



**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	Distribuição: 27/01/2020
Número Único: 0003453-32.2020.8.25.0001	Competência: Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

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 Apensados:

--

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



EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA ____ VARA CÍVEL 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: Luis Antonio Behrendorf 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 n.º 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 ressarcimento. 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: Newton 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

**DESO**COMPANHIA DE SANEAMENTO DE SERGIPE
SED: Rua Campo do Brito, 331, 13 de Julho, Aracaju-SE, 49020-360
CNPJ: 13.018.171/0001-90 - INSC. EST. 27.051.036-2**FATURA MENSAL**

*** ANEXO AVISO DE CORTE ***

Matricula

028963.9

Nome do Cliente

JACKELINE SANTOS M. FREIRE

Endereço

RUA VENEZUELA, 125, ARACAJU, 49080-530

Grupo/Setor/Conta/Ledante

015001/00248

Data da Leitura

04/10/2017

Hidrometro

A10F142875

Classificação / Economia

RES: 1

Leit. Anterior 1471
 Leit. Atual 1485
 Consumo Faturado (m3) 14
 Média de consumo (m3) 10
 Ocorrência da Leitura
 Data da Leit. Anterior 04/09/17
 Dias de Consumo 04
 Média diária (m3) 0.31
 Previsão para Próx. Leit. 03/11/17
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Serviços

Valor

AGUA		62,52
ESGOTO		50,01
080 MULTA P/IMPONTUALIDADE	0101	1,46
091 JUROS DE MORA	0101	0,48
094 ATUALIZACAO MONETARIA	0101	0,11

Mês Referência:

10/2017

VENCIMENTO: 17/10/2017

TOTAL A PAGAR R\$:

114,58

OUTUBRO ROSA: DECLARE SEU AMOR A VOCE MESMA. PREVINA-SE DO CANCER 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.

CANAL DE ATENDIMENTO: 0800 079 0195 - SAC: 4020-0195
AGÊNCIA VIRTUAL: www.deso-se.com.br/agenciavirtual

Qualidade da Água Distribuída (Decreto Federal nº 5.440/2005 - art. 5º inciso I)

Parâmetro	Turbidez	Cor	Cloro	Flor	Coliformes Totais	Escherichia Col.
Nº Mínimo de Amostras Exigidas	239	67	239		239	
Nº de Amostras Analisadas	376	376	376	376		376
Nº Mínimo de Amostras em Conformidade para Faturar	320	341	360		375	375

Favor Autenticar no Verso

**DESO**
COMPANHIA DE SANEAMENTO DE SERGIPE

COMPROVANTE DA DESO

Matricula

028963.9

Mês/Ano

10/2017 0

Vencimento

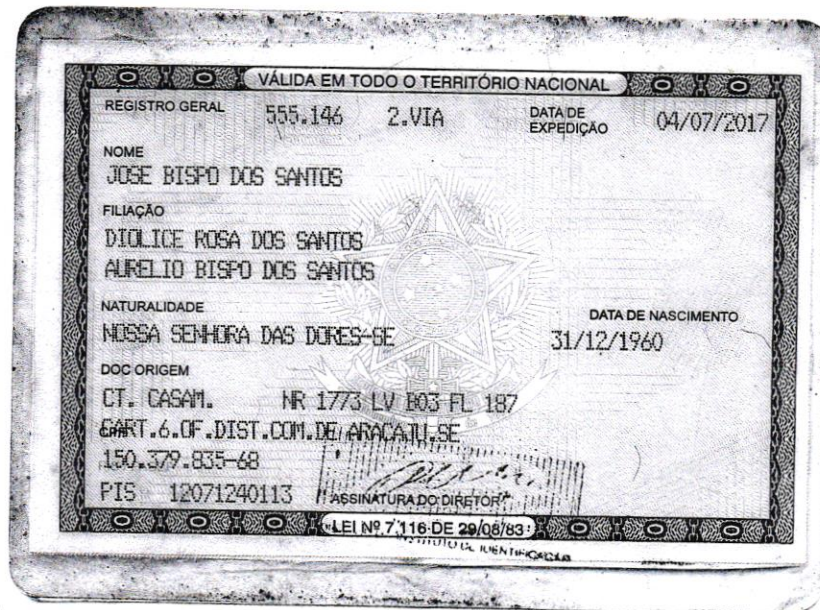
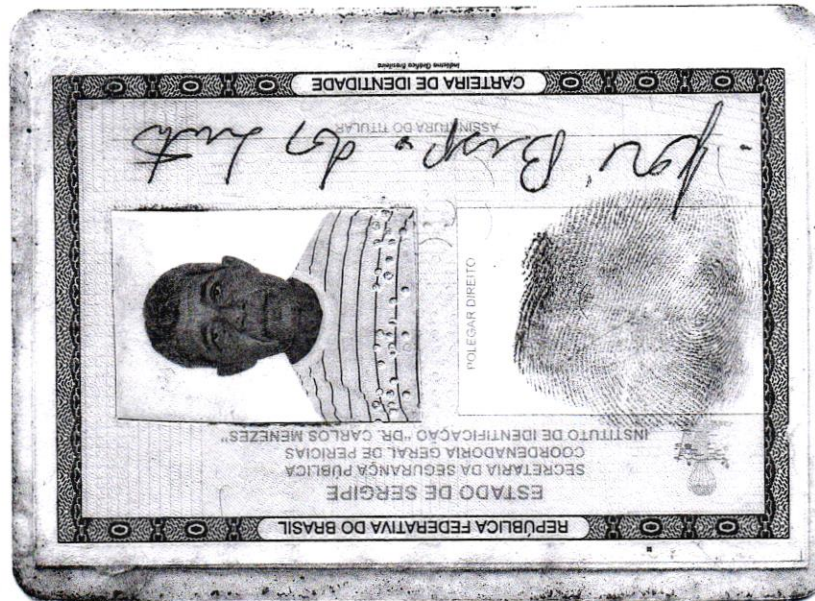
17/10/2017

TOTAL A PAGAR R\$

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



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: DIOLCE ROSA 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

CPF: 150.379.835-88

TÍT. ELEITOR: 000586822100

LOCAL DE EMISSÃO: SRTE/SE - ARACAJU

DATA DE EMISSÃO: 19/07/2016

ZONA: 027

CNH: 0019

CELESTE CRUZ MORAES KNAUSS

Supervisora Regional do Trabalho e Emprego/SE
ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /
DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

LEGENDA

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

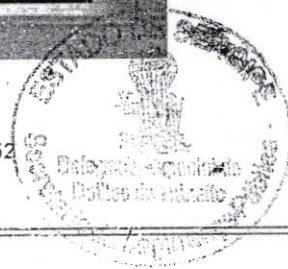
03



DELEGACIA ESP. DE DELITOS DE TRÂNSITO

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

FATO

Natureza: LEI 9.503/97 - LESAO CORPORAL CULPOSA NA DIRECAO 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: AMERICA Cidade: ARACAJU - SE Circunscrição: DELEGACIA ESP. DE DELITOS DE TRÂNSITO

Tipo de local: VIA PUBLICA 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/CGC: 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 cútis: 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: AMERICA 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

Última 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

Carlos Rodrigo Ribeiro de Almeida
Escrivão de Polícia Judiciária

Raimundo Renato Valença Junior
Responsável pelo preenchimento

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

DATA DA ENTRADA:

DATA DA SAÍDA:

INTERNAMENTO:

PS ()

ENFERMARIA ()

UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente em fase de queda de pressão arterial, após a hospitalização, com manutenção em torçozelo e elevando com edema local. Medicados, instabilizados. Receber alta.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx torçozelo G

MÉDICOS ASSISTENTES:

A. Samuel Machado

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

ARACAJU, 10 de abril de 2018

Ana Luiza Pinheiro Barreto
Especialista em UTI
CPF 138.478.555-53 CRM 789

Dr. Luiz P. Barreto
MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO/SAME/HUSE

Atenção: Paciente não responde a estímulos

Rx

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1485557
CNS:

DATA: 06/02/2017
SETOR: 06-SUTURA

HORA: 16:51

USUARIO: CMSLEITE

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE BISPO DOS SANTOS
IDADE.....: 50 ANOS NASC: 00/00/0000
ENDERECO.....:
COMPLEMENTO.....: BAIRRO: AMERICA
MUNICIPIO.....: ARACAJU UF: SE
NOME PAI/MAE...:
RESPONSAVEL...: TRAZIDO PELO SAMU
PROCEDENCIA...: AMERICA
ATENDIMENTO...: VITIMA DE ATROPELAMENTO
CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

DOC.....: SEM DOCUMENT
SEXO.....: MASCULINO
NUMERO.....: 1485557
Faturado
5 - Adm
HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

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: / /

Paciente vítima de queda de própria altura no canga de 06h com trauma em tornozelo esquerdo. Fratura com edema local. Algodão plomado fixado. Apresenta sinais de ingesto de álcool.

ANCTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1) Cloturem 75mg 1v 1x/6h
2) R. tornozelo 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.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. Sérgio Maciel
Medico
CRM 4337

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

pl May Ave

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, Prótese e Material Especial (OPME)
CENTRO CIRÚRGICO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Jose Bispo dos Santos Matrícula: 986626
Enfermaria: _____ Convênio: SUS
Diagnóstico: Fract. fechada
Procedimento realizado: Red. cl. fracos
Data da utilização: 10/03/17

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome: Dr. Antônio Leão
CRM: _____

Dr. Antônio R. Leão Neto
Ocupação - Traumatologista
CRM 2008 - TEO 1 8879

IDENTIFICAÇÃO DOS PRODUTOS

Código INSS / SIMPRO	Quantidade Utilizada	Descrição dos produtos
	01	placa 1/2 tubular
	02	parafusos 6,3mm
	02	parafusos 6,3mm
		parafusos 6,3mm

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: Ortoplan CNPJ: _____
Carimbo e assinatura: _____

CONTROLE DA FARMÁCIA

Data do recebimento: _____
Farmacêutico: _____

1ª via - Prontuário

2ª via - Fornecedor

3ª via - Farmácia



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

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Jose Bispo dos Santos Matrícula: 986628
Enfermaria: _____ Convênio: SUS
Diagnóstico: Fract. fechada
Procedimento realizado: Red. e fixação
Data da utilização: 10/03/17

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome: Dr. Antônio Lore
CRM: _____

Dr. Antônio B. Lore Neto
Ortopedia - Traumatologia
CRM 2089 - 1207 800 4

IDENTIFICAÇÃO DOS PRODUTOS

Código INSS / SIMPRO	Quantidade Utilizada	Descrição dos produtos
	01	Placa 1/2 tubular
	02	parafusos corticais
	02	parafusos especiais

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: Ortoplan CNPJ: _____
Carimbo e assinatura: _____

CONTROLE DA FARMÁCIA

Data do recebimento: _____
Farmacêutico: _____

1ª via - Prontuário

2ª via - Fornecedor

3ª via - Farmácia



HOSPITAL DE CLÍNICAS "DR. AUGUSTO LEITE"
RELATÓRIO DO ATO CIRÚRGICO

UNIDADE:

PACIENTE:

MATRÍCULA:

IDADE:

CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

CIRURGIA REALIZADA:

CIRURGIÃO:

ANESTESIOLOGISTA:

AUXILIAR:

AUXILIAR:

AUXILIAR:

ANESTESIA UTILIZADA:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

EQUIPAMENTOS



B. E. / BIPOLAR



TRÉPANO ELÉTRICO



SERRA ELÉTRICA



MICROSCÓPIO CIRÚRGICO



FONTE DE LUZ / FIBRA ÓTICA

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO:

- 1 ANESTESIA-GENERAL
- 2 COLUNAÇÃO EM 100
- 3 INCISÃO MEDIAL TORNADO
- 4 REDUÇÃO FRATURA MÓVEL TÍBIA
- 5 FIXAÇÃO / PDRAS
- 6 INCISÃO VENTRAL TORNADO
- 7 REDUÇÃO FRATURA MÓVEL FIBULA
- 8 FIXAÇÃO / PDRAS
- 10.03.17

DATA

MÓD. 042-HCAL

ASSINATURA DO CIRURGIÃO

Dr. Antonio E. Lara Jr.
Ortopedia - Traumatologia
CRM 12222 - TEOT 6824

PACIENTE:

JOSE BISPO DOS SANTOS

MATRÍCULA:

IDADE:

SERVIÇO:

APTO:

QUARTO:

ENFERM.

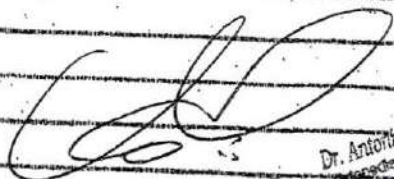
LEITO:

CONVÊNIO:

DATA:
HORA

EVOLUÇÃO

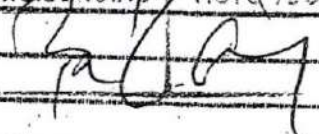
10/03 P.O. INZUMADO PNT. LAMUNIZO ZANNA
BIMBIZOROK, UNDAIS TIBID MADA, CONJUNTO -
BADA UNICHOMENIE E VALSO, DOUTORADO
EM O / T DE 30 ANOS DE EXERCÍCIO



Dr. Antonio E. Lami Arce
Ortopedia - Traumatologia
CRM 2003 - TEOT 6824

RAIOS X / FBHC DATA: 10/03/2007

INCIDÊNCIAS VISTA TÉCNICA





HOSPITAL DE CLÍNICAS
"DR. AUGUSTO LEITE"

Data: 02/11/2015 Convênio: _____ Matrícula: _____
Paciente: 2007 2400 ad 2200 Idade: _____
Informação em: 1 1 Unidade: _____ Letito: 22

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1	2	3	4	5	6	7	8	Distribuição de horário				Requisição de Enfermagem	
								1ª Turno	2ª Turno	3ª Turno	Plant	Dist. Equilibrado	
1	Repouso absoluto												
2	Dieta livre												
3	Soro fisiológico 1000 ml E.V. 20 gotas por minuto							500	200	200			
4	Cetorolona 01 gr E.V. de 6/6 horas.							120	120	120			
5	Dipirona 02 ml em 08 ml soro fisiológico E.V. de 6/6 horas.							120	120	120			
6	Cetoprofeno 100 mgs + 100 ml de soro fisiológico E.V. de 12/12 hrs							120	120	120			
7	Tramal 100 mgs. + 100 ml de soro fisiológico E.V. de 6/6 hrs.							120	120	120			
8	Cuidados gerais.												
3. CUIDADOS GERAIS													
 Dr. Antônio E. Lobo Aze Otorrinolaringologista CRM 206.760-7/RS													
 Mario José Mota Téc. de Enfermagem COREN/RS 001.138.707 MAT 03.147													
												Recebimento da Farmácia:	
												Hora: _____ Funcionário _____	
												Entrega na Unidade:	
												Hora: _____ Funcionário _____	
												 Joella F. Gouveia Coordenadora de Enfermagem CRM 1373	

DATA: 11.03.17		FC:		FR:		PA:		T:	
QCS:		PASS:		IMS:		MRC:		NC:	
Sodação:		QVA:		TI:		VC:		SpO ₂ :	
Modo:		PC:		I:E:		FR:		Sens:	
PIO ₂ :		PS:		IARS:		PaO ₂ /FIO ₂ :			
Cet:		Cdl:							

PROTÓCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOCE: () NÍVEL 1 / () NÍVEL 2 / () NÍVEL 3 / () NÍVEL 4

Assinatura: P.T. de ...

CONDIÇÃO: ☒ RESPIRATORIA MOTORA ☒ FISIOTERAPIA RESPIRATORIA
 RESGNAME: () S / () D / () P - Horas: () 2 / () 4 / () 6 - FALHOU PRQ?:
 () THB () EENM () MRA () TRE () VNI (tipo):
 () TEP ☒ Ex. Resp () Transporte () TMR () Monit () Inub
 () RPI ☒ Passiv () Cuff ☒ MAN () RCP () Extub
 Motora: () Passiva ☒ Ativo-assistida () Alvo () Resistido
 () SL () Sc / MMIII pend () SP () ORT () S/L () ME () DE

Sessão:	() P	() M	() G	() F	() E	() JMD	() JS	() JMS	() INP	() JAN	() MAR	() MAI	() JUN	() JUL	() AGO	() SET	() OUT	() NOV	() DEZ	
Nome:	Fábio Almeida																			
Profissão:	Fisioterapeuta																			
Nº de Matrícula:	2035-70																			
Endereço:	Fisioterapia/CREFITO																			
EXAMES REALIZADOS																				
EXAME	HORA						RESULTADOS													
GASQ:							pH:	P _a O ₂ :	PCO ₂ :	HCO ₃ :	BE:									
GASQ:							pH:	P _a O ₂ :	PCO ₂ :	HCO ₃ :	BE:									
RATO X:							OUTROS:													
DECLARA A TENDIMENTO NO TURNO:																				

Fisioterapeuta/CREFITO	Fisioterapeuta/CREFITO
<p>CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA</p> <p><u>DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:</u></p>	<p>CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA</p>



Autorização de
Procedimento de
Alta Complexidade

281710054638-1

Aracaju

Uma cidade para todos



AR

SAÚDE
TODO DIA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

Nº DO ATENDIMENTO:

Nº DO LAUDO:

Nº DO LAUDO SUPLEMENTAR:

Nº DO CARTÃO SUS OU CPF:
200057673120006/15037983568

985927
986626

DADOS DO ATENDIMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE

UNIDADE DE ORIGEM

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

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/ÓRGÃO 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

CARÁTER

TIPO LEITO

LEITO

ENFERMARIA

C.P.F. DIRETOR CLÍNICO

30.03.17 07:53 Urg 05 e-2 e. médico Geral 6.949.550.553-4

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura bimalar da mandíbula esquerda

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Alto risco de sangramento

PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO INICIAL(Suspeita Diagnóstica)

Fratura bimalar da mandíbula esquerda

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fratura bimalar da mandíbula esquerda

CID 10(do diagnóstico final)

S876

DIAGNÓSTICO FINAL(Responsabilidade do Médico que acompanha o paciente)

Fratura bimalar da mandíbula esquerda

DATA DA EMISSÃO DO LAUDO

30.03.17

CPF DO MÉDICO QUE SOLICITA O PROCEDIMENTO

2.747.990.5-07

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

04.05.497/0408050

Médico que Solicita a

Internação(Assinatura e Carimbo)

Dr. Wilson Teodoro
Médico - Ortopedia Traumatologia
CRM-SE 4000

CLÍNICAS

☐ 1-CIRÚRGICA

☐ 2-OBSTÉTRICA

☐ 3-CLÍNICA MÉDICA

☐ 4-CUIDADOS PROLONGADOS

☐ 5-PSQUIÁTRICA

☐ 6-TSIO PNEUMO

☐ 7-PEDIÁTRICA

☐ 8-REABILITAÇÃO

SIS/PRÉ-NATAL

Nº DE CADASTRO DA

GESTANTE

Nº DO CÓDIGO DO

PROCEDIMENTO

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

RESPONSABILIDADE DO NUCCAR

PROBLEMA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	TIPO	SITUAÇÃO DO LAUDO <input type="checkbox"/> APROVADO <input type="checkbox"/> REJEITADO <input type="checkbox"/> MUDAR O CÓDIGO DE PROCEDIMENTO PARA:

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

O.E.: M280030801

ESFERA: PRIVADO

APRESENTAÇÃO: 05 / 2017

DATA: 10/04/2017

Núm 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 : 209721234800005 Doc med resp : 206790614650009 Doc diretor clínico : 206790614650009 Doc médico solíc : 980018000832767
CNS : 0002283 - FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA 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 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 : CNAER : -

Vínculo Previdência : CBOR : -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtd	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	980016281849502	225151(6)	02681701000169	02681701000169	1	03/2017 PARAFUSO ESPONJOSO 4.0MM
4	0702030899	980016281849502	225151(6)	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. 12966, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

Alta Hospitalar 11/03/17

Dr^a Angélica Dantas
Superv. Médica / NUCCA
CRM 2343
CPF 880.011.135-11



HOSPITAL DE CLÍNICAS
"DR. AUGUSTO LEITE"

Data: 10/04/15 Convênio: _____ Matrícula: _____
Paciente: 0017 2400 00 0000 Idade: _____
Internado em: 1 1 Unidade: _____
Leito: 02

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Distribuição de horário

Requisição de Enfermagem

1. Repouso absoluto

2. Dieta livre

3. Soro fisiológico 1000 ml E.V. 20 gotas por minuto

4. Cetatolona 01 gr E.V. de 6/6 horas.

5. Dipirrona 02 ml em 08 ml soro fisiológico E.V. de 6/6 horas

6. Cetoprofeno 100 mgs + 100 ml de soro fisiológico E.V. de 12/12 hrs

7. Tramal 100 mgs. + 100 ml de soro fisiológico E.V. de 6/6 hrs.

8. Cuidados gerais.

3. CLEANE DORCAS SIMO

Dr. Antônio E. Lora-Arg
Quarta-Feira, 09/04/2015
Cep: 2400 - 1501-6024

Maria Isabel Mota
Téc. de Enfermagem
COREN/SE 001.138.707
11/03/14

Joélia F. Gouveia
Enfermeira
09/04/2015

Recebimento da Farmácia:

Hora: _____ Funcionário: _____

Entrega na Unidade:

Hora: _____ Funcionário: _____



HOSPITAL DE CLÍNICAS

"DR. AUGUSTO LEITE"

DIAGNÓSTICO:

Data: 11/3/12

Convênio:

Matrícula:

Paciente: José Rival

Idade:

Internação: 1

Unidade:

Leito:

002

PRESCRIÇÃO

Distribuição de Horário

1º Turno

2º Turno

3º Turno

7h às 13h

13h às 19h

19h às 7h

Ass.

1- DIETA:

lul

2- HIDRATAÇÃO:

Steve Urano Primavera

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 1 AMP + AD 8 ML IV SOS

7- NAUSEDRON 8 MG + SF 200ML IV SOS

8- GLICEMIA CAPILAR 6/6H

9- INSULINA REGULAR SUBCUTÂNEO CONFORME GLICEMIA:

10- <200= 0 201 A 250= 2UI 251 A 300= 4UI 301 A 350= 6UI

11- 351 A 400= 8UI >400=10UI

12- SE GLICEMIA < 70 FAZER GLICOSE 25% 40ML IV

13- MV A 50% SOS

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

15- CAPTOPRIL 25 MG SL SE PA > 160X100MMHG

16- TRAMAL 50 MG + SF 100ML IV SOS

17- MUDAR DECÚBITO DE 2/2H

18- FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA 2X/DIA

19- ÓLEO MINERAL 20 ML VO SOS

20- SV 6/6H

21- Mupirocina 2% 2X 6/6H

Infusão 1000cc 12/12h

CI 11/12h

Maria Isabel Mota
Téc. de Enfermagem
COREN/SE 001.138.707

Maria Isabel Mota
Téc. de Enfermagem
COREN/SE 001.138.707

12/12h

18/12h

24

06

12/12h

18/12h

24

06

12/12h

18/12h

24

06

12/12h

18/12h

24

06

12/12h

18/12h

24

06

12/12h

18/12h

24

06

PACIENTE:

João B. C.

MATRÍCULA:

IDADE:

SERVIÇO:

APTO:

QUARTO:

ENFERM.

LEITO:

CONVÊNIO:

DATA II
HORA

EVOLUÇÃO

(11) 3 (12)

Dr. Kleber
Nada de aneurisma
aprox. 100%
Dr. Alberto Henrique

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME:		
IDADE:	LEITO:	RESERVAÇÃO:

Data: 07:00 - 13:00 h		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"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Nenhum		NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero		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	
EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero		DIURESE: <input type="checkbox"/> Ausente: ____ horas <input type="checkbox"/> Presente: ____ vezes		Ingestão: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico			
		<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <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"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Nenhum		NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero		ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	
EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero		DIURESE: <input type="checkbox"/> Ausente: ____ horas <input type="checkbox"/> Presente: ____ vezes		Ingestão: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico	
		<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade		Alterações na urina:	

Data: 11/03/14		BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Neurótico <input type="checkbox"/> Obeso		COMPANHIA: <input checked="" type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar - <input type="checkbox"/> Profissional		LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado	
19:00 - 07:00 h		CENOTECIA: <input type="checkbox"/> Aberta <input checked="" type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> Delirando <input type="checkbox"/> Irritável		ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Incoerente		Linguagem por Procedimento: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
NUTRIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero		vezes		INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico			
EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Solta <input checked="" type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero		vezes		Alterações nas fezes:			
CULRESE: <input type="checkbox"/> Ausente: <input type="checkbox"/> horas <input checked="" type="checkbox"/> Presente: <input type="checkbox"/> vezes		<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade		Alterações na urina:			

[illegible][illegible][illegible]



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 10/03/17

PACIENTE: <u>José Bispo dos Santos</u>		MATRÍCULA: <u>986626</u>		CONVENIO: <u>SUS</u>		
IDADE: <u>56a</u>	SEXO: <u>M</u>	COR: <u></u>	APTO: <u></u>	QUARTO: <u></u>	ENFERMARIA: <u></u>	LEITO: <u>-</u>
CIRURGIÃO: <u>Antônio Lave</u>			ANESTESISTA: <u>Isabella Souza</u>			
1º AUXILIAR: <u></u>			2º AUXILIAR: <u></u>			
DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATORIO: <u>fratura tornozelo E</u>						
DIAGNOSTICO POS-OPERATORIO: <u></u>						
CIRURGIA PROPOSTA: <u>Tto cir. fratura tornozelo E</u>						
CIRURGIA REALIZADA: <u></u>						
PRÉ-MEDICAÇÃO: <u>-</u>				HORA: <u></u>	RESULTADO: <u>1-2-3-4-5-6</u>	
INÍCIO DA ANESTESIA: <u>15:00 → 16:00h</u>		INÍCIO DA OPERAÇÃO: <u>15:10 → 15:55h</u>		ALTURA DA ANESTESIA: <u></u>	RISCO OPERATORIO: <u>1-2-3-4</u>	ESTADO FÍSICO: <u>1-2-3-4-5-6-7</u>

<input checked="" type="checkbox"/> MONITOR ECG		<input checked="" type="checkbox"/> CÍMETERO PULSO		<input type="checkbox"/> CAPNÓGRATO		<input checked="" type="checkbox"/> PAM NÃO INVASIVA		<input type="checkbox"/> VENTILADOR									
FLUIDOS: <u>RL 500</u>		<u>SF 500</u>		<u>60</u>		<u>120</u>		<u>180</u>		<u>240</u>		<u>300</u>		<u>360</u>		<u>420</u>	
DROGAS																	
② Bupivacaína ①																	
15mg																	
morfina 80mg																	
→ Roqui																	
① midazolam 5mg																	
③ Nibuprodil 0.5mg																	
Clordina 20																	
Dexametasona 10mg																	
ondansetrona 8mg																	
Dipriona 20																	
ANOTAÇÕES																	
<p>Diagnóstico: fratura de tornozelo direito, 28h de evolução, sem sinais de infecção. Exame físico: membros inferiores sem alterações. Anestesia: sedação com Roqui e midazolam. Cirurgia: fratura de tornozelo direito, fixada com placa e parafusos. Pós-operatório: paciente em observação, sem alterações.</p>																	

AGENTES ANESTÉSICOS:

TÉCNICA: Roqui + sedaçãoINDUÇÃO: MidazolamTÉCNICA: Posição Apos:DURAÇÃO OPERAÇÃO: DURAÇÃO ANESTESIA: CONSCIÊNCIA: POB OPERATORIO: ☐ LTI ☒ SRPADESTINO DA SRPA: ☐ LEITO ☐ ALTA HOSPITALARCONDIÇÕES: OBSERVAÇÕES:

Isabella Souza
Anestesiologista
CRM-SE 3347



Autorização de
Procedimento de
Alta Complexidade

281710054638-1



AR



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

Nº DO ATENDIMENTO: 983927
986626
Nº DO LAUDO: Nº DO LAUDO SUPLEMENTAR: Nº DO CARTÃO SUS OU CPF: 200057673120006/15037983568
DADOS DO ATENDIMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE
UNIDADE DE ORIGEM: FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
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
NOME DA MÃE: DIOLICE ROSA DOS SANTOS
NATURALIDADE(CIDADE/UF): N.SRA.DAS DORES-SE
ENDEREÇO(RUA,Nº,BAIRRO): RUA ESTADOS UNIDOS N.118,América
DOC.DE IDENTIDADE/ORGÃO EMISSOR: 5551463 SSP/SE
MUNICÍPIO ONDE RESIDE: ARACAJU / SE
CEP: 49080000
DATA DO NASCIMENTO: 31/12/1960
SEXO: MASCULINO

DADOS DA INTERNAÇÃO

DATA: 30.03.17 HORÁRIO: 07:53 CARÁTER: Urgente TIPO LEITO: 05 LEITO: e-2 ENFERMARIA: e-2 C. P.F.DIRETOR CLÍNICO: 6.949.550.553-4
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura bimalar da mandíbula esquerda

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Alta após cirurgia

PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO INICIAL(Suspeita Diagnóstica): Fratura bimalar da mandíbula esquerda
DESCRÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento cirúrgico
CID 10(do diagnóstico final): S82.6
DIAGNÓSTICO FINAL(Responsabilidade do Médico que acompanha o paciente): Fratura bimalar da mandíbula esquerda

DATA DA EMISSÃO DO LAUDO: 30/03/17 CPF DO MÉDICO QUE SOLICITA O PROCEDIMENTO: 327478903-07 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: 04.8.5.457/0408050

Médico que Solicita a Internação(Assinatura e Carimbo):
Dr. Gilson Teodoro
MIR - Ortopedia Traumatologia
CRM-SE 4003

CLÍNICAS

- ☐ 1-CIRÚRGICA ☐ 5-PSIQUIÁTRICA
☐ 2-OBSTÉTRICA ☐ 6-TSIOPNEUMO
☐ 3-CLÍNICA MÉDICA ☐ 7-PEDIÁTRICA
☐ 4-CUIDADOS PROLONGADOS ☐ 8-REABILITAÇÃO

SIS/PRÉ-NATAL
Nº DE CADASTRO DA GESTANTE
Nº DO CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

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

RESPONSABILIDADE DO NUCCAR

PROBLEMA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	TIPO _____ _____ _____ _____	SITUAÇÃO DO LAUDO <input type="checkbox"/> APROVADO <input type="checkbox"/> REJEITADO <input type="checkbox"/> MUDAR O CÓDIGO DE PROCEDIMENTO PARA:
--	--	---

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

O.E.: M280030801

ESFERA: PRIVADO

APRESENTAÇÃO: 05/2017

DATA: 13/04/2017

Num AIH: 281710054638-1

Situação: DIGITADA

Tipo: 01-INICIAL

Apresentação: 05/2017

Data Autorização: 10/03/2017

Especialidade: 01 - CIRURGICO

Orgão Emissor: M280030801

CRC:

Doc autorizador: 209721234600006

Doc med resp: 206790614650009

Doc diretor clínico: 206790614650009

Doc médico solíc: 980016000832767

CNES: 0002283 - FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA 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

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

Município: 280030 - ARACAJU

UF: SE CEP: 49075-000

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

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 Óbito:

Caráter 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: -

Vínculo Previdência:

CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNPJ/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtde	Compt	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	0702030899	980016281849502	225151(6)	02681701000169	02681701000169	1	03/2017	PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 3,5 MM
4	0702030899	980016281849502	225151(6)	02681701000169	02681701000169	1	03/2017	PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 3,5 MM
5	0302040021	980016281849502	223605	0002283	0002283	1	03/2017	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM
6	0302040021	980016281849502	223605	0002283	0002283	1	03/2017	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE

DADOS DE OPM

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Req. 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. 12936, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente.

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

Dr. Ana Angélica Dantas
Superv. Médica - NUCCAR
CRM 2383
CPF 880.011.135-15

mes: 05
pag: 06/2017

PACIENTE:

João B. U

MATRÍCULA:

IDADE:

SERVIÇO:

APTO:

QUARTO:

ENFERM.

LEITO:

CONVÊNIO:

DATA:
HORA

EVOLUÇÃO

(11) 3 (12)

Recebi
Análise
exame
de Hg e Hct

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME:		
IDADE:	LEITO:	RESERVA:

Data: 07:00 - 13:00 h		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"/> Alerta <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"/> Zero		vezes		INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorético			
EVAQUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero		vezes		Alterações nas fezes:			
DIURESE: <input type="checkbox"/> Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes		<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade		Alterações na urina:			

Assinatura e Identificação

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"/> Alerta <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"/> Zero		vezes		INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorético	
EVAQUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero		vezes		Alterações nas fezes:	
DIURESE: <input type="checkbox"/> Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes		<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade		Alterações na urina:	

BIOTIPO: ☐ Caquético ☐ Eutrófico ☐ Obeso COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☐ Familiar ☐ Profissional LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado
 CONDIÇÃO: ☐ Alente ☐ Verbal ☐ Delirante ☐ Nenhum ORIENTAÇÃO: ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confinado ☐ Inapassível (Assinatura por Processo) ☐ Não ☐ Sim
 Data: 14/08/07
 NUTRIÇÃO: ☐ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero vezes INGESTÃO: ☐ Aumentada ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico
 EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero vezes Alterações nas fezes:
 DIÍRESE: ☐ Ausente: ____ horas ☐ Presente: ____ vezes ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade Alterações na urina:

Horários	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06	Horários	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
Temperatura	35												Glicemia												
Pressão Arterial	130/90												Escala de Dor												
F. Cardíaca	76																								
F. Respiratória	18																								

Aspiração: (1) TOT (2) TDT (3) Orofaríngea (4) Nasal	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06
Taxa de Freqüência																								
Higiene: (1) Oral (2) Ocular (3) Intima	01																							
Banho: (1) Leite (2) Cadeira de banho (3) Banheiro	02																							
Curativo Operatório:	X																							
Curativo Escaras:																								
Mudança de Decúbito:	X																							
Elevação de Cabeceira:	X																							

Assinatura e identificação

Data: _____	
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
CONSCIENTE: <input type="checkbox"/> Atento <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Inermium	LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
CONDIÇÃO: <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Inermium	INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Contínuo <input type="checkbox"/> Intermitente
NUTRICÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	ALTERAÇÕES: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico
EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	ALTERAÇÕES NAS FEZES: _____
DIURESE: <input type="checkbox"/> Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	ALTERAÇÕES NA URINA: _____
<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificultado	

Horários												Horários											
08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Temperatura												Glicemia											
Pressão Arterial												Escala de Dor											
F. Cardíaca																							
F. Respiratória																							
Aspiração: (1) TOR (2) TDI (3) Orofaringe (4) Nasal																							
Tubo de Fricção:																							
Higiene: (1) Oral (2) Ocular (3) Íntima																							
Banho: (1) Leite (2) Cadeira de banho (3) Banheiro																							
Curativo Operatório:																							
Curativo Escaras:																							
Mudança de Decúbito:																							
Elevação da Cabeceira:																							

Assinatura e Identificação

p. 40

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. Antonio
hona

Grav. 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

CMG C2

C.M.B C2

PACIENTE

CARTÃO SUS: 200057673120006

ATENDIMENTO: 986626

NOME: JOSE BISPO DOS SANTOS

ENDERECO: RUA ESTADOS UNIDOS N.118 Nº: 125

BAIRRO: América

CIDADE: Aracaju

FONE: 988470586

DATA NASC.: 31/12/1960

EST.CIVIL : Solteiro

NOME DO PAI: Aurelio Bispo Dos Santos

NOME DA MAE: Diolice Rosa Dos Santos

UF: SE CEP: 49080000

CPF: 15037983568

R.G: 5551463

IDADE: 56 SEXO: Masculino

PROFISSÃO

Mauricio 20/03/2017

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 CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / T

AIH.:

alta - 12/03/2017
Rit cirurgia
Sec. Sindiane

12

RX - OK

Arce

MS-DATASUS
VERSÃO: 13.60

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
ESPELHO DA AIH

PAG.:

O.E: M280030801

ESFERA: PRIVADO

APRESENTAÇÃO: 05 / 2017

DATA: 13/04/2017

Num AIH: 281710054638-1

Situação: DIGITADA

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 solíc: 980016000832767

CNES: 0002283 - FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA 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

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

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: S826-FRATURA DO MALEOLO LATERAL

Diag. secundário:

Complementar:

Causa Óbito:

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: -

Vínculo Previdência:

CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Otd	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	0702030721	02681701000169	02681701000169	02681701000169	02681701000169	1	03/2017	PARAFUSO ESPONGIOSO 40MM
4	0702030899	02681701000169	02681701000169	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. 12935, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente.

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

Dr. Ana Amélia Dantas
Superv. Médica / MUCCAR
CRM 2343
CPF 880.011.136-15

mes: 05
pag: 06/2017

Uma cidade para todos

LAUDO MÉDICO SUPLEMENTAR

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

IDADE SOLICITANTE	CÓDIGO DA UNIDADE	CGC 13.016.332/0001-06
-------------------	-------------------	---------------------------

OME DO PACIENTE	DATA DE NASCIMENTO
-----------------	--------------------

OME DA MÃE	SEXO
------------	------

DEREÇO COMPLETO	MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
-----------------	-------------------------

DATA DE INTERCONSULTA	TIPO DE PROCEDIMENTO	NÚMERO DE PROCEDIMENTO	DATA DE INTERCONSULTA
-----------------------	----------------------	------------------------	-----------------------

TIPO DE SOLICITAÇÃO

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

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

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

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

<input type="checkbox"/> 21 - NOVA AIH	<input type="checkbox"/> 23 - CUIDADOS PROLONGADOS	<input type="checkbox"/> 25 - REABILITAÇÃO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
<input type="checkbox"/> 22 - PSIQUIATRIA	<input type="checkbox"/> 24 - ACOMPANHAMENTO PÓS-TRANSPLANTE		

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

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

DADOS DA HISTÓRIA CLÍNICA E DO EXAME FÍSICO

o 7 parafusos
o 3 placa

EXAMES COMPLEMENTARES

TRATAMENTO

PROCEDIMENTO AUTORIZADO

DESCRIÇÃO DO NOVO PROCEDIMENTO

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

DATA DA AUTORIZAÇÃO	
---------------------	--

MÉDICO SUPERVISOR (ASSINATURA / CARIMBO)	MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA / CARIMBO)	CPF / MÉDICO AUTORIZADOR	MÉDICO COORDENADOR DA AUDITORIA (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

Grav. 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

PACIENTE

CARTÃO SUS:200057673120006

ATENDIMENTO:986626

NOME: JOSE BISPO DOS SANTOS

ENDereco: RUA ESTADOS UNIDOS N.118 Nº: 125

BAIRRO: América

CIDADE: Aracaju

FONE: 988470586

DATA NASC.:31/12/1960

EST.CIVIL :Solteiro

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 / T

AIH.:

17

RX-OK



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL CIRURGIA

RASTREABILIDADE DE INTEGRADORES QUÍMICOS

NOME:	José Bispo dos Santos
NUMERO DE INTERNAMENTO:	986626
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO:	Resectomia de Tornozelo
CIRURGIÃO:	Dr. Antonio Soares
ENFERMEIRO:	Samanta
CIRCULANTE DE SALA:	Christine
ANESTESIOLOGISTA:	Dra. Szabela
INSTRUMENTADOR:	Madala
DATA:	10/03/17
SALA CIRÚRGICA:	08

GRAMPEAR INTEGRADORES QUÍMICOS NOS ESPAÇOS ABAIXO

LOTES	LOTES
5 CAPOTES	E - 10/03/17 LOTE 35
3 CAPOTES	V - 10/03/17 AUT IV

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

Obs.: permanecer junto ao prontuário

Uma cidade para todos

LAUDO MÉDICO SUPLEMENTAR

Nº DO LAUDO DE AIH	SEQUÊNCIA	Nº DO CARTÃO SUS	Nº DO PRONTUÁRIO 986626
--------------------	-----------	------------------	-----------------------------------

UNIDADE SOLICITANTE	CÓDIGO DA UNIDADE	CGC 19.016.332/0001-06
---------------------	-------------------	----------------------------------

OME DO PACIENTE	DATA DE NASCIMENTO
-----------------	--------------------

OME DA MÃE	SEXO
------------	------

ENDEREÇO COMPLETO	MUNICÍPIO QUE RESIDE
-------------------	----------------------

DATA DE INTERVENÇÃO	CATEGORIA	NÚMERO DE DIAS	TIPO DE PROCEDIMENTO
---------------------	-----------	----------------	----------------------

TIPO DE SOLICITAÇÃO

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

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

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

<input type="checkbox"/> 15 - DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> 16 - DIÁRIA DE UTI I	QTDE	<input type="checkbox"/> 18 - MUDANÇA DE AIH 1 PARA AIH 5
<input type="checkbox"/> 17 - MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			<input type="checkbox"/> 19 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5
			<input type="checkbox"/> 20 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5 - PÓS TRANSPLANTE

<input type="checkbox"/> 21 - NOVA AIH	<input type="checkbox"/> 23 - CUIDADOS PROLONGADOS	<input type="checkbox"/> 25 - REABILITAÇÃO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
<input type="checkbox"/> 22 - PSIQUIATRIA	<input type="checkbox"/> 24 - ACOMPANHAMENTO PÓS-TRANSPLANTE		

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

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

DADOS DA HISTÓRIA CLÍNICA E DO EXAME FÍSICO

07 parafusos
03 placa

EXAMES COMPLEMENTARES

TRATAMENTO

PROCEDIMENTO AUTORIZADO

DESCRIÇÃO DO NOVO PROCEDIMENTO

AUTORIZADO

☐ SIM ☐ NÃO

MOTIVO DA REJEIÇÃO

DATA DA AUTORIZAÇÃO

MÉDICO SUPERVISOR

(ASSINATURA / CARIMBO)

MÉDICO AUTORIZADOR

(ASSINATURA / CARIMBO)

CPF / MÉDICO AUTORIZADOR

MÉDICO COORDENADOR DA AUDITORIA

(ASSINATURA / CARIMBO)

PACIENTE:

JOSE BISPO DOS SANTOS

MATRÍCULA:

IDADE:

SERVIÇO:

APTO:

QUARTO:

ENFERM.

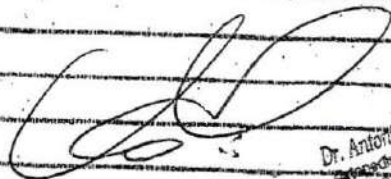
LEITO:

CONVÊNIO:

DATA:
HORA

EVOLUÇÃO

10/03 P.O. INFERNO DMT. LAMARCA EADNA
 BILHARDOR, UNID. TUBO DMR, CONDI-
 BADA VILHOMENSE E VALCO, DOUTORADO
 RJ C/T DE 30 MM DE 2005



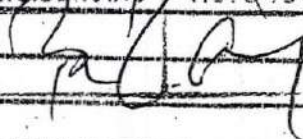
Dr. Antônio E. Lima Arce
 Especialista - Traumatologia
 CRM 2908 - TEOT 6824

RAIOS X/FRNC DATA

10/03/2007

INCIDÊNCIAS

VISTO TÉCNICO





HOSPITAL DE CLÍNICAS

"DR. AUGUSTO LEITE"

DIAGNÓSTICO:

Data:

Convênio:

Matrícula:

Paciente:

Idade:

Interação:

Unidade:

Leito:

PRESCRIÇÃO

Distribuição de Horário

1º Turno

2º Turno

3º Turno

7h às 13h

13h às 19h

19h às 7h

Ass.

1- DIETA:

2- HIDRATAÇÃO:

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 1 AMP + AD 8 ML IV SOS

7- NAUSEDRON 8 MG + SF 200ML IV SOS

8- GLICEMIA CAPILAR 6/6H

9- INSULINA REGULAR SUBCUTÂNEO CONFORME GLICEMIA:

10- <200= 0 201 A 250= 2UI 251 A 300= 4UI 301 A 350= 6UI

11- 351 A 400= 8UI >400=10UI

12- SE GLICEMIA < 70 FAZER GLICOSE 25% 40ML IV

13- MV A 50% SOS

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

15- CAPTOPRIL 25 MG SL SE PA > 160X100MMHG

16- TRAMAL 50 MG + SF 100ML IV SOS

17- MUDAR DECÚBITO DE 2/2H

18- FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA 2X/DIA

19- ÓLEO MINERAL 20 ML VO SOS

20- SV 6/6H

21-

Maria Isabel Mota
Téc. de Enfermagem
COREN/SE 001.138.707

Maria Isabel Mota
Téc. de Enfermagem
COREN/SE 001.138.707

Handwritten notes and signatures at the bottom of the page, including names like 'Engelberg', 'Ferreira', and 'Cortez', along with dates and times.

O.E.: M280030801

ESFERA: PRIVADO

APRESENTAÇÃO: 05 / 2017

Núm 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: 206790814650009

Doc diretor clínico: 206790814650009

Doc médico solíc: 980016000832767

CNES: 0002283 - FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA 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

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 Óbito:

Carater atendimento: 02 - URGENCIA

Modalidade: HOSPITALAR

Data internação: 10 / 03 / 2017

Data saída: 12 / 03 / 2017

Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO

Liberção SISAIH01:

AIH Anterior:

AIH Posterior:

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNPJ do Empregador: . . . / . . .

CNAER: -

Vínculo Previdência:

CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtde	Cmpt	Descrição
1	0408050497	980016000832767	225270(3)	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	980016281849502	223635	02681701000169	02681701000169	1	03/2017	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0 MM
4	0702030899	980016281849502	223635	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	Req. 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

Alta Hospitalar 11/03/17

Dr^a Angélica Danta
Superv. Médica / NUCCA
CRM 2343
CPF 880.011 135-11

MS - MINISTERIO DA SAUDE / DATASUS
 Sistema de Informacoes Gerais 12.3.4.2
 > HOSPITAL JOAO ALVES FILHO >
 > HOSPUB >
 Terminal 10 - 04/01/2018
 ANSI

Opcoes

Nome do Paciente

Mo. Boletim : 1485557 Idade : 50 Anos
 Identificacao : JOSE RIBEIRO DOS SANTOS

Sector : 06 - SUTURA
 Entrada : 06/02/2017 as 16:51 Saída:06/02/2017 as 21:00 DI: 1
 Procedencia : AMERICA
 Motivo do Atendimento: 0001 - VITIMA DE ATROPELAMENTO
 Motivo de Saída : ALTA - > DECISAO MEDICA
 Medico Responsavel : RICARDO ARAUJO DE OLIVEIRA
 CID Causa Externa : NAO INFORMADA
 Diagnostico 1 (CID) : NAO INFORMADO

Final de Consulta
 TECLIE <ENTER> PARA CONTINUAR ...

<PgUp> - Sobre Mensagem <PgDown> - Desce Mensagem



NOME: LOTE BISPO DOS SANTOS

RELATÓRIO MÉDICO

O PACIENTE SUPLENTE DO COM
DIAGNÓSTICO DE FRATURA
DO TORNANTE DA ROTA -
ZAN TAT. SURTICADO.
ANÁLISE C/FRATURA
CONJUGADA E REDUÇÃO

CID: S-820

Go: 03/08/18

Dr. Antonio E. Lara Arce
Ortopedia - Traumatologia
CRM 2808 - TEOT 6824



NOME: LOTE BISPO DOS SANTOS

RELATÓRIO MÉDICO

O PACIENTE SUPLENTE DO COM
DIAGNÓSTICO DE FRATURA
DO TORNADOZADO DA REGIÃO -
2º MET. HUMERUS.
ANALISE C/ TRAUMA
CONSOLIDADA E REABILITADO
CID: S-820

Dr. 03/08/18

Dr. Antonio E. Lara Arce
Ortopedia - Traumatologia
CRM 2808 - TEOT 6824

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 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 ato 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, capute § 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, 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:

 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]

 {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: CIs. 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, mediante preenchimento do número de consulta pública **2020000249482-26**.