO SUPERVISOR	MÉDICO AUTORIZADOR	CPF / MÉDICO AUTORIZADOR
(ASSINATURA / CARIMBO)	(ASSINATURA / CARIMBO)	

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

ATT: elizandra.silva

Dr. Automa

hora

Entr. Prov. 15.03.17

ATENDIMENTO

ACOMODACAO: Enfermaria

DIREITO A ACOMPANHANTE? Não

- DATA: 10/03/2017 07:53:28

LEITO: MUT-10 - Mutirão

CME-C2

TIPO: Urgência

CONVENIO: SUS INTERNO

PROFISSIONAL: 2808-ANTONIO ESTEBAN LARA ARCE

e.m.b.c2

PACIENTE

CARTÃO SUS: 200057673120006

ATENDIMENTO: 986626

NOME: JOSE BISPO DOS SANTOS

ENDERECO: RUA ESTADOS UNIDOS N.118 Nº: 125

BAIRRO: América UF:SE CEP: 49080000

CIDADE: Aracaju CEP: 15037983568

FONE: 988470586 R.G: 5551463

DATA NASC.: 31/12/1960 IDADE: 56 SEXO: Masculino

EST.CIVIL: Solteiro

PROFISSÃO:

NOME DO PAI: Aurelio Bispo Dos Santos

NOME DA MAE: Diolice Rosa Dos Santos

RESPONSÁVEL:

NOME DO RESPONSÁVEL: jose bispo dos santos

ENDERECO:

BAIRRO: CIDADE: UF:

DADOS COMPLEMENTARES:

CID: S82.6-Fratura do maléolo lateral

ORIGEM: Aracaju

DIAS INTERNAMENTO: 4

PROC.SUS: 040805049-7 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR

A.I.H.:

alta 10/03/2017

Kit cirúrgico  
Se. Simidiane //

■

RX - ok

Fixar!

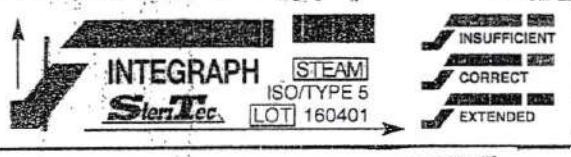
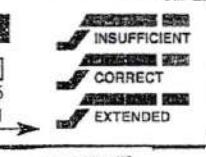
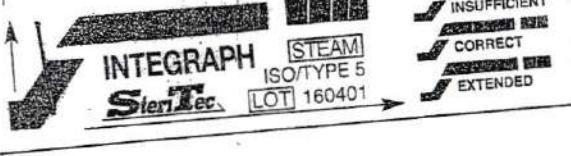


## FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL CIRURGIA

### RASTREABILIDADE DE INTEGRADORES QUÍMICOS

NOME:	Tesi Busto dos Santos
NUMERO DE INTERNAMENTO:	986626
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO:	Resutura de Tornozelo
CIRURGIÃO:	Dra. Antonia Iara
ENFERMEIRO:	Samanta
CIRCULANTE DE SALA:	Orquíte
ANESTESIOLOGISTA:	Dra. Josivalda
INSTRUMENTADOR:	Marcia
DATA:	30/03/17
SALA CIRÚRGICA:	08

GRAMPEAR INTEGRADORES QUÍMICOS NOS ESPAÇOS ABAIXO

LOTES	LOTES
5 CAMPOS 3 CAPOTES	E - 30/03/17 LOTG 35 J - 30/03/17 AUT IV
	
	

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

Obs.: permanecer junto ao prontuário

Uma cidade para todos

**LAUDO MÉDICO SUPLEMENTAR**

º DO LAUDO DE AIH	SEQUÊNCIA	Nº DA UNIDADE ALIADA	Nº DO CARTÃO SUS :	Nº DO PRONTUÁRIO
-------------------	-----------	----------------------	--------------------	------------------

NITADE SOLICITANTE	CÓDIGO DA UNIDADE	CGC
--------------------	-------------------	-----

SME DO APACILHE	DATAS DE AVALIAÇÃO
-----------------	--------------------

OME DA MÃE	PERÍODO DE AVALIAÇÃO
------------	----------------------

ENDEREÇO COMPLETO	MUNICIPIO
-------------------	-----------

DATA DA INSCRIÇÃO	DATA DE AVALIAÇÃO	NÚMERO DE SEGUIMENTO	INTERVENCIONISMO	TIPO DE MEDICAMENTO
-------------------	-------------------	----------------------	------------------	---------------------

**TIPO DE SOLICITAÇÃO**

<input type="checkbox"/> 1 - PERMANÊNCIA A MAIOR	<input type="checkbox"/> 4 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	<input type="checkbox"/> 7 - DIÁLISE	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
<input type="checkbox"/> 2 - MEDICAMENTOS ESPECIAIS	<input type="checkbox"/> 5 - HEMODINÂMICA	<input type="checkbox"/> 8 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	
<input type="checkbox"/> 3 - NUTRIÇÃO PARENTERAL	<input type="checkbox"/> 6 - DIÁRIA DE RECÉM NASCIDO		

<input type="checkbox"/> 9 - HEMODERIVADOS	<input type="checkbox"/> 12 - UTI II	PROcedimento 1	QTDE	PROcedimento 2	QTDE
<input type="checkbox"/> 10 - USO DE ÓRTESE/PRÓTESE	<input type="checkbox"/> 13 - UTI III				
<input type="checkbox"/> 11 - CIRURGIA MÚLTIPLA	<input type="checkbox"/> 14 - OUTROS	PROcedimento 3	QTDE	PROcedimento 4	QTDE

<input type="checkbox"/> 15 - DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> 16 - DIÁRIA DE UTI I	QTDE	<input type="checkbox"/> 18 - MUDANÇA DE AIH 1 PARA AIH 5	
<input type="checkbox"/> 17 - MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		<input type="checkbox"/> 19 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5	
<input type="checkbox"/> 21 - NOVA AIH	<input type="checkbox"/> 23 - CUIDADOS PROLONGADOS	<input type="checkbox"/> 25 - REABILITAÇÃO	<input type="checkbox"/> 20 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5 - PÓS TRANSPLANTE	
<input type="checkbox"/> 22 - PSIQUIATRIA	<input type="checkbox"/> 24 - ACOMPANHAMENTO PÓS-TRANSPLANTE	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		

MÉDICO SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO)	DIRETOR CLÍNICO DA UNIDADE (ASSINATURA E CARIMBO)	DATA DA SOLICITAÇÃO
---	---	---------------------

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

DADOS DA HISTÓRIA CLÍNICA E DO EXAME FÍSICO

*c7 parafusos  
03 placas*

EXAMES COMPLEMENTARES

TRATAMENTO

PROCEDIMENTO AUTORIZADO

DESCRIÇÃO DO NOVO PROCEDIMENTO

AUTORIZADO	MOTIVO DA REJEIÇÃO
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

DATA DA AUTORIZAÇÃO/REJEIÇÃO	MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA/CARIMBO)	CPF / MÉDICO AUTORIZADOR	MÉDICO COORDENADOR DA AUDITORIA (ASSINATURA/CARIMBO)
------------------------------	---	--------------------------	--

Time	HR	RR	SpO2	%	Pulse	bpm	PAIN:	/	respirg	Temp:	°c	SINUS RHYTHM		
												HR	RR	
30	45	18	PRC	98	SpO2:	98	%	Pulse:	bpm	PAIN:	/	respirg	Temp:	°c
60	45	18	PRC	98	SpO2:	98	%	Pulse:	bpm	PAIN:	/	respirg	Temp:	°c
90	45	18	PRC	98	SpO2:	98	%	Pulse:	bpm	PAIN:	/	respirg	Temp:	°c
120	45	18	PRC	98	SpO2:	98	%	Pulse:	bpm	PAIN:	/	respirg	Temp:	°c
180	45	18	PRC	98	SpO2:	98	%	Pulse:	bpm	PAIN:	/	respirg	Temp:	°c

**REGISTRO DEL VOLUMEN MAGNETICO (en el orden de lectura o adquisición de SIRPA)**

## HONORABLE:

**EDON / I. ISM / INAO - Internestdaten 0-10-**

*Present at* the time of death 0-10: Locality

~~Arrestado administrado na SRPA após ocorrência sobre a qual~~  
~~misteriosa envolvendo morte de sorrateiro~~

## ASSIGNATURES

HIGHWAY

~~Ret en cours de route elle reçut de l'avis que son père~~

REVIEWS

**REVISÃO DO ÍNDICE DE ALDRETT E KROLIK - IAK**

(Puntaje máximos para 100 - 60 puntos)	Valor	0	20	40	60	80	100	Observaciones
Cognitivo: recordar los materiales	02							
Cognitivo: recordar los 60 materiales	01	1	1					
Incapacidad de recordar los materiales	0							
Expresión: presentación de sus temas favoritos	02							
Expresión: presentación de sus temas favoritos	01	2	2					
Rendimiento	0							
PA: mantiene su rendimiento dentro del nivel pre anestésico	02							
PA: cae en niveles BIS - 80% de nivel pre anestésico	01	2	2					
PA: cae en niveles BIS < 60% del nivel pre anestésico	0							
Rendimiento, actualizado por tiempo o no se aplica	02							
Despertar se satisface	01	2	2					
No recordar	0							
Indicar que sí tiene recordando con su ambiente	02							
Indicar que sí tiene recordando con su ambiente	01	2	2					
Despertar: que el paciente cumple con su función	0	2	2					

## **IORARIO E IL ALTA - L'ESPRESSO**

DEPARTAMENTO DE ESTATÍSTICA: ( ) MUNICIPAL: ( ) INTERNAMENTO: QUITO:

**ANESTESIA - ANESTESIOLOGIA - CRM SE 220**

Q12: What is the total number of hydros in the network? - 15-20 minutes

CRM-SE 2243

p. 47 John P. D. B. G. 150 mil hemodinamismo. Sin ~~discreto~~ ~~sintomas~~ ~~discreto~~ ~~sintomas~~

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

UNIDADE:

PACIENTE:

JOSÉ BISPO DOS SANTOS

MATRÍCULA:

IDADE:

SERVIÇO:

APTO:

QUARTO:

ENFERM.

LEITO:

CONVÉNIO:

DATA  
HORA

Evolução

10/03 P.D. INEMARO MNT. - LIGAGENS FRONHA  
BIMBIRODA, UND. TIBIAL, CAVO LIG.  
DADA UNIPLATE E VALCO, DORTORPOZAD  
RES C/T DE 30 MM NO 200WEN

Dr. Antônio F. Lima Afonso  
CRM 2500 - TEOT 8824

RAIOS X FEHC DATA 10/03/03  
INCIDÊNCIAS VISTO TÉCNICO



HOSPITAL DE CLÍNICAS  
DIAGNÉSTICO:

"DR. AUGUSTO LEITE"

Data:	<u>11/3/12</u>	Convênio:	Matrícula:
Paciente:	<u>José Bento</u>	Unidade:	Idade:
Internação:			Leito:

J J J Distribuição de Horário (02)

PRESCRIÇÃO

^  
7h à 13h ASS. 13h à 19h ASS. 19h à 7h ASS.

Distribuição de Horário

1- DIETA:  
2- HIDRATAÇÃO: ~~1 litro~~ 1 litro ~~1000 ml~~  
3- ANTAK 1 AMP + AD 18 ML IV 8/8H  
4- DIPIRONA 1 AMP + AD 8 ML IV SOS  
5- LUFTAL 40 GOTAS VO SOS

6- PLASIL 1AMP + AD 8ML IV SOS

7-NAUSEDRON 8 MG + SF 200ML IV SOS

## 8- GLICEMIA CAPILLAR 6/6H

**J - INSULINA REGULAR SUBCUTÁNEA CONFORME GLICEMIA:**

11 3E1 A 400-8111 ~400-10111

11-331 A 400±80I 3400±100I

13- MVA 58% SOS  
12- SL GLICEMIA > 100 mg/dL GLICOSE 23% 400ML IV

14- CLEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINA 5000UI SC 12/12H

15-CAPTOPRIL 25 MG SI SE BA > 160X100MMHG

16-TRAMAL 50 MG + SE 100ML IV SOS

17- MUDAR DECÚBITO DE 2/2H

18- FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA 2X/DIA

19-ÓLEO MINERAL 20ML VO  SNS

卷之三

20-SV6/6H

21. ~~Woburn~~ ~~100~~ ~~12/19/40~~

Maria Isabel Mota  
Téc. de Enfermagem  
COREN/SE 001.138.707

Maria Isabel Mol.  
Téc. de Enfermagem  
COREN/SE 001.138.707

MS-DATASUS  
VERSÃO: 13.60

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

O.E : M280030801

ESFERA : PRIVADO

ESPELHO DA AIH

PAG: 1

Nurn AIH : 281710054638-1

Situação : SEM ERRO

Tipo : 01-INICIAL

APRESENTAÇÃO: 05 / 2017

DATA : 10/04/2017

Especialidade : 01 - CIRURGICO

Orgão Emissor : M280030801 CRC:  
Doc autorizador : 209721234600005 Doc med resp : 206790814650009 Doc diretor clínico : 206790814650009 Doc médico solic : 980016000832767  
CNES : 0002283 - FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA CNS : 20005767312000-6

Paciente : JOSE BISPO DOS SANTOS

Data Nasc. : 31 / 12 / 1960 Sexo : MASCULINO

Nacionalidade : 010 - BRASIL

Tipo Doc. : Identidade

Doc : 5551463

Responsável pac. : JOSE BISPO DOS SANTOS

Nome da Mãe : DOLICE ROSA DOS SANTOS

Endereço : RUA ESTADOS UNIDOS 125 Bairro: AMERICA

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

Município : 280030 - ARACAJU UF : SE CEP : 49075-000 Telefone : (79)9684-70586 Muda Proc.? : NÃO

Procedimento solicitado : 04.08.05.049-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO

Procedimento principal : 04.08.05.049-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO

Diag. principal : S826-FRATURA DO MALEOLO LATERAL

Diag. secundário :

Complementar :

Carater atendimento : 02 - URGENCIA

Data internação : 10 / 03 / 2017 Data saída : 12 / 03 / 2017 Mot saída : 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIH01 :

AIH Anterior :

AIH Posterior :

[ Causas Externas (Acidente ou Violência) ]

CNPJ do Empregador : . / -

CNAER: -

Vinculo Previdencia :

CBOR : -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar	Valor p/	Qtde	Cmpt	Descrição
1	0408050497	980016000832767	225270(1)	0002283	0002283	1	03/2017	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA	
2	0408050497	980016281849502	225151(6)	3359948	3359948	1	03/2017	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA	
3	0702030724			02681701000169	02681701000169	1	03/2017	PARAFUSO ESPONJOSE 4,0 MM	
4	0702030899			02681701000169	02681701000169	1	03/2017	PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 3,5 MM	
5	0302050019	980016286434181	223635	0002283	0002283	1	03/2017	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM	
6	0302040021	980016286434181	223605	0002283	0002283	1	03/2017	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE	

DADOS DE OPM

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Reg. ANVISA	CNPJ Fabricante
3	000032687	02.681.701/0001-69				
4	000032687	02.681.701/0001-69				

CID SECUNDÁRIO

Cid	Característica	Descrição
W198	PREEXISTENTE	QUEDA SEM ESPECIFICACAO - OUTROS LOCAIS ESPECIFICADOS

Número de Nascidos Número de Saídas Nº Pré-Natal:

Vivos : Mortos : Altas : Transf.: Óbitos :

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

ASSINATURA E CARIMBO  
DIRETOR DO HOSPITAL

*Alta hospitalar 1163?*  
Dr. Ana Angélica Danta  
Superv. Médica / NUCCA  
CRM 2343  
CPF 880.011 135-1

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE / DATASUS		Sistema de Informações Gerais 12.3.4.2		< HOSPITAL JOÃO ALVES FILHO >	
Terminál 10 - 04/01/2018		Nome do Paciente		Opções	
NO. Boletim		1485557 Idade : 50 Anos		José BISPO DOS SANTOS	
Gênero:		06 - STUFINA		Motivo do Aendimento: 0001 - VITIMA DE ATROPELAMENTO	
Bairro:		06/02/2017 às 16:51 Saida: 06/02/2017 às 21:00 DI:		Medico Responsável: ALTA -> DECISAO MEDICA	
Procedência:		AMERICA		Motivo de Saida: ALTA	
Motivo do Aendimento:		0001 - VITIMA DE ATROPELAMENTO		Medico Responsável: RICARDO ARAUJO DE OLIVEIRA	
Paciente:		06/02/2017 às 16:51 Saida: 06/02/2017 às 21:00 DI:		CID Causa Mortal: NAO INFORMADO	
Sexo:		06 - STUFINA		Diagnóstico 1 (CID): NAO INFORMADO	
Identificação:		1485557		Final de Consulta	
TELEFONE PARA CONTINUAÇÃO:		TELEFONE (CENTER) PARA CONTINUAÇÃO		< FUGUP > - Sobe Mensagem (PGDOWM) - Desce Mensagem	



NOME: LOTE BISPO DOS SONS

RECONHECIMENTO

O PDIR SUPRIU DOD COM  
DIAGNOSTICO DE FRACTURA  
DO TORNOSCO DIA 22/01/ -  
2011 MAIS SENSIBILIDADE.  
AVALIZANDO C/ FRACURA  
CONVOLVIMENTOS E DESBIRES

CFO: 5-820

JO: 03/08/18

Dra. Antonio E. Lara Arce  
Ortopedista - Traumatologista  
CRM 2808 - TECIT 6824



NOME: LOTE BISPO DOS SANTOS

RELATÓRIO MÉDICO

O PACIENTE SE ENcontra DNO COM  
DIAGNÓSTICO DE FRatura  
DO TORNÁCIO DIA RECENTE -  
EM MAIOR QUANTIA.  
ANALISES C/ FRatura  
CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

COD: 5-820

*Dra. Antonio E. Lara Arce*  
Dra. Antonio E. Lara Arce  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 2808 - Ricot 6824  
03/08/18

AV: Desembargador Maynard, nº 174 -- tel.: 2106-7312  
CEP - 49005-210 - Aracaju - SE

MOD:022 HCAL



Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe

VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU  
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**PROCESSO:**

202040600106

**DATA:**

27/01/2020

**MOVIMENTO:**

Conclusão

**DESCRIÇÃO:**

Nesta data faço o processo eletrônico concluso.

**LOCALIZAÇÃO:**

Juiz

**PUBLICAÇÃO:**

Não



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU**  
**Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**PROCESSO:**

202040600106

**DATA:**

03/02/2020

**MOVIMENTO:**

Decisão

**DESCRIÇÃO:**

Cls. Por se presumirem verdadeiras as alegações de hipossuficiência deduzidas por pessoa natural, bem como por não verificar nos autos elementos que evidenciem a falta dos pressupostos legais para a sua concessão, defiro o pedido de justiça gratuita, nos termos do artigo 99, § 2º, do Código de Processo Civil. A petição inicial encontra-se de conformidade com o artigo 319 do CPC, não é caso de improcedência liminar do(s) pedido(s) e o direito que baseia a pretensão não veda a autocomposição, encaminhem-se os autos ao CEJUSC para designação de audiência de conciliação ou de mediação, citando a parte requerida para nela comparecer, intimando-se o primeiro, na pessoa de seu advogado, via DJe, para a mesma finalidade. Cite-se e intime-se a ré para comparecer à aludida audiência, ficando cientes que, em caso de desinteresse na autocomposição, deverão informar a este Juízo em até 10 (dez) dias antes da realização do ato, sendo obrigatória a manifestação de todos os litisconsortes (art. 334, §§ 5º e 6º, CPC). Em havendo a anuência quanto à realização da audiência, mas não chegando as partes ao acordo, o prazo para resposta, que será de 15 (quinze) dias, iniciar-se-á no dia seguinte à audiência (art. 335, caput e inciso I, do CPC).

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Sim



**Poder Judiciário do Estado de Sergipe  
Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito**

Nº Processo 202040600106 - Número Único: 0003453-32.2020.8.25.0001

Autor: JOSÉ BISPO DOS SANTOS

Réu: SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Movimento: Decisão >> Outras Decisões

Cls.

Por se presumirem verdadeiras as alegações de hipossuficiência deduzidas por pessoa natural, bem como por não verificar nos autos elementos que evidenciem a falta dos pressupostos legais para a sua concessão, **defiro o pedido de justiça gratuita**, nos termos do artigo 99, § 2º, do Código de Processo Civil.

A petição inicial encontra-se de conformidade com o artigo 319 do CPC, não é caso de improcedência liminar do(s) pedido(s) e o direito que baseia a pretensão não veda a autocomposição, encaminhem-se os autos ao CEJUSC para designação de audiência de conciliação ou de mediação, citando a parte requerida para nela comparecer, intimando-se o primeiro, na pessoa de seu advogado, via DJe, para a mesma finalidade.

Cite-se e intime-se a ré para comparecer à aludida audiência, ficando cientes que, em caso de desinteresse na autocomposição, deverão informar a este Juízo em até 10 (dez) dias antes da realização do ato, sendo obrigatória a manifestação de todos os litisconsortes (**art. 334, §§ 5º e 6º, CPC**).

Em havendo a anuência quanto à realização da audiência, mas não chegando as partes ao acordo, o prazo para resposta, que será de 15 (quinze) dias, iniciar-se-á no dia seguinte à audiência (**art. 335, caput e inciso I, do CPC**).

Na hipótese de não haver audiência – por desinteresse das partes ou por não ser admitida a autocomposição (**art. 334, § 4º do CPC**), o prazo para resposta terá como termo inicial o dia do protocolo do pedido de cancelamento da audiência de conciliação/mediação ou nos termos do art. 231 do CPC (**art. 335 do CPC**).

Observem as partes que a ausência injustificada à audiência de conciliação/mediação, será considerada atentatório à dignidade da justiça cabendo aplicação de multa de até 2% (dois por cento) da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa a ser revertida em favor da União ou do Estado (**art. 334, §8º, do CPC**).

Ficam as partes advertidas de que **o comparecimento para a audiência de conciliação acompanhadas de advogados é obrigatório** (**art. 334, §9º, do CPC**) e que poderão constituir representante com poderes para negociar e transigir, desde que por meio de procuração específica (**art. 334, §10, do CPC**).

Intimem-se as partes e patronos, observando a escrivania o disposto no **art.334, caput** § 3º, do CPC, que determina a citação da parte requerida com pelo menos 20 dias de antecedência da audiência designada, bem como que a intimação da parte autora deverá ser realizada na pessoa de seu advogado.

**Remetam-se os autos à Central/Núcleo de Conciliação (CEJUSC) para as providências visando realização dos atos ordenados.**

Aracaju/SE, 27 de janeiro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **RÔMULO DANTAS BRANDÃO, Juiz(a) de Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito, em 03/02/2020, às 11:20:08**, 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 **2020000228976-14**.



Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe

VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU  
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**PROCESSO:**

202040600106

**DATA:**

04/02/2020

**MOVIMENTO:**

Remessa

**DESCRIÇÃO:**

**LOCALIZAÇÃO:**

Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania de Aracaju

**PUBLICAÇÃO:**

Não



Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe

VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU  
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**PROCESSO:**

202040600106

**DATA:**

04/02/2020

**MOVIMENTO:**

Recebimento

**DESCRIÇÃO:**

**LOCALIZAÇÃO:**

Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania de Aracaju

**PUBLICAÇÃO:**

Não



Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe

VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU  
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**PROCESSO:**

202040600106

**DATA:**

04/02/2020

**MOVIMENTO:**

Audiência

**DESCRIÇÃO:**

<br/> Audiência de Conciliação/Mediação - Art 334 do CPC designada para o dia 03/04/2020, às 07h:45min, a ser realizada no(a) Fórum Gumersindo Bessa, na sala de audiências do CEJUSC PROCESSUAL: FGB - Pauta Conciliação/Mediação PROCESSUAL 02.

**LOCALIZAÇÃO:**

Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania de Aracaju

**PUBLICAÇÃO:**

Sim



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU**  
**Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**PROCESSO:**

202040600106

**DATA:**

04/02/2020

**MOVIMENTO:**

Ato Ordinatório

**DESCRIÇÃO:**

Em conformidade com o artigo 334, § 3º, CPC, considera-se intimada a parte autora, para a audiência designada, através de seu patrono, via DJE.

**LOCALIZAÇÃO:**

Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania de Aracaju

**PUBLICAÇÃO:**

Sim



Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe

VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU  
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**PROCESSO:**

202040600106

**DATA:**

05/02/2020

**MOVIMENTO:**

Expedição de Documento

**DESCRIÇÃO:**

Mandado de número 202040600601 do tipo (NCPC) - Mandado Citação e Intimação - Procedimento Comum - audiência [TM4145,MD150] <br/><br/> {Destinatário(a): SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT}

**LOCALIZAÇÃO:**

Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania de Aracaju

**PUBLICAÇÃO:**

Não



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SERGIPE  
Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania de  
Aracaju

Bairro - Cidade -  
Cep - Telefone -

Normal(Justiça Gratuita)



202040600601

PROCESSO: 202040600106 (Eletrônico)

NÚMERO ÚNICO: 0003453-32.2020.8.25.0001

NATUREZA: Procedimento Comum Cível

REQUERENTE: JOSÉ BISPO DOS SANTOS

REQUERIDO: SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

### CARTA DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

Através da presente, fica Vossa Senhoria **CITADO(A)** para a audiência de Conciliação ou de Mediação na forma do Art. 334, para a finalidade abaixo transcrita.

**Finalidade:** Comparecer a este Juízo para audiência de Conciliação ou de Mediação, de acordo com Arts. 334 e 344 do CPC. Não havendo autocomposição, o prazo para a contestação, 15 (quinze) dias, será contado na forma do Art. 335 do CPC. Fica advertido(a) que deverá comparecer a referida audiência acompanhado(a) de advogado(a) ou defensor(a) público(a).

**Despacho:** Cls. Por se presumirem verdadeiras as alegações de hipossuficiência deduzidas por pessoa natural, bem como por não verificar nos autos elementos que evidenciem a falta dos pressupostos legais para a sua concessão, defiro o pedido de justiça gratuita, nos termos do artigo 99, § 2º, do Código de Processo Civil. A petição inicial encontra-se de conformidade com o artigo 319 do CPC, não é caso de improcedência liminar do(s) pedido(s) e o direito que baseia a pretensão não veda a autocomposição, encaminhem-se os autos ao CEJUSC para designação de audiência de conciliação ou de mediação, citando a parte requerida para nela comparecer, intimando-se o primeiro, na pessoa de seu advogado, via DJe, para a mesma finalidade. Cite-se e intime-se a ré para comparecer à aludida audiência, ficando cientes que, em caso de desinteresse na autocomposição, deverão informar a este Juízo em até 10 (dez) dias antes da realização do ato, sendo obrigatória a manifestação de todos os litisconsortes (art. 334, §§ 5º e 6º, CPC). Em havendo a anuência quanto à realização da audiência, mas não chegando as partes ao acordo, o prazo para resposta, que será de 15 (quinze) dias, iniciar-se-á no dia seguinte à audiência (art. 335, caput e inciso I, do CPC).

**Data e horário da audiência:** 03/04/2020 às 07:45:00, **Local:** Fórum Gumersindo Bessa, na sala de audiências do CEJUSC PROCESSUAL: FGB - Pauta Conciliação/Mediação PROCESSUAL 02.

**Advertência:** O não comparecimento injustificado do autor ou do réu à audiência de conciliação é considerado ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revertida em favor da União ou do Estado.

#### Qualificação da parte ré:

**Nome:** SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

**Residência:** RUA SENADOR DANTAS, 5º ANDAR, 74

**Bairro:** CENTRO

**CEP:** 20031205

**Cidade:** RIO DE JANEIRO - RJ - RJ

#### Ilmº (a) Sr(a)

**Nome:** SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

**Residência:** RUA SENADOR DANTAS, 5º ANDAR, 74

**Bairro:** CENTRO

**CEP:** 20031205

**Cidade:** RIO DE JANEIRO - RJ - RJ

[TM4145, MD150]



Documento assinado eletronicamente por **IVONETE DOS SANTOS DE ALMEIDA**, Escrivão/Chefe de Secretaria/Secretário/Subsecretário de Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania de Aracaju, em 05/02/2020, às 07:03:56, 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 **2020000249482-26**.