



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

RIACHÃO DO DANTAS DA COMARCA DE RIACHÃO DO DANTAS
Rodovia, Bairro Centro, Riachão do Dantas/SE, CEP 49320000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202089100226
Número Único: 0000224-46.2020.8.25.0007
Classe: Procedimento Comum
Situação: Andamento
Processo Origem: *****

Distribuição: 11/02/2020
Competência: Riachão do Dantas
Fase: POSTULACAO
Processo Principal: *****

Assuntos

- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

Dados das Partes

Requerente: MACIEL PIAS DOS SANTOS

Endereço:

Complemento:

Bairro:

Cidade: RIACHAO DO DANTAS - Estado: SE - CEP: 49320000

Requerente: Advogado(a): ALEX SANDRO NASCIMENTO CONCEIÇÃO 5643/SE

Requerido: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT

Endereço: RUA SENADOR DANTAS, N° 74 -5º ANDAR, CENTRO

Complemento: 5º ANDAR

Bairro: CENTRO

Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20031201



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

RIACHÃO DO DANTAS DA COMARCA DE RIACHÃO DO DANTAS

Rodovia, Bairro Centro, Riachão do Dantas/SE, CEP 49320000

Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apenasdos:

--

Processos Dependentes:

--



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

RIACHÃO DO DANTAS DA COMARCA DE RIACHÃO DO DANTAS
Rodovia, Bairro Centro, Riachão do Dantas/SE, CEP 49320000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202089100226

DATA:

11/02/2020

MOVIMENTO:

Distribuição

DESCRIÇÃO:

Registro eletrônico de Processo Judicial sob nº 202089100226, referente ao protocolo nº 20200210172105713, do dia 10/02/2020, às 17h21min, denominado Procedimento Comum, de Invalidez.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Sim



**EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (ÍZA) DE
DIREITO DA VARA CÍVEL DA COMARCA DE RIACHÃO DO
DANTAS/SE**

MACIEL PIAS DOS SANTOS, brasileiro, maior, capaz, solteiro, portador da Identidade nº 3.897.326-0, CPF. Nº 868.168.745-01, residente e domiciliado na Loteamento Luciano I, n.º 07, Povoado Bomfim, Riachão do Dantas (SE), CEP: 49320-000, por meio do seu procurador devidamente constituído vem com todo o respeito perante Vossa Excelência, propor a presente:

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT

Frente a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, portadora do CNPJ nº 09.248.608/0001-04, situada na Rua Senador Dantas, 74, 5º Andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP. 20031-205, pelos motivos de fato e de direito que a seguir expõe:

DA JUSTIÇA GRATUITA

Requer o demandante o benefício da Justiça Gratuita, haja vista que não possui rendimentos suficientes para custear as despesas processuais e os honorários advocatícios em detrimento de seus sustentos e de sua família, nos termos dos artigos 5º LXXIV e 134 da Constituição Federal, combinado com os artigos 98 e seguintes do CPC, Lei 1.060/50 e Provimento nº 10/04 do TJ/SE.

Como prova do direito que requer, o demandante apresenta seu Cadastro Único demonstrando ser baixa renda, uma vez que sobrevive do benefício do programa bolsa família juntamente com seus familiares e está desempregado.

RELATO DOS FATOS

O requerente sofreu acidente automobilístico em 24/11/2019, estando como garupa na motocicleta HONDA/NXR150 BROS ES, ano 2011/2012, cor vermelha, placa OEN 9209, RENAVAM 004006516146, conduzida por José Valdir de Jesus Santos, conforme Boletim de Ocorrência em anexo.

Em decorrência do acidente, o autor pleiteou o benefício de seguro DPVAT perante a seguradora demandada, recebendo como sinistro o nº 3200005387.

No entanto, teve seu requerimento negado sob a justificativa de “não é possível, no momento, caracterizar invalidez permanente pleiteada”, consoante comunicação anexada.

Ocorre que, o autor apresentou seu prontuário médico hospitalar, atestado e receituário a fim de comprovar a sequela gerada em decorrência do acidente, o que não foi analisado pela demandada.

Ademais, a requerida não oportunizou ao demandante a realização de perícia, não direcionou o segurado ao perito para que o mesmo avaliasse acerca da invalidez, negando sem qualquer avaliação por perito especializado.

Portanto, diante da negativa, o autor busca amparo perante este judiciário, a fim de ser indenizado em razão das lesões sofridas, em grau a ser apurado em perícia judicial, com a devida correção monetária a partir da data do acidente em 24/11/2019.

DO DIREITO

Consoante disposto no artigo 3º da Lei 6.194/94, os danos cobertos pelo seguro DPVAT compreendem indenizações por morte, invalidez permanente e despesas com assistência médica:

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.

Os documentos apresentados comprovam a existência do acidente de trânsito, bem como nexo de causalidade entre o acidente e o dano decorrente, fazendo jus ao recebimento do seguro obrigatório, conforme previsão do artigo 5º da Lei 6194/74:

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.

Para comprovar o acidente o autor junta aos autos o Boletim de Ocorrência, documentos do veículo e prontuário médico hospitalar.

Considerando a existência do dano, urge a necessidade de realização da perícia para averiguar o grau de invalidez do autor, por ser fato constitutivo do seu direito.

Diante do exposto, o requerente comprova a existência do acidente, a existência do nexo causal entre o acidente e o dano sofrido, pelo que merece receber o seguro obrigatório.

DA DESINTERESSE DE AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO E MEDIAÇÃO

O autor manifesta que não possui interesse na audiência de conciliação nem mediação, conforme disposto no artigo 319, VII, CPC.

DOS PEDIDOS

Face a tudo que foi exposto e confiante na tutela do Poder Judiciário vem o requerente perante a Vossa Excelência requerer o seguinte:

A citação da requerida, para oferecer sua defesa no tempo oportuno sob pena de revelia e confissão ficta da matéria de fato, com o consequente julgamento antecipado da lide;



O deferimento da Assistência Judiciária Gratuita ao requerente, por estar enquadrado nos termos dos artigos 5º LXXIV e 134 da Constituição Federal, combinado com os artigos 98 a 102 do CPC, pois, encontram-se desprovido de recursos para custeio da presente ação sem prejuízo da própria manutenção, pelo que junta aos autos seu Cadastro Único, uma vez que sobrevive da renda do programa bolsa família, a fim de comprovar sua hipossuficiência;

A realização da perícia médica para ser constatada acerca da lesão do autor, assim como o grau;

A procedência dos pedidos, e consequentemente a condenação da seguradora demandada ao pagamento da indenização do seguro obrigatório no grau fixado pela perícia;

Informa o autor acerca do desinteresse na audiência de conciliação nem mediação.

Requer-se ainda a condenação da Requerida em honorários advocatícios, no valor de 20% sobre o valor da condenação custas processuais e demais cominações legais, levando-se em conta que os juros moratórios, em caso de recurso;

Protesta provar o alegado, por todos os meios de prova em direito admitidos, tais como depoimento pessoal do requerente e do representante legal da Requerida, depoimento de testemunhas e perícia, juntada posterior de outros documentos, arrolamento de outras testemunhas a outros meios de provas que se fizerem necessários para a bom andamento do feito.

Dá-se à causa o valor de R\$ 998,00 (novecentos e noventa e oito reais) para efeitos meramente fiscais.

**TERMOS EM QUE,
PEDE E ESPERA DEFERIMENTO.**

Lagarto (SE), 28 de janeiro de 2020.

***Bel. ALEX SANDRO N. CONCEIÇÃO
OAB/SE 5643***

***Bela. BARBARA SILVA DOS S. MACIEL
OAB (SE) 10.133***



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE(S): MACIEL PIAS DOS SANTOS, brasileiro, maior, capaz, solteiro, portador da Identidade nº 3.897.326-0, CPF. N° 868.168.745-01, residente e domiciliado na Loteamento Luciano I, n.º 07, Povoado Bomfim, Riachão do Dantas (SE), CEP: 49320-000, sem endereço eletrônico, pelo presente **INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO**, nomeia e constitui seu bastante procurador o advogado:

OUTORGADO(S): Dr. ALEX SANDRO NASCIMENTO CONCEIÇÃO, brasileiro, maior, capaz, solteiro, inscrito na OAB (SE), sob o número 5643, CPF n.º 909.406.795-15, com escritório profissional na Travessa Santa Luzia, nº 28 - Centro – Lagarto (SE), CEP: 49.400-000, Telefone (79) 3631- 7176 e **Dra. BARBARA SILVA DOS SANTOS MACIEL**, brasileira, maior, capaz, casada, inscrita na OAB (SE) nº 10.133, CPF nº 048.896.395-86, com escritório profissional na Travessa Santa Luzia, nº 28 - Centro – Lagarto (SE), CEP: 49.400-000, a quem confere:

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meu procurador o outorgado, concedendo-lhe os poderes para o foro em geral, com a cláusula "*AD JUDICIA ET EXTRA*", inclusive os enumerados na parte "*in fine*" do art. 105 do CPC, na presente AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas usando os recursos legais, acompanhando-os, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: a presente procuração outorga ao Advogado acima descrito, os poderes para confessar, desistir, remir, adjudicar, assinar escrituras públicas, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber citação, reconhecer a procedência do pedido, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, passar recibo, receber e dar quitação, fazer levantamento de depósitos judiciais, impugnar, assinar quaisquer termos e praticar quaisquer atos em defesa do outorgante, inclusive contestar, recorrer, pedir à justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, dando tudo por bom, firme e valioso.

Lagarto (SE), 07 de fevereiro de 2020.

Maciel Pias dos Santos

MACIEL PIAS DOS SANTOS







Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
868.168.745-01

Nome
MACIEL PIAS DOS SANTOS

Nascimento
25/08/2000

CÓDIGO DE CONTROLE
96F6.3BE9.96CB.7851



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 08:48:07 do dia 20/05/2019 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

SULGIBE

NOSSA ENERGIA

Companhia Sul Sergipana de Eletricidade
Rua Capitão Salomão, 314-Centro Estância/SE
CEP: 49200-000 CNPJ: 13.255.658.0001-98

www.sulgipe.com.br

0800-284-9909

FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA

UC / DV

92482 / 2

JOSEFA MARIA DOS SANTOS

LOT LUCIANO I, 7,
POV BOMFIM - Riachão do Dantas/SE - 49.320-000

Medidor: 4683509 - M

| Mês de Referência | Consumo kWh | Vencimento | Valor R\$ |
|-------------------|-------------|------------|-----------|
| 11/2019 | 38 | 28/11/2019 | 10,41 |

DADOS CADASTRAIS

anta Convencional
NPJ/CPF: 000 152 515-86
rupo/Subgrupo: B - B1r Ligação Monofásico
asse RESIDENCIAL - BAIXA RENDA - NIS: 20614711929
SEE criada pela lei nº 10.438 de 26/04/2002
ensão de Fornecimento (V) 127
mites adequados de Tensão (V), 117 a 133
MITES DAS TENSÕES DE FORNECIMENTO CONFORME
NEXO I DO MÓDULO 8 DO PRODIST
ÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 092482

HISTÓRICO DE CONSUMO - kWh

| Mês/Año | Consumo | Obs | Pagamento | Valor R\$ |
|---------|---------|------|-----------|-----------|
| 11/2019 | 38 | Lido | Em aberto | 10,41 |
| 10/2019 | 48 | Lido | Em aberto | 27,91 |
| 09/2019 | 45 | Lido | 11/09/19 | |
| 08/2019 | 52 | Lido | 19/09/19 | |
| 07/2019 | 30 | Lido | 19/09/19 | |
| 06/2019 | 30 | Lido | 19/09/19 | |
| 05/2019 | 30 | Lido | 24/07/19 | |
| 04/2019 | 30 | Lido | 19/09/19 | |
| 03/2019 | 30 | Lido | 17/06/19 | |
| 02/2019 | 30 | Lido | 22/07/19 | |
| 01/2019 | 30 | Lido | 22/07/19 | |
| 12/2018 | 30 | Lido | 13/05/19 | |
| 11/2018 | 30 | Lido | 08/03/19 | |
| | | | 08/03/19 | |

ITENS FATURADOS

| Descrição | Qtde. | VI. Unit. | Valor(R\$) |
|--------------------|-------|-------------|------------|
| CONSUMO de energia | | | |
| CONSUMO | 30 | x 0,21339 = | 6,40 |
| DIC BAND AMARELA | 8 | x 0,36582 = | 2,92 |
| DIC BAND VERMELHA | 25 | x 0,00560 = | 0,14 |
| IS | 13 | x 0,01615 = | 0,21 |
| OFINS | | | 0,08 |
| | | | 0,42 |

TOTAL A PAGAR R\$

10,41

| RIBUTOS | Base de cálculo(R\$) | Alíquota(%) | Valor(R\$) | DADOS TÉCNICOS |
|----------------------------|----------------------|-------------|------------|------------------------------------|
| (incluídos no valor total) | 0,00 | ISENTO | 0,00 | Inst transformadora:..... 1040183 |
| | 10,17 | 0,98 | 0,08 | Número do medidor:.... 4683509 |
| | 10,17 | 4,06 | 0,42 | Fator de multiplicação:..... 1,000 |
| | | | | Tipo de ligação:..... Monofásico |

INDICADORES DE CONTINUIDADE

| Conjunto SAQUINHO | Referência: 09/2019 | MENSAL | TRIMESTRAL | ANUAL |
|--|---------------------|----------------|------------|-------|
| EUSD 6,69 | | META DIC 11,45 | 22,90 | 45,80 |
| O consumidor tem o direito de solicitar a distribuidora a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo. | | APUR DIC 0,00 | 2,75 | 0,00 |
| O consumidor tem direito de receber uma compensação, caso sejam violados os limites de continuidade individuais relativos à unidade consumidora para apuração mensal, tri e anual. | | META FIC 7,67 | 15,34 | 30,69 |
| | | APUR FIC 0,00 | 2,00 | 0,00 |
| | | META DMIC 6,29 | | |
| | | APUR DMIC 0,00 | | |

RESERVADO AO FISCO 3033 0DF3 EAD5 67C1 109A AB7E 5ABC 189B
ResAnel2628/19_Bandeiras vigência 01/1/2019
ResAnel2551/19_Bandeiras vigência 01/06/2019

MENSAGEM

Benefício Tarifário: 29,80

A conta normal de consumo seria R\$ 24,06, porém tem um desconto da Tarifa Social de R\$ 14,39, restando a ser pago R\$ 9,67, que com os demais valores acima discriminados totaliza R\$ 10,41.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MACIEL PIAS DOS SANTOS,

RG nº 3.897.326-0, data de expedição 18/01/16, Órgão SSP/SE,

CPF nº 868.168.745-01, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

| | |
|-----------------------------------|----------------------------|
| Logradouro (Rua/Avenida/Praça) | <u>LOTAMENTO LUCIANO I</u> |
| Número | <u>07</u> |
| Apto / Complemento | <u>ZONA RURAL</u> |
| Bairro | <u>POVOADO BOMFIM</u> |
| Cidade | <u>RIACHÃO DO DANTAS</u> |
| Estado | <u>SERGIPE</u> |
| CEP | <u>49320-000</u> |
| Telefone de Contato | <u>(79) 99965-2437</u> |
| E-mail | |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: LAGARTO/SE 18/12/2019

Assinatura do Declarante: Maciel Pias dos Santos

FOLHA RESUMO CADASTRO ÚNICO - V7

I - INFORMAÇÕES RELATIVAS AO CADASTRO DA FAMÍLIA

1.01 Código Familiar: 23354800-90 1.10 Data da Entrevista: 12/08/2019

RENDIMENTO PER CAPITA DA FAMÍLIA: 45,00

II - ENDEREÇO DA FAMÍLIA

1.11 - Localidade: Povoado

1.12 - Tipo: DISTRITO

1.13 - Título:

1.14 - Nome: BOMFIM

1.15 - Número: 7

1.16 - Complemento do Número: CASA

1.17 - Complemento Adicional: LOT LUCIANO I

1.18 - Cep: 49320-000

1.20 - Referência para Localização:

III - COMPONENTES DA FAMÍLIA

RESPONSÁVEL FAMILIAR

4.02 - Nome Completo: JOSEFA MARIA DOS SANTOS

4.03 - NIS: 20614711929 4.06 - Data de Nascimento: 18/05/1971

4.07 - Parentesco com Responsável FILHO(A)

4.02 - Nome Completo: MACIEL PIAS DOS SANTOS

4.03 - NIS: 16420326223 4.06 - Data de Nascimento: 25/08/2000

4.07 - Parentesco com Responsável FILHO(A)

4.02 - Nome Completo: EZEQUIEL PIAS DOS SANTOS

4.03 - NIS: 16325817983 4.06 - Data de Nascimento: 28/11/2002

Ricardo do Dantas 24.09.2020

Local e Data

Josefa Maria dos Santos

Assinatura do Responsável pela Unidade Familiar

Assinatura do Entrevistador/Responsável pelo

Caso o RF não saiba assinar, o entrevistador registrará a expressão "A ROGO" e, a seguir, o nome do RF.

(A ROGO é a expressão jurídica utilizada para indicar que a identificação, substituindo a assinatura, foi delegada a outra

SINISTRO 3200005387 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MACIEL PIAS DOS SANTOS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA
LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO MACIEL PIAS DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 86816874501

Posição em 20-01-2020 17:24:28

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.

Histórico das correspondências enviadas

| Data da Carta | Referência | Ver Carta |
|---------------|------------------------------------|-----------|
| 13/01/2020 | PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO | |
| 11/01/2020 | ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT | |



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200005387**

Vítima: MACIEL PIAS DOS SANTOS

Data do Acidente: 24/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), MACIEL PIAS DOS SANTOS

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15350866



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE RIACHÃO DO DANTAS - RIACHÃO DO DANTAS - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 131603/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 12/12/2019 11:22 Data/Hora Fim: 12/12/2019 11:50
Origem: Data: 12/12/2019
Delegado de Polícia: Clever Farias de Oliveira Filho

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Riachão do Dantas
Data/Hora do Fato: 24/11/2019 16:30

Local do Fato

Município: Riachão do Dantas (SE) Bairro: Povoado Tanque
Logradouro: PRÓXIMO À ENTRADA DO POCOADO TANQUE

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza | Meio(s) Empregado(s) |
|----------------------------|----------------------|
| 20005: ACIDENTE COM LESÕES | Veículo |

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MACIEL PIAS DOS SANTOS (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Lagarto Sexo: Masculino Nasc: 25/08/2000
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Josefa Maria dos Santos

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 3.897.326-0

Endereço

Município: Riachão do Dantas - SE Nº: 07
Logradouro: RUA DO CAMPO
Bairro: POCOADO BOMFIM
Telefone: (79) 99855-9027 (Celular)

Nome Civil: JOSE VALDIR DE JESUS SANTOS (COMUNICANTE , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Riachão do Sexo: Masculino Nasc: 31/08/1992
Profissão: LAVRADOR
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: Querina Maria de Jesus

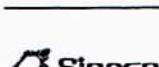
Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 24003042

Endereço

Município: Riachão do Dantas - SE Nº: 01
Logradouro: RUA VICENTE FONTES COSTA
Bairro: POCOADO BOMFIM
Telefone: (79) 99827-1709 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)



Delegado de Polícia Civil: Clever Farias de Oliveira Filho
Impresso por: Francisco Romildo Castro Neto
Data de Impressão: 12/12/2019 11:50

Pági
PPe - Procedimentos Polici

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO |
TABELLÃO LAURENTINO DE NASCIMENTO |
SUSTENTATÓRIA NANCY MARIA LIMA |
Tabelionato de Notas e Tabelião |
Início: 1999-01-01 | Fim: 2019-12-31 | CEP: 49600-000 | Telefone: (79) 99827-1709 |



Certifico e dou fé que esta fotocópia é
reprodução fiel do original que me foi
apresentado 18/12/2019 Escrevente
Deborah Santanna Santos Selo Digital
201929516082156 Site
www.tse.jus.br/x/JGRRXC



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE RIACHÃO DO DANTAS - RIACHÃO DO DANTAS - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 131603/2019

| | |
|---|------------------------------------|
| Grupo Veículo | Subgrupo Motocicleta/Motoneta |
| CPF/CNPJ do Proprietário 027.346.835-98 | Placa OEN9209 |
| Renavam 00406516146 | Número do Motor KD05E5C514060 |
| Número do Chassi 9C2KD0550CR514060 | Ano/Modelo Fabricação 2012/2011 |
| Cor VERMELHA | UF Veículo Sergipe |
| Município Veículo Riachão do Dantas | Marca/Modelo HONDA/NXR150 BROS ES |
| Modelo HONDA/NXR150 BROS ES | Veículo Adulterado? Não |
| Quantidade 1 Unidade | Situação Envolvido, Meio Empregado |
| Última Atualização Denatran 30/04/2015 | Situação do Veículo NADA CONSTA |

| Nome Envolvido | Envolvimentos |
|-----------------------------|---------------|
| Jose Valdir de Jesus Santos | Possuidor |

RELATO/HISTÓRICO

RELATA O NOTICIANTE QUE NO DIA, HORÁRIO E LOCAL SUPRAMENCIONADO ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTO E QUE NA GARUPA ESTAVA SEU COLEGA DE NOME MACIEL PIA DOS SANTOS. QUE FOI ULTRAPASSAR O ÔNIBUS DA EMPRESA COOPERTALSE QUE ESTAVA DESEMBARCANDO ALGUNS PASSAGEIROS. QUE TRANSITAVA SUA MOTO COM APROXIMADAMENTE 10 KM/H DURANTE A ULTRAPASSAGEM. QUE VINHA UM VEÍCULO NO SENTIDO CONTRÁRIO E ATINGIU A LATERAL DA MOTO . QUE A MOTO TEVE ALGUMAS AVARIAS, QUAIS SEJAM: LATERAL DO TANQUE, ESCAPAMENTO, PISCAS, ENTRE OUTROS. QUE SEU COLEGA DA GARUPA FRATROU A ESQUERDA E SE SUBMETEU A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. NADA MAIS.

ASSINATURAS

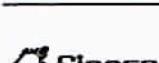
Francisco Romildo Castro Neto
M. 99002273771
Policia

Francisco Romildo Castro Neto
Responsável pelo Atendimento

Jose Valdir de Jesus Santos

(Envolvido / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderé responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei ontem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."





GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE ·
JOÃO ALVES PIRES

RECEITUARIO

| | | | | | |
|--|---------------------------|-----------|------|-------|------------|
| Paciente: | Maciel Pias dos Santos | REGISTRO: | 9807 | DATA: | 04/12/2019 |
| RECEITUARIO | | | | | |
| CEFALEXINA 500MG ----- 28CP | | | | | |
| ORAL 1 COMPRIMIDO A CADA 6H POR 3 DIAS | | | | | |
| NIMESULIDA 100MG ----- 20 CP | | | | | |
| ORAL 1 COMPRIMIDO A CADA 12H POR 10 DIAS | | | | | |
| LISADOR ----- 10 CP | | | | | |
| ORAL 1 COMPRIMIDO A CADA 12H SE DOR | | | | | |
| <i>Dr Thiago Nascimento</i> CRM 3782 | | | | | |

6 da noite
meia-noite
6 da manhã
meio-dia

3 dias

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DENATRAN

| | | | | |
|----------------------------|--|-----------------------------------|--------------------|-------------------|
| CS | DETTRAN-SE | Nº 015545312580 | | |
| B | CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO | | | |
| VIA | CÓD. RENAVAM | R.N.T.R.C. | | |
| 1 | 00406516146 | EXERCÍCIO | | |
| 6 | NOME | | | |
| 9 | VALMIR DE JESUS SANTOS | | | |
| 8 | ***** | | | |
| 2 | ***** | | | |
| 2 | CPF / CNPJ | PLACA | | |
| 1 | 027.346.835-98 | 0 EN 9209 | | |
| 6 | PLACA ANT. / UF | CHASSI | | |
| | 0 EN 9209/SE | 9 C 2 K D 0 5 5 0 C R 5 1 4 0 6 0 | | |
| ESPECIE TIPO | | COMBUSTÍVEL | | |
| PAS/MOTOCICLETA/ | | ALCO/GÁSOL | | |
| MARCA / MODELO | | ANO PAB. | ANO MOD. | |
| HONDA/NXR150 Bros ES | | 2011 | 2012 | |
| CAP / POT / CIL | | CATEGORIA | COR PREDOMINANTE | |
| 2P/12CV/145CC | | PARTIC | VERMELHA | |
| COTA ÚNICA | | VENO. COTA ÚNICA | VENO / COTAS | |
| I | PAGO | ***** | 1º ***** | |
| V | FAIXA IPVA | PARCELAMENTO / COTAS | 2º ***** | |
| A | ***** | ***** | 3º ***** | |
| PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) | | IOF (R\$) | PRÉMIO TOTAL (R\$) | DATA DE PAGAMENTO |
| SEM RESTRIÇÕES FINANCEIRAS | | | | |
| OBSERVAÇÕES PBT-28 | | | | |
| MOTOR: KD03E5C514960 | | | | |
| LOCAL | | DATA | | |
| RIACHO DO DANTAS-SE | | 04/09/2019 | | |
| EXPEDIOR | | | | |

CONTRAN

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEHÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS QUE NÃO SE COBERTO PELO SEGURO DPVAT

SE Nº 015545312580 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

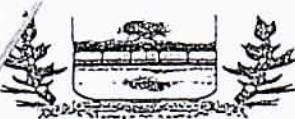
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

| | | |
|------------------------|----------------|-----------------------------------|
| EXERCÍCIO | DATA EMISSÃO | |
| 2010 | 04/09/2019 | |
| VIA | CPF / CNPJ | PLACA |
| ## | 027.346.835-90 | 0 EN 9209 |
| RENAVAM | | MARCA / MODELO |
| 406516146 | | HONDA/NXR150 Bros ES |
| ANO PAB. | CAT. TAN. | Nº CHASSI |
| 2011 | 9 | 9 C 2 K D 0 5 5 0 C R 5 1 4 0 6 0 |
| PRÉMIO TARIFÁRIO | | |
| INSS (R\$) | DENATRAN (R\$) | CUSTO DO SEGURO (R\$) |
| 36,04 | 4,00 | 40,05 |
| CUSTO DO BILHETE (R\$) | IOF (R\$) | TOTAL SERVICO FED. DESCRITO (R\$) |
| 4,15 | 0,32 | 44,37 |
| PAGAMENTO | | DATA DE QUITAÇÃO |
| COTA ÚNICA | | 02/09/2019 |
| PARCELADO | | |

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.406/0001-04

JUN/2019



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS
HOSPITAL E MATERNIDADE DONA CAÇULA

FICHA DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

DATA: 24/11/19

HORA DA ENTRADA: 15:59

PROTÓCOLO: 19354/19

RG: 3894326

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Hélcyl Rios dos Santos

CARTÃO SUS:

962623262230004

SEXO: MASC FEM

DATA DE NASCIMENTO: 25/08/2000 IDADE: 19

CPF:

NOME DA MÃE: Isaia Maria dos Santos

TELEFONE:

ENDEREÇO: Rua Benfim

BAIRRO:

CIDADE: Ribeirão Preto

EVALUAÇÃO DE RISCO

1 - QUEIXA / MOTIVO QUE LEVOU A PROCURAR O PRONTO SOCORRO:

Doença de resto, sem uso de medicamentos, febre, tosse, dor no abdômen.

2 - CRONOLOGIA/DURAÇÃO DA QUEIXA:

AGUDO: CRÔNICO:

3 - HISTÓRIA PREGRESSA: DM

UM: CARDIOPATIA: HAS: ALERGIA: MEDICAÇÃO: OUTROS:

4 SINAIS E SINTOMAS

| | | | |
|-----------|-------------------------|-----------|---|
| R23.0 | CIANOSI | R53/R63.0 | MALESTAR/FADIGA E /OU FALTA DE APETITE |
| R07.1 | DOR TORACICA | R19.1 | DIARRÉIA E /OU OBSTIPAÇÃO |
| R35.0 | DISPNEIA | R50 | FEBRE |
| R30.2 | SUDORESE | R20.2 | PARESTESIA |
| R40.0 | PALPITAÇÃO | R60 | EDEMA |
| R45.1 | SONOLENCIA | R42 | TONTURA |
| R45.1 | AGITAÇÃO | R26.2 | DIFICULDADE PARA ANDAR |
| R31/R30.0 | HEMATÚRIA E /OU DISURIA | R12 | NAUSEAS/VÓMITOS |
| R10 | DOR | R05 | TOSSE |
| R51 | CEFALÉIA | R23 | ALTERAÇÃO DE PELE |
| R10 | DOR ABDOMINAL | | |

5 DADOS VITrais

| P.A.X | PULSO: | TEMPERATURA: | RESP.: | GLICEMIA: | PESO: |
|--------|--------------------------|------------------------------------|--|---|-------|
| NORMAL | <input type="checkbox"/> | ALTERADO: <input type="checkbox"/> | COM RELAÇÃO A QUEIXA: <input type="checkbox"/> | SEM RELAÇÃO COMA QUEIXA: <input type="checkbox"/> | |

5 RISCO: BAIXO: 12,0 x 30 mmHg MODERADO: 12,0 x 30 mmHg ALTO:

2- ATENDIMENTO MÉDICO

1 - HISTÓRIA CLÍNICA:

Dores de dor no abdômen

2 - EXAMES FÍSICO:

Exame físico normal

3 - HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Doença de resto

4 - AVALIAÇÃO DE RISCO AVALIADO PELO MÉDICO:

BAIXO: MODERADO:

A

5 - CONDUTA TERAPÉUTICA:

Descanso e hidratação

Dr. Rafael Sandrinho
P.M.S.E.

3-CUIDADOS REALIZADOS

PRESCRIÇÃO MÉDICA :

CONFERÊNCIA

EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL :

CONFERÊNCIA

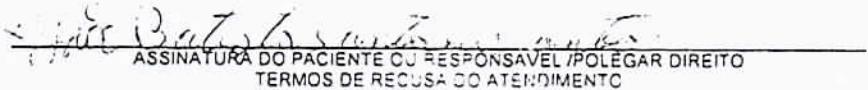
DIAGNÓSTICO FINAL

CONDUTA FINAL

SAÍDA

| | | |
|------------------------------------|---|---------|
| DATA: <input type="checkbox"/> | DATA: / / | HORARIO |
| INTENÇÃO: <input type="checkbox"/> | TRANSFERENCIA: <input type="checkbox"/> | |
| BITO: <input type="checkbox"/> | EVASÃO: <input type="checkbox"/> | |

RIACHÃO DO DANTAS / SE _____ / _____ / _____ (ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO) _____


ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL / POLÉGAR DIREITO
TERMOS DE RECUSA DO ATENDIMENTO

Eu, _____ por meio deste documento, assumo total responsabilidade pela recusa do atendimento/medicação, mesmo que isso traga danos à minha saúde ausentando de qualquer responsabilidade a equipe de serviço de atendimento hospitalar.

MEDICAÇÃO: INTERNAÇÃO: TRANSFERENCIA: ETC.:

HOSPITAL E MATERNIDADE DONA CAÇULA
AV.DR. LUIZ GARCIA, N°500
RIACHÃO DO DANTAS /SE - CEP: 49320 - 000
CONTATO: (79) 3431-1190 / 9 9990-0125



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE



ORTOPEDIA

Paciente: Maciel Pias dos Santos | Registro: 9807 | LEITO: A32 | DATA: 04/12/2019

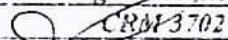
RECEITUARIO

PACIENTE INTERNADO DESDE O DIA 24.11.19 POR FRATURA
TIBIA (E) TRATAMENTO CIRURGICO COM FIXACAO
DURANTE O PERÍODO DE INTERNACAO HOSPITALAR RECEBE
ALTA HOSPITALAR HOJE. E ORIENTADO A MANTER SEGUIMENTO
AMBULATORIAL

S82

04 DE DEZEMBRO DE 2019

Dr Thiago Nascimento

 CRM 3702

AGENDAR RETORNO PELO TELEFONE

(79) 3234-3412

Dia: 30.12. - 7:00 horas - Dr. Pablo.

fazer novo ex

Ambulatório de retorno vigendo ao "Case"

NOME DO PACIENTE: Maciel Pires dos Santos

DATA DA ENTRADA: 24/12/2019

DATA DA SAÍDA: 04/12/2019

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário, sem ter contato profissional com o paciente, isto é, a responsabilidade do atendimento cabe aos médicos que o assistiram.

INTERNAMENTO: PS () ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente vítima de acidente de moto, trazido por amigos de Rio das Ostras. Nesse momento em óbito. Gloriosa 15. MTE imobilizado. Rx: fratura aberta da tíbia e fíbula. Foi submetida a fixação de fratura exposta em um primeiro tempo. Em 03/12/2019 foi submetida a redução e fixação de fratura.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

SOS anestesia: realizado redução e fixação de fratura da tíbia e fíbula e placas e parafusos.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Radiografias

Exames laboratoriais

ECG.

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr Eddeverton B. Nunes; Dr Rodrigo Afuca
Silva; Dr Renilvius Freitas Peralta;
Dr Tiago Freitas; Dr Paulo Selotti.

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

ARACAJU, 17 de Dezembro de 2019

Saleta Spontam de Carvalho

Análise de Prontuários/SAME/HUSE

CRM 1500

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

LST

Surgico de comorbidades f Vacine do rebaço?

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 87328

DATA: 24/11/2019 HORA: 18:20 USUARIO: ACFERREIRA

CNS:

SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : MACIEL PIAS DOS SANTOS
 IDADE: 19 ANOS NASC: 25/08/2000
 ENDERECO: POV BOMFIM
 COMPLEMENTO: 164203262230007 BAIRRO: ZONA RURAL
 MUNICIPIO: RIACHAO DO DANTAS UF: SE CEP...: 49320-000
 NOME PAI/MAE: MILTON PIAS DOS SANTOS /JOSEFA MARIA DOS SANTOS
 RESPONSAVEL: A MAE TEL...: 79
 PROCEDENCIA: RIACHAO DO DANTAS
 ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
 CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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: 18:30

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

intome de cobre metálico x corte (morcego) trazido por ambulância da unidade. uso de círculo. Nege desmaio e corte. Abcesso, febre, dor, urticaria, sanguinolência.
 ① dor círculo ferida, si dolor
 ② resfriado nasal
 ③ dor de ferida

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

raiva, abdome, corte e dor simas
 os círculos

④ ECG 15

⑤ mordedura corte - nio (frota exposta)

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Via: ① Solto radiofotogram de braço + coxa + punha ② em orçamento
 ② SF 0,9% 1000ml, 1v 18:30
 ③ Ringer 2l + 0,9% 1v 18:00
 ④ citoplasma 100g, 1v 18:00

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 [] APÓS 48HS

Educleverton B. Dantas
 MR CIRURGIA GERAL HUSE
 CRM-5954

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PAT

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

⑤ SAR 200ml, 1v 18:30
 ⑥ SOLTO AVAN. BRONCHOS
 ⑦ SORVETE LACTOSE
 ⑧ Lufim 2g, 1v 18:00

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

EXAME DE RADÍOLUGIA
 REALIZADO EM 24/11/19
 AS 19:26 HORAS

2

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 9807
Numero do CNS.....: 0000000000000000
Nome.....: MACIEL PIAS DOS SANTOS
Documento.....: Documento.....: Tipo :
Data de Nascimento: 25/08/2000 Idade: 19 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: MILTON PIAS DOS SANTOS
Nome da Mae.....: JOSEFA MARIA DOS SANTOS
Endereco.....: POV BOMFIM 164203262230007
Bairro.....: ZONA RURAL Cep.: 49320-000
Telefone.....: 79
Municipio.....: 2805802 - - SE
Nacionalidade....: BRASILEIRO
Naturalidade....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 87328
Clinica.....: 918 - CENTRO CIRURGICO SRPA
Leito.....: 999.0437
Data da Internacao: 24/11/2019
Hora da Internacao: 20:12
Medico Solicitante: 017.371.775-60 - RODRIGO OLIVEIRA PASSOS
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: TSANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

Proc. Realizado:

Dt.Hr Saidas:

Especialidade:

Tipo de Saída:

CID Principal:

CID Secundario:

Principal:

Secundario:

Outro:

EXAME DE RADIOLUGIA - HUSE
REALIZADO EM 03/12/19
AS 19:30 HS HORAS

TÉCNICO EM RADIOLÓGIA

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 9807
Numero do CNS.....: 0000000000000000
Nome.....: MACIEL PIAS DOS SANTOS
Documento.....: Documento.....: Tipo :
Data de Nascimento: 25/08/2000 Idade: 19 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: MILTON PIAS DOS SANTOS
Nome da Mae.....: JOSEFA MARIA DOS SANTOS
Endereco.....: POV BOMFIM 164203262230007
Bairro.....: ZONA RURAL Cep.: 49320-000
Telefone.....: 79
Municipio.....: 2805802 - - SE
Nacionalidade....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 87328
Clinica.....: 918 - CENTRO CIRURGICO SRPA
Leito.....: 999.0437
Data da Internacao: 24/11/2019
Hora da Internacao: 20:12
Medico Solicitante: 017.371.775-60 - RODRIGO OLIVEIRA PASSOS
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: TSANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

Proc. Realizado:
Dt. Hr Saidas:
Especialidade:
Tipo de Saída:
CID Principal:
CID Secundario:
Principal:
Secundario:
Outro:

EXAME DE RADIOLOGIA - HUSE
REALIZADO EM 03/12/19
AS 19:30 HS HORAS

TÉCNICO EM RADIOLOGIA



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIACHÃO DO DANTAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MSTA DE SAÚDE

GUIA DE ENCAMINHAMENTO / TRANSFERÊNCIA

Ref: _____ / _____ / _____

Nome do paciente: MACIEL PIAS DOS SANTOS

Cartão do SUS: _____

CPF/RG: _____ Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino

Naturalidade: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

Local a ser encaminhado: _____

Cidade/ Estado: Riachão do Danta Data: 24/11/19 Horário: 16:15 h

DIAGNÓSTICO QUE ORIGINOU O ENCAMINHAMENTO:

Queda de moto as 15:48 h

Frajana exposta de perna (C)

Auxílio com ortopédio

Feito Dipinoma 1g -


Dr. Rafael Sandrin
Médico
CRM-SE 5564

Assinatura do médico responsável

Assinatura do paciente ou responsável

Assinatura do receptor

Lauto 01.5

DATA: 24/11/2019

° DIH

NOME:

DIAGNÓSTICO:

Marcos Pires dos Santos /
FX Tíbia (exposta)

| | Medicamentos (Princípio ativo + Concentração) | Horários de Administração |
|---|--|---------------------------|
| 1º. Dieta Livre | | SND |
| 2º. Gelco Salinizado | | |
| 3º. Hefazol 1 g EV 8/8hs ou Keflin 1 g IV 6/6hs | | 06 12 18 24 |
| 4º. S. Fisiológico 1000cc 24hs | | 5/60 7/60 |
| 5º. Dipirona 2mi + 8 ml AD IV ou Paracetamol 40gts VO 6/6hs | | 06 12 18 24 |
| 6º. Neasuredron 8mg IV 08/08hs | SOS | |
| 7º. Antak 50mg EV ou 150mg VO / Omeprázol 40mg IV ou VO às 6hs | | |
| 8º. Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% IV ou VO 8/8hs | SOS | |
| 9º. Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% IV 12/12hs | | 04 SOS |
| 10º. Captopril 25mg VO 8/8hs se PAS > 180 mmHg e PAD > 110 mmHg SOS | | 16 SOS |
| 11º. Luftal 40 gts VO de 8/8 hs | SOS | |
| 12º. Clexane 40mg SC 1 x dia ou Heparina 5000UI SC 2 x dia | | 14 |
| 13º. Dextro 6/6hs se Diabético | | |
| 14º Insulina Regular SC, após o dextro. 201 - 250: 02UI 251 - 300: 04UI | 301 - 350: 06UI 351 - 400: 08UI > ou = 401: 10UI | |
| 15º. Curativos Diários 1 x dia | SF 0,9% + Gazes | |
| 16º SSVV 6/6hs | | |
| 17º Óleo Mineral, 20 ML, VO se não presentar dejeções | | |
| 18º Solvato Rex de Catole | | |
| 19º | | |
| 20º | | |

EVOLUÇÃO:

PACIENTE ESTAVEL NO PÓS OP.
IMEDIATO, CIRURGIA REALIZADA
SEM INFECÇÃO REVELADA.
CD: VPM !!!

Dr. Rodrigo Alencar Santos
MR. Ortopedia e Traumatologia
CRMSE 5592



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE



PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA

| Paciente: Maciel Pias dos Santos | | REGISTRO: 9807 | LEITO: A32 | DATA: 04/12/19 |
|---|--|----------------|------------|----------------|
| <i>Prescrição e Dieta</i> | | | | |
| 1 | DIETA LIVRE | | | SUR |
| 2 | SF0.9% 500ML EV A CADA 12H | | m | m |
| 3 | KEFAZOL 1G EV A CADA 8H | | 16 | 24 |
| 4 | DIPIRONA 1G EV A CADA 6H | | 18 | 08 |
| 5 | PROFENID 100 MG + SF0.9% 100 ML EV 12/12H (SN) | | 04 | 06 |
| 6 | TRAMAL 50MG + 100ML SF0.9% EV A CADA 12H (SN) | | | 10 |
| 7 | RANITIDINA 150MG VO 1X AO DIA | | | 20 |
| 8 | CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA | | | |
| 9 | CUIDADOS E CONTROLES GERAIS | | | |
| 10 | CURATIVOS 1x AO DIA | | | |
| | RADIOGRAFIA PO OK | | | |
| *****Dr Thiago Nascimento | | | | |
| CRM 3702 | | | | |
| <i>Simone de Jesus da Silva Enfermeira CORES/SE 374.919</i> | | | | |

EVOLUCAO DO DIA

Paciente internada desde 24.11.2019 fratura da tibia (E) OPERADO

Solicito Rx PO

*****Dr Thiago Nascimento

CRM 3702

EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE

Nome do Paciente:

Unidade de Produção:

Pág.
Idade:

Sexo:

Marcos Peixoto Souto

Leito:

Nº do Prontuário:

B1121M

Centro cirúrgico

Justificativa de osso de ferma
desprendido com fixador exten-
sor há 10 dias. Resolução cirúrgica
com complexo

ep ORW x
⑦ ATM

ATM



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE



Fundação
Hospitalar
de Saúde

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

| | | | |
|--------------------------|-----------|---|-----------|
| Nome do Paciente: | | Idade: | Sexo: |
| <i>Henrique da Silva</i> | | <i>19a.</i> | <i>M.</i> |
| Unidade de Produção: | Leito: | Nº do Prontuário: | |
| <i>União</i> | <i>45</i> | <i>00000000000000000000000000000000</i> | |

| DATA | HORA | EVOLUÇÃO |
|-------|----------------------------|---|
| 12/08 | 07h | Tratamento com cloridrato de ERPA 300mg da 07h a 18h. Foi feita enema e colostomia gástrica, exposta em torno de 30cm. Cirurgião fez a histerectomia da bexiga com uso de sutura 3.0 e 4.0. Pac. fui para sala de recuperação M.R. EFG 95% para recuperação. Pac. com alta no dia 13h. P.M. - Mandado para: |
| 13/08 | 07h | Sul-metilinae medicinas de banho de 07h a 18h. 08h Cirúrgico assinou PR-136204 IR-13 FC-18 SRS: 997. Administrador medicinas de banho e soro à parte. Bom entusiasmo à parte. |
| 14/08 | 7h | Pac. em sono leito edema, consciente, orientado, verbalizado, sem náuseas ou vômitos. Sua via de AVP. |
| 8h | 07h | Acetona: Dicam. a leito |
| 11h30 | 10h | Tamoxifenio na leito + esterilizante |
| 10h | Sequência de obesopropeno. | |
| 12h | 12h | Administrador med. de oxitocina |
| 13:30 | 13h | Colostomia: anestesiada - 1L na leito, 10m Oximto, Guinéto, RNM, depulido de 20000U Unicon, 10ml UH, 10000U da Oxyto. Oxiplus 10000U - |
| 14:00 | 14h | Ripulido: postura de sombra de oxitocina por 10m de oxto, orienta- ção na qual é da oxipl. Oxiplus 10000U - 1L |
| 15:00 | 15h | Injetar oxitocina, recente depur 10000U Unicon das 10ml. Oxiplus 10000U 10000U - 1L |
| 16:00 | 16h | Reciente depur 10ml. Oxiplus 10000U 10000U Unicon das 10ml. Oxiplus 10000U |

| | | | |
|-------|--|--|--|
| | | | |
| 18:00 | Administrado medicina. Comunicação presente, priuati. Fim no bate des. Círculo - cláus. Jaque. Almoço Sintoma sento. Agendado - 139 720 876 | | |
| ET | ALMOÇO SSUV PA. 130x39 mm. Hora 13:00 Sintoma sento. Agendado - 139 720 876 | | |
| 13:15 | Almoço: mao e joelho - no momento peito des. Quarto em férias. Almoçado 139 720 876 | | |
| 25 | 19:00 Pôr deito dormindo. Téss. Sono desconforto. Sono e sono | | |
| 19 | 20:00 Atm. medicado. Sintoma sento deco. medicado - Almoço 13:00 | | |
| 22:00 | Atm. medicado. Sintoma sento | | |
| 26 | | | |
| 27 | 04:00 Pôr deito dormindo. Téss. Sono | | |
| 19 | 05:00 medicado - Sintoma sento | | |
| 07:00 | Atm. medicado. Sintoma sento. Durante medicado. Despertou. Sintoma sento | | |
| 06:00 | Atm. medicado. Sintoma sento. Pôr deito. Sintoma sento. T.V. Atm. Sono | | |
| | 08:00 Pôr deito dormindo. Sono baulde, na cama. Despertou. Sintoma sento. medicado. Sintoma sento | | |
| | 10:00 medicado. Sintoma sento. Sintoma sento | | |
| | 12:00 Administrado medicacao de baile Téss. Sono | | |
| | 12:00 Administrado medicacao de baile Téss. Sono | | |
| 14:00 | Blente acaladão. supino, ação: Tiro um tiro de 100 cal. 1000g A.V.P. + acaladão. Extremo Tiro | | |
| 15:00 | Blente sua munição. ação: Téss. Sono | | |



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

8

Nome do Paciente: Maciel Pias dos Santos Idade: 19 Sexo: M
Unidade de Produção: UPC Leito: Nº do Prontuário:

| DATA | HORA | EVOLUÇÃO |
|----------|-------|---|
| 26/11/03 | 16:00 | Admitido nesse setor prioritário do centro cirúrgico. segue aos cuidados das enfermeiras. — Tér. Enfermagem |
| 17/11/03 | 18:00 | Aceitou a dieta. — Tér. Enfermagem |
| 18/11/03 | 06:00 | Paciente est. estável, comensal, micturindo com bom ritmo. Ele fala lucidamente & plenamente, ademais — cínicas alegres. — Tér. Enfermagem 166805 eay |
| 19/11/03 | 02:00 | Mambucado. se queixou. — Tér. Enfermagem — Enfermagem de enfermeira. — Tér. Enfermagem |
| 20/11/03 | 04:00 | Paciente foi medicado. — Sorrelle. |
| 21/11/03 | 06:00 | Paciente foi medicado. — Sorrelle. |
| 22/11/03 | 08h | Pelo IOTC. Volumín. suprimento. O pulmão — Nipane — |
| 23/11/03 | 10h | Realizado exame. |
| 24/11/03 | 12h | Adm. ministrada de levaran — Jayan — |
| 25/11/03 | 14:00 | Si. higi. respiratória, urinária, digestiva, micturit. e mucosas, sem s. de dor. Administrou, quando alguma ministração medicada 5:7:5 em janela — |
| 26/11/03 | 15:00 | Saque. Tranqüilizante para sono — Euf. |
| 27/11/03 | 18:00 | Admin. medicamento de levaran, com tan. visita eletrônico n.º 5031 — Enfermagem |
| 28/11/03 | 20:00 | Pelo IOTC. V. em A.A. expreco. O gástrico, actuando aliviador de levaran — Jayan — |
| 29/11/03 | 22h | Adm. ministrada de levaran — Jayan — |
| 30/11/03 | 23h | Adm. ministrada de levaran — Jayan — |
| 01/12/03 | 02:00 | Paciente deixa de se alterar. — Enfermagem |
| 02/12/03 | 06:00 | Administração medicamentosa de levaran — Enfermagem |
| 03/12/03 | 09:00 | Terme provisória credita. Tér. Enf. Sistêmica: |
| 04/12/03 | 14:00 | No dia 22 condado quimioterápico suprimento de chemoterápicas perfundidas e o queijo — |

| | | | |
|----------|-------|---|--------|
| 28/11 | 8:00 | Reunião de encontro com M1 | Film 1 |
| | 10:00 | Administrado medicamentos de horário | Film 1 |
| | 12:00 | Scritas dietas, administrado medicamentos de horário | Film 1 |
| 28/11/19 | 14:00 | Concentra-se no leito, acordado; calmo, expiração abdominal, anterórica, consciente, orientado, verbalizado, em uso AVPI MSD com terapia. Sem queixa no momento. Tcc. Enf. Suzana | |
| | 16:00 | Acetou dieta V.O. Tcc. Enf. Suzana | |
| | 18:00 | Acetou dieta V.O. Fizeram o horário calmo, sem medo ou humor queixa até o momento. Tcc. Enf. Suzana | |
| | 24:00 | Medicado seu gabinete de medicamento. Tcc. Suzana | |
| 29/11/19 | 06:00 | Fez a enfermaria de encontro. Fez pesagem | |
| | 07:00 | Fez a enfermaria de encontro. Fez pesagem | |
| | 08:00 | Petri folhas e prescreveu a encomenda de todos os medicamentos de operação fez uso da escrivana | |
| | 10h | Foto levantada em UTI | |
| | | presença de fisiologia boas | |
| | | aspectos. | |
| | 12h | Foi medida de horário. Cálculo. | |
| | 14:00 | Administrado medicamentos de horário | Film 1 |
| | 16:00 | 17:00. Encalhou de enfermaria, administrado medicamentos de horário | Film 1 |
| | 18:00 | Administrado medicamentos de horário | Film 1 |



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Nome do Paciente: Manoel Elias dos Santos

Idade: 39 Sexo: M U.P: 10e 117 Matrícula: 9807



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



Fundação
Hospitalar
de Saúde

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

CIRURGIA REALIZADA:

CIRURGIÃO:

AUXILIARES:

ANESTESIA:

DIAGNÓSTICO PÓS- OPERATÓRIO:

- CIRURGIA LIMPA CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA
 CIRURGIA CONTAMINADA CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? SIM NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

- VIAS AÉREAS SUP. PULMONAR URINÁRIA SNC TGI
 CUTÂNEO AP. CARDIO-VASCULAR PLEURA OUTROS

DESCRICAÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. URGÊNCIA EM DDD 11 392 Anestesia
2. Antissepsia, Asepsia e Colado de
3. Anos
4. Anæstesia (TecnoCirúrgica) G/50% O₂
5. Desbridamento de tecidos desvitalizados
6. Fixação Externa 508 Auxílio da
7. Fixação (Osteosíntese)
Antese de Pele
Guatiro ósseo e Consenso

DATA:

24/11/10

Dr. Rodrigo Alencar Santos
MR. Ortopedia e Traumatologia
CRM/SE 5592

Assinatura do Cirurgião

| | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------|-----------------------------|--|---------------|--|---------|--|---|------------------------------------|--|--|
| HUSE | | BOLETIM DE ANESTESIA | | | | | |  | Fundação Hospitalar de Saúde | | |
| PACIENTE: | | REGISTRO: | | | | | | | | | |
| UNIDADE: | | MÉDICO: | | | | | | LEITO: | | | |
| CIRURGIA PROGRAMADA | | CIRURGIA REALIZADA | | | | | | DATA | | | |
| Tumorato cíngulo de rotura de tubo | | | | | | | | 24/11/2019 | | | |
| ANESTESIOLOGISTA | | TÉCNICA ANESTÉSICA | | | | | | MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTESICA | | | |
| Lucas Wlys. Colf | | Anestesia + Sedacão | | | | | | | | | |
| CIRURGIÃO | | AUXILIAR | | | | | | ASA I | | | |
| Rodrigo Almeida | | | | | | | | | | | |
| HORA DE INÍCIO | | HORA DE TÉRMINO | | ACESSO VENOSO | | POSição | | | | | |
| 23:30 | | 01:00 | | MSD | | DDA | | | | | |
| 23:30 15 30 45 00:30 15 30 45 01:30 15 30 45 15 30 45 15 30 45 | | | | | | | | | | | |
| AGENTES INALATÓRIOS | | | | | | | | | | | |
| FLUIDOS | | V | | 17-28 | | | | | | | |
| RL 500 RL 500 RL 500 | | | | | | | | | | | |
| 200 | | | | | | | | | | | |
| 180 | | | | | | | | | | | |
| 160 | | | | | | | | | | | |
| 140 | | | | | | | | | | | |
| 120 | | | | | | | | | | | |
| 100 | | | | | | | | | | | |
| 80 | | | | | | | | | | | |
| 60 | | | | | | | | | | | |
| 40 | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | |
| 0 | | | | | | | | | | | |
| FC | | | | | | | | | | | |
| CEC OUTROS | | | | | | | | | | | |
| MONITORIZAÇÃO | | | | | | | | CONDICAO DE ALTA PARA CRPA | | | |
| MONITORIZAÇÃO | PA NAO INVASIVA | S | | PVC | | | | | | | |
| | PA INVASIVA | | | TEMPERATURA | | | | | | | |
| | ELETROCARDIOGRAFIA | X | | DIURESE | | | | | | | |
| | OXIMETRIA | X | | VENTILAÇÃO | | | | | | | |
| | CAPNOGRAFIA | | | PAM | | | | | | | |
| AGENTES ANESTÉSICOS | | | | | | | | DOSES | | | |
| Depressor 15 mg | | | | | | | | Nome: Cigodina 2 | | | |
| Amox 0,5 g | | | | | | | | 1ª Dose as 23:45 horas | | | |
| Neostig 5 mg | | | | | | | | 2ª Dose as horas | | | |
| Metform 500 mg | | | | | | | | 3ª Dose as horas | | | |
| Dexafor 100 mg | | | | | | | | | | | |
| Dexamet 10 mg | | | | | | | | | | | |
| Dexam 136 1 depolo | | | | | | | | OBSERVAÇÕES | | | |
| | | | | | | | | Soproximofene com agente | | | |
| | | | | | | | | 266 diquinid | | | |
| | | | | | | | | ENCAMINHADO PARA: CEC UNIDADE: | | | |

REGISTRO DE ENFERMAGEM NO TRANS - OPERATÓRIO

NOME: Miguel Ely dos SantosPRONTUÁRIO: 9807DATA: 02/12/19

HORÁRIO:

SALA:

HORARIO

| | | |
|---------------------------------------|-------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> CONSCIENTE | EQUIPE MULTIDISCIPLINAR | ENTRADA NA SALA: |
| <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE | AUX 1 | INÍCIO DA ANESTESIA: |
| <input type="checkbox"/> ORIENTADO | AUX 2 | INÍCIO DA CIRURGIA: |
| <input type="checkbox"/> DESORIENTADO | CIRCULANTE | TERMINO DA CIRURGIA: |
| <input type="checkbox"/> DEAMBULANDO | INSTRUMENTADOR | TERMINO DA ANESTESIA: |
| <input type="checkbox"/> EM MACA | ENFERMEIRO | SAÍDA DA SALA: |
| | ANESTESISTA | |

PROCEDENCIA DO PACIENTE:

CIRURGIA PROPOSTA:

CIRURGIA REALIZADA:

| TECNICA ANESTESICA | POSIÇÃO DO PACIENTE | EQUIPAMENTOS, ACESSÓRIOS E DISPOSITIVOS UTILIZADOS |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> GERAL VENOSA | <input type="checkbox"/> DORSAL | <input type="checkbox"/> BOMBÁ DE INFUSÃO |
| <input type="checkbox"/> GERAL INALATORIA | <input type="checkbox"/> VENTRAL | <input type="checkbox"/> DESFIBRILADOR |
| <input type="checkbox"/> GERAL COMBINADA | <input type="checkbox"/> LAT. ESQ | <input type="checkbox"/> MONITOR CEREBRAL |
| <input checked="" type="checkbox"/> RAQUIANESTESIA | <input type="checkbox"/> LAT. DIR | <input type="checkbox"/> INTENSIFICADOR DE IMAGEM |
| <input type="checkbox"/> PERIDURAL C/CATETER | <input type="checkbox"/> CANIVETE | <input type="checkbox"/> MANTA TERMICA |
| <input type="checkbox"/> PERIDURAL S/CATETER | <input type="checkbox"/> LITOTOMIA | <input type="checkbox"/> MICROSCÓPIO |
| <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO | <input type="checkbox"/> TRENDELEMBURG | <input type="checkbox"/> FIBROSCÓPIO |
| <input type="checkbox"/> BLOQUEIO DO PLEXO | <input type="checkbox"/> TRENDELEMBURG REVERSA | <input type="checkbox"/> MONITOR MULTIPARAMETROS |
| <input type="checkbox"/> LOCAL | <input type="checkbox"/> BISTURI ELETRICO | <input type="checkbox"/> PA NÃO INVASIVA |
| | <input type="checkbox"/> BIPOLAR | <input type="checkbox"/> PA INVASIVA |
| | <input type="checkbox"/> UNIPOLAR | <input type="checkbox"/> OXIMETRO |
| | <input type="checkbox"/> ULTRASSÔNICO | <input type="checkbox"/> CAPNOGRAFO |
| | <input type="checkbox"/> ARGÔNIO | <input type="checkbox"/> PIC |
| | PLACA DE BISTURI | <input type="checkbox"/> FOCO AUXILIAR |
| | LOCAL: <u>(1)</u> | <input type="checkbox"/> FONTE DE LUZ |
| | | <input type="checkbox"/> BRONCOSCOPIO |
| | | <input type="checkbox"/> CARRO DE ANESTESIA |
| | | <input type="checkbox"/> GARROTE PNEUMATICO |
| | | <input type="checkbox"/> CARDIOSCOPIO |
| | | <input type="checkbox"/> TERMOMETRO |
| | | <input type="checkbox"/> OUTROS |
| | | <input type="checkbox"/> ACESSO VENOSO PERIFÉRICO |
| | | <input type="checkbox"/> ACESSO VENOSO CENTRAL |
| | | <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E |

| COXINS DE CONFORTO | PLACA DE BISTURI, ELETRODOS E LOCAL DE INCISÃO | SONDAS |
|--------------------|--|---|
| | | <input type="checkbox"/> SNG Nº _____ <input type="checkbox"/> SNE Nº _____ <input type="checkbox"/> FOGARTY Nº _____ <input type="checkbox"/> SONDE, FOLLEY Nº _____ <input type="checkbox"/> C/RESTRIÇÃO <input type="checkbox"/> S/RESTRIÇÃO <input type="checkbox"/> FOLLEY SILICONE Nº _____ <input type="checkbox"/> SONDA NELATON Nº _____ PASSADA POR: _____ ASPIRAÇÃO Nº _____ |
| | | |
| | | |
| | | |

| DRENOS E CÂNLAS | DIURESE DESPREZADA EM SALA | | | SANGUE E HEMODERIVADO | QUANT. | DATA | HORÁRIO |
|--|----------------------------|--------|---------|-------------------------|--------|------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> SUÇÃO Nº _____ | HORA | VOLUME | ASPECTO | CONCENTRADO DE HEMÁCIAS | | | 1ºINÍCIO: TERMINO: |
| <input type="checkbox"/> ABDOMINAL Nº _____ | | | | | | | 2ºINÍCIO: TERMINO: |
| <input type="checkbox"/> BLAKE Nº _____ | | | | | | | OUTRAS: |
| <input type="checkbox"/> TÓRAX Nº _____ | | | | PLASMA | | | 1ºINÍCIO: TERMINO: |
| <input type="checkbox"/> PIZZER Nº _____ | | | | | | | 2ºINÍCIO: TERMINO: |
| <input type="checkbox"/> PENROSE Nº _____ | | | | PLAQUETAS | | | OLTRAS: |
| <input type="checkbox"/> KHER Nº _____ | | | | | | | 1ºINÍCIO: TERMINO: |
| <input type="checkbox"/> TRAQUEOSTOMO Nº _____ | | | | OUTROS | | | 2ºINÍCIO: TERMINO: |
| <input type="checkbox"/> GUEDEL Nº _____ | | | | Nº DA BOLSA: | | | OUTRAS: |
| <input type="checkbox"/> TOT Nº _____ | | | | | | | |

| SINAIS VITAIS | | | |
|---------------|--------|--------|--------|
| FC (BPM) | 81 | 18 | 73 |
| SpO2 (mmHg) | 99 | 50 | 100 |
| EPCO2(mmHg) | | | |
| PA (mmHg) | 120x70 | 121x68 | 110x70 |
| PAI (mmHg) | | | |
| FR (RPM) | | | |
| TEMP. (°C) | | | |
| LPP (LOCAL)? | | | |

Elaborado pelos Integrantes da Liga Acadêmica em Unidade de Centro Cirúrgico (LAUCC) do Centro Universitário Estácio de São Paulo no período de 2019.2 orientado pelos Professores(a): Silvia Sandes e Alexandre Vasconcelos

CHEKLIST DE CIRURGIA SEGURA

| ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA | | | | | |
|-----------------------------|---|-----|-----|----|--|
| | | SIM | NÃO | NA | |
| 1. | Dados pessoais confirmados com o paciente + equipe + prontuário + pulseira | SIM | NÃO | NA | |
| 2. | Procedimento/sítio cirúrgico confirmado com o paciente + equipe + prontuário + exames | SIM | NÃO | NA | |
| 3. | Termo de consentimento assinado | SIM | NÃO | NA | |
| 4. | Checado funcionamento do equipamento anestésico | SIM | NÃO | NA | |
| 5. | Alergias conhecidas: | SIM | NÃO | NA | |
| 6. | Via aérea difícil e/ou risco de broncoaspiração? Se SIM, os materiais devem estar disponível em sala | SIM | NÃO | NA | |
| 7. | Avaliado risco de perda sanguínea >500ml (7ml/kg em crianças) Se SIM, paciente deve ter 2 AVP calibrosos punctionados ou CVC fluído previsto em sala | SIM | NÃO | NA | |

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA.

| | | | | |
|-----|--|-----|-----|----|
| 8. | Todos os membros da equipe se apresentam informando nome e função | SIM | NÃO | NA |
| 9. | Equipe confirma nome do paciente, local da cirurgia e procedimento | SIM | NÃO | NA |
| 10. | Imagens essenciais disponíveis na sala operatória | SIM | NÃO | NA |
| 11. | Antibioticoprofilaxia administrada nos últimos 60min. | SIM | NÃO | NA |
| 12. | Materiais e implantes no prazo de validade | SIM | NÃO | NA |

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÃO

| | | | | |
|-----|--|-----|-----|----|
| 13. | Todos os membros da equipe confirmam o procedimento realizado | SIM | NÃO | NA |
| 14. | Contagem de instrumentais, compressas e agulhas estão corretas | SIM | NÃO | NA |
| 15. | Biópsia identificada com: Nome completo do paciente, data de nascimento, nº do prontuário, nome do cirurgião e data e do procedimento. Nº de amostras: | SIM | NÃO | NA |
| 16. | Identificados problemas com equipamentos durante o procedimento | SIM | NÃO | NA |
| 17. | Recomendações especiais para o pós operatório | SIM | NÃO | NA |

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ENCAMINHADO PARA:

Gabinete de Serviços
Secretaria de Estado da Saúde

CONSUMO DE SALA

RECORTE DA CONSULTA

| | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------|------------------|
| PACIENTE: <i>Marcos Pires</i> | Nº PRONTUÁRIO: 9.807 | DATA: 05/12/19 | PSICOBX/ Nº LAC: |
| CIRURGÃO: Dr. Paulo Sartório | TIPO DE ANESTESIA: Anesthesia | CIRCULANTE: Bruno | |
| CIRURGIA: T2 Encéfalo | INSTRUMENTADOR: Edson | Nº DE SALA: 07 | GELADO: |
| ENFERMEIRO: Lili | ANESTESISTA: Bráulio | Nº DO KIT: 013 | KIT FIOS: |

| MEDICAMENTOS COMUNS | QTD UTILIZ | QTD REPOSTA | LIDOCAINA / XILOCAINA 2% C/V | | | SERINGA 5 ML | 02 | | |
|---------------------------------------|------------|-------------|-----------------------------------|--------------|---------------|-----------------------|---------------------------------|-----------|--|
| | | | | | | QTD UTILIZ | | | |
| ÁGUA DESTILADA | | | LIDOCAINA / XILOCAINA 2% S/V | | | SERINGA 10 ML | 02 | | |
| AMINOFILINA | | | LIDOCAINA / XILOCAINA SPRAY | | | SERINGA 20 ML | 02 | | |
| ATROFOPINA | | | PANCRÔNIO | | | SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº | | | |
| BICARBONATO DE SÓDIO | | | RONCÔRÔNIC | | | SONDA DE URETRAL Nº | | | |
| BROMOPRIDA (DIGESAN) | | | ROPIACAINA | | | SONDA NASOGÁSTRICA Nº | | | |
| CEFALOTINA (KEFLIN) | | | MATERIAIS E SANEANTES | | QTD UTILIZ | QTD REPOSTA | TORNEIRINHA 3 VIAS | | |
| CEFAZOLINA (KEFAZOL) | | | ÁGUA OXIGENADA | | | | TUEO ARAMADO Nº | | |
| CETOPROFENO (PROFENID) | | | AGUJHA 15X045 | | | | TUEO ENDOTRAQUEAL Nº | | |
| CLONIDINA | | | AGUJHA 25X7 | | 06 | | FIOS | | |
| DEXAMETASONA (DECADRON) | | | AGUJHA 30X6 | | 03 | | ALGODÃO C/A Nº | | |
| DIPIRONA | | | AGUJHA 40X12 | | 09 | | ALGODÃO S/A Nº | | |
| EPINEFRINA (ADRENALINA) | | | AGUJHA PERIODURA | | | | FIO DE AÇO (ACIFLEX) Nº | | |
| EFRINA (EFORTIL) | | | AGUJHA RAQ.JI 22 | | | | MONONYLON (NYLON) Nº 20, 35, 74 | | |
| GENTAMICINA (GARAMICINA) | | | AGUJHA RAQ.JI 25 | | | | POLIESTER (ETHIBOND) | | |
| GLICONATO DE CÁLCIO | | | AGUJHA RAQ.JI 26 | | | | POLIGLACTINA (VICRYL) Nº | | |
| HEPARINA F/A SML | | | AGUJHA RAQ.JI 27 | | 01 | | POLIPROPILENO (PROLENE) Nº | | |
| HIDROCORTIZONA DE 100 MG | | | ÁLCOOL 70% | | 160 | | EQUIPAMENTOS | | |
| METOCLOFRAMIDA (PLASIL) | | | ALGODÃO ORTOPÉDICO | | | | BISTURI ELÉTRICO | | |
| NEOSTIGMINE (PROSTIGMINE) | | | ATAJ. CREPOM | | | | CARRO DE ANESTESIA | | |
| NOREPINEFRINA | | | ATAJ. GESSADA 10CM | | | | DESFIBRILADOR | | |
| OMEPRAZOL | | | ATAJ. GESSADA 15CM | | 39 | | MICROSCÓPIO | | |
| ONDASETRONA(NAUSEDRON) | | | ATAJ. GESSADA 20CM | | | | MONITOR CARDÍACO | | |
| RANITINA (ANTAK) | | | CAPA P/ MICROSCÓPIO | | | | NEGATOSCÓPIO | | |
| SUXAMETÔNIO 100 MG (QUELICIN) | | | CAPA P/ V DEC | | | | OXIMETRO DE PULSO | | |
| TERBUTALINA (BRICANYL) | | | CATETER DE OX. GÊNIO Nº | | | | GASOTERAPIA | | |
| SOROS | QTD UTILIZ | QTD REPOSTA | CATETER P/ SUICIA/VIA (INTRACATH) | | EQUIPAMENTOS | | QTD UTILIZ | QTD REPOS | |
| | | | CATETER TIPO ÓCULOS | | AIR COMPRESSO | | | | |
| SORO FISIOLOGICO 100ML | 0,7 | | CLOREXIDINA ALCOOLICA | | 11 | | NITROGÊNIO | | |
| SORO FISIOLOGICO 250ML | 0,1 | | CLOREXIDINA AQUOSA | | 200 | | OXIGÊNIO | | |
| SORO GLICOFLISOLÓGICO | 0,1 | | CLOREXIDINA DERCEMANTE | | | | PROTÓXITO DE AZÔNIO | | |
| SORO GLICOSADO | | | COLUTOR DE JFINA | | | | OUTROS | | |
| SORO RINGER LACTATO | 0,1 | | ELETRODOS | | 01 | | UTUZ | | |
| CONTROLADOS | | QTD UTILIZ | QTD REPOSTA | EQUIPO BOMBA | | | | | |
| DEXTROCETAMINA (KETALAR) | | | EQUIPO DE SANGUE | | | | | | |
| ETOMIDATO | | | EQUIPO MACROGTTAS | | 02 | | | | |
| FENTANIL + DROPERIDOL (NILPERIDOL) | | | ESCOVA PVPI | | 03 | | | | |
| FENTANIL 2ML | | | ESPIRADRAFO | | 02 | | | | |
| FENTANIL 10ML | | | EXTINTOR | | 02 | | | | |
| MIDAZOLAM 5MG(DORMANID) | | | FILTRO BARREIRA | | | | | | |
| MIDAZOLAM 15MG(DORMANID) | | | GASE ALGODOADA | | 1 | | | | |
| MORFINA 0,2MG (DIMORF) | | | GASE SIMPLES | | 0,003 | 0,8 | | | |
| MORFINA 10 MG (DIMORF) | | | GELICO Nº | | | | | | |
| MORFINA 2 MG (DIMORF) | | | LÂMINA DE BISTURI Nº | | | | | | |
| PARECOXIBE (BEXTRA) | | | LÂMINA DE BISTURI Nº 15 | | | | | | |
| PROPOFOL | | | LÂMINA DE BISTURI Nº 21 | | | | | | |
| REMIFETANILA (ULTRIVA) | | | LÂMINA DE BISTURI Nº 24 | | 0,2 | | | | |
| SEVOFLURANO | | | LATIX | | 0,2 | | | | |
| TRAMADOL (TRAMAL) | | | LUVAN ESTER Nº 7 | | 0,3 | | | | |
| ANESTÉSICOS | QTD UTILIZ | QTD REPOSTA | LUVAN ESTER Nº 7,5 | | 0,4 | | UTUZ | REPOS | |
| | | | LUVAN ESTER Nº 8 | | | | | | |
| BUPIVACAÍNA 0,5% C/V | | | M CROPORÉ | | | | | | |
| BUPIVACAÍNA 0,5% S/V | | | PVP DEGERMANTE | | | | | | |
| BUPIVACAÍNA+ GLUCOSE (NECAINA PESADA) | 0,1 | | PVP TÓPICO | | | | | | |
| CISATRAC JRIO | | | SER NGA 1 ML | | | | | | |
| LIDOCAINA / XILOCAINA 1% C/V | | | SER NGA 3 ML | | 0,1 | | | | |
| LIDOCAINA / XILOCAINA 1% S/V | | | REPOSTO POR(FARMACIA): | | | | | | |

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: *Marcos Luiz dos Santos*

DIAG. PRÉ-OPERATÓRIO: *infusão de óleo da penescola*

CIRURGIA REALIZADA: *Raffs em placa postei*

CIRURGIÃO: DR. *Paulo Salles*

AUXILIARES: *Tessa e Túlio*

ANESTESIA:

ANESTESISTA: *Raquel + Ana*

DIAG. PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO

(X) CIRURGIA LIMPA () CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA
() CIRURGIA CONTAMINADA () CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? () SIM (X) NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

() VIAS AÉREAS SUP. () PULMONAR () URINÁRIA () SNC () TGI
() CUTÂNEO () AP. CARDIO-VASCULAR () PLEURA () OUTROS

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1 - PACIENTE EM *deitado* SOB ANESTESIA.

2 - ANTISSEPSIA E ASSEPSIA + COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS

3 - ACESSO *anterior recluso*

4 - DISSECÇÃO POR PLANOS *posterior e lateral*

5 - REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM *placa postei e parafuso posterior*

6 - *e 3 parafusos. distâncias entre os parafusos posteriores*

7 - *secreto por planos*

8 - *curva*

9 -

10 -

11 -

12 -

DATA:

03/12/18

CRM-SE 111107-1209
Dr. Paulo Salles

Assinatura do Cirurgião

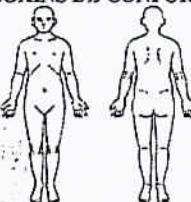
REGISTRO DE ENFERMAGEM NO TRANS - OPERATÓRIO

PRONTUÁRIO: 0007

NOME: Maciel Pinho dos Santos

DATA: 24/11/1999 HORÁRIO: 23:30

SALA: 01

| | | | |
|---|-----|--|---|
| CHEGOU AO CENTRO CIRÚRGICO | | EQUIPE MULTIDISCIPLINAR CIRURGIÃO: Dr. K. M. L. G. AUX 1 _____ AUX 2 _____ CIRCULANTE: J. M. G. S. INSTRUMENTADOR: J. M. G. S. ENFERMEIRO: J. M. G. S. ANESTESISTA: J. M. G. S. | HORÁRIO: 23:25 ENTRADA NA SALA: INÍCIO DA ANESTESIA: 23:30 INÍCIO DA CIRURGIA: 23:40 TERMINO DA CIRURGIA: 23:50 TERMINO DA ANESTESIA: 23:55 SAÍDA DA SALA: 23:55 |
| PROCEDÊNCIA DO PACIENTE: CIRURGIA PROPOSTA: CIRURGIA REALIZADA: | | | |
| TÉCNICA ANESTÉSICA | | POSIÇÃO DO PACIENTE () DORSAL () VENTRAL () LAT. ESQ () LAT. DIR () CANIVETE () LITOTOMIA () TREINDELEMBURG () TREINDELEMBURG REVERSA BISTURI ELETRICO () BIPOLAR () UNIPOLAR () ULTRASSÔNICO () ARGÔNIO PLACA DE BISTURI LOCAL: _____ | EQUIPAMENTOS, ACESSÓRIOS E DISPOSITIVOS UTILIZADOS () BOMBA DE INFUSÃO () DESFIBRILADOR () MONITOR CEREBRAL () INTENSIFICADOR DE IMAGEM () MANTA TÉRMICA () MICROSCÓPIO () FIBROSCÓPIO () MONITOR MULTIPARAMETROS () PA NÃO INVASIVA () PA INVASIVA () OXÍMETRO () CAPNOGRAFO () PIC () FOCO AUXILIAR () FONTE DE LUZ () BRONCOSCÓPIO () CARRO DE ANESTESIA () GARROTE PNEUMÁTICO () CARDIOSCOPIO () TERMÔMETRO () OUTROS () ACESSO VENOSO PERIFÉRICO () ACESSO VENOSO CENTRAL () D () E |
| SUPORTE VENTILATORIO TUBO ENDOTRAQUEAL () ORAL () NASAL TUBO AMARADO () SIM N°: _____ MASCARA LARINGÉREA () SIM | | COMPRESSAS GRANDES ENTREGUES: 02 DEVOLVIDAS: 00 COMPRESSAS PEQUENAS ENTREGUES: _____ DEVOLVIDAS: _____ CONTAGEM DE INSTRUMENTAL ENTREGUES: _____ DEVOLVIDAS: _____ GASOMETRIA ARTERIAL () SIM () NÃO | SONDAS () SNG N° _____ () SNE N° _____ () FOGARTY N° _____ () SOND. FOLLEY N° _____ () C/RESTRIÇÃO () S/RESTRIÇÃO () FOLLEY SILICONE N° _____ () SONDA NELATON N° _____ PASSADA POR: _____ ASPIRAÇÃO N° _____ |
| COXINS DE CONFORTO  | | PLACA DE BISTURI, ELETRODOS E LOCAL DE INCISÃO LEGENDA PLACA DE BISTURI <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL: _____ ELETRODOS <input checked="" type="checkbox"/> INCISÃO <input checked="" type="checkbox"/> | SANGUE E HEMODERIVADO CONCENTRADO DE HEMÁCIAS PLASMA PLAQUETAS OUTROS Nº DA BOLSA: _____ |
| DRENOS E CÂNLULAS () SUÇÃO N° _____ () ABDOMINAL N° _____ () BLAKE N° _____ () TÓRAX N° _____ () PIZZER N° _____ () PENROSE N° _____ () KHER N° _____ () TRAQUEOSTOMO N° _____ () GUEDEL N° _____ () TOT N° _____ | | DIURESE DESPREZADA EM SALA HORA VOLUME ASPECTO ANATOMO PATOLÓGICO NOME DA PEÇA _____ Nº DA PEÇA _____ () SIM () NÃO | 1º INÍCIO: TERMINO: _____ 2º INÍCIO: TERMINO: _____ 3º INÍCIO: TERMINO: _____ OUTRAS: _____ 1º INÍCIO: TERMINO: _____ 2º INÍCIO: TERMINO: _____ 3º INÍCIO: TERMINO: _____ OUTRAS: _____ SINAIS VITAIS |
| FC (BPM) | 69 | LITOTOMIA | |
| SpO2 (mmHg) | 97 | | |
| EPICO2(mmHg) | | | |
| PA (mmHg) | | | |
| PAI (mmHg) | 440 | de R. C. (mmHg) | |
| FR (RPM) | | | |
| TEMP. (°C) | | | |
| LPP (LOCAL)? | | | |

CHEKLIST DE CIRURGIA SEGURA

| ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA | | | | | |
|-----------------------------|---|-----|-----|----|--|
| | | SIM | NÃO | NA | |
| 1. | Dados pessoais confirmados com o paciente + equipe + prontuário + pulseira | SIM | NÃO | NA | |
| 2. | Procedimento/sítio cirúrgico confirmado com o paciente + equipe + prontuário + exames | SIM | NÃO | NA | |
| 3. | Termo de consentimento assinado | SIM | NÃO | NA | |
| 4. | Checado funcionamento do equipamento anestésico | SIM | NÃO | NA | |
| 5. | Alergias conhecidas: | SIM | NÃO | NA | |
| 6. | Via aérea difícil e/ou risco de broncoaspiração? Se SIM, os materiais devem estar disponível em sala | SIM | NÃO | NA | |
| 7. | Avaliado risco de perda sanguínea >500ml (7ml/kg em crianças) Se SIM, paciente deve ter 2 AVP calibrosos punctionados ou CVC fluido previsto em sala | SIM | NÃO | NA | |

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

| | | | | |
|-----|--|-----|-----|----|
| 8. | Todos os membros da equipe se apresentam informando nome e função | SIM | NÃO | NA |
| 9. | Equipe confirma nome do paciente, local da cirurgia e procedimento | SIM | NÃO | NA |
| 10. | Imagens essenciais disponíveis na sala operatória | SIM | NÃO | NA |
| 11. | Antibioticoprofilaxia administrada nos últimos 60min. | SIM | NÃO | NA |
| 12. | Materiais e implantes no prazo de validade | SIM | NÃO | NA |

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÃO

| | | | | |
|-----|--|-----|-----|----|
| 13. | Todos os membros da equipe confirmam o procedimento realizado | SIM | NÃO | NA |
| 14. | Contagem de instrumentais, compressas e agulhas estão corretas | SIM | NÃO | NA |
| 15. | Biópsia identificada com: Nome completo do paciente, data de nascimento, nº do prontuário, nome do cirurgião e data e do procedimento. Nº de amostras: | SIM | NÃO | NA |
| 16. | Identificados problemas com equipamentos durante o procedimento | SIM | NÃO | NA |
| 17. | Recomendações especiais para o pós operatório | SIM | NÃO | NA |

ANOTACÃO DE ENFERMAGEM

ENCAMINHADO PARA:

HOSPITAL DE URGENCIA DE SERGIPE - HUSE

BLOCO CIRÚRGICO

CONSUMO DE SALA

Fundação
Hospitalar
do Estado de São Paulo

Governo do Estado de São Paulo

Secretaria da Saúde

PACIENTE: Fábio Pinto dos Santos

CIRURGÃO: Dr. Roberto

CRURGIA: Laringectomia

ENFERMEIRO: Júlio César

Nº PROVATÓRIO: 930+

REVISTADO: 24/11/16

PSICOBOX/ Nº LACRE:

TIPO DE ANESTÉSICO: Anestesiado

DATA: 24/11/16

INSTRUMENTADOR: Júlio César

CIRCULANTE: V.M.B.

ANESTESISTA: Dr. Júlio César

Nº DE SALA: 01

Nº DO KIT: 02 07

GELADO:

KIT FIOS:

| MEDICAMENTOS COMUNS | QTD UTILIZ | QTD REPOSTA | LIDOCAINA / XILOCAINA 2% C/V | SERINGA 5 ML | QTD UTILIZ | QTD REPOSTA | MATERIAIS E SANEANTES | TORNEIRINHA 3 VIAS | QTD UTILIZ | QTD REPOSTA |
|---|------------|-------------|-----------------------------------|--------------------------|------------|-------------|-----------------------|--------------------|------------|-------------|
| ÁGUA DESTILADA | 03 | | LIDOCAINA / XILOCAINA 2% S/V | SERINGA 10 ML | | | | | 02 | |
| AMINOFILINA | | | LIDOCAINA / XILOCAINA SPRAY | SERINGA 20 ML | | | | | 01 | |
| ATROPINA | | | PANCURÔNIO | SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº | | | | | | |
| BICARBONATO DE SÓDIO | | | RONCUFÔNIO | SONDA DE URETRAL Nº | | | | | | |
| BROMOPRIDA (DIGESAN) | | | ROPIVACAÍNA | SONDA NASOGÁSTRICA Nº | | | | | | |
| CEFALOTINA (KEFLIN) | | | | | | | | | | |
| CEFAZOLINA (KEFAZOL) | 02 | | AGUA OXIGENADA | TUBO ARAMADO Nº | | | | | | |
| CEIDOPROFENO (PROFENID) | | | AGULHA 13X,045 | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº | | | | | | |
| CLONIDINA | | | AGULHA 25X7 | 03 | | | | | | |
| DEXAMETASONA (DECADRON) | 01 | | AGULHA 30X8 | ALGODÃO C/A Nº | | | | | | |
| DIPIRONA | | | AGULHA 20X12 | ALGODÃO S/A Nº | | | | | | |
| EPINEFRINA (ADRENALINA) | | | AGULHA PERIDURAL | FIO DE AÇO (ACIFLEX) Nº | | | | | | |
| ETILEFRINA (EFORTIL) | | | AGULHA RAQUI 22 | MONONYLON (NYLON) Nº 2-0 | | | | | | |
| FAMICINA (GARAMICINA) | | | AGULHA RAQUI 25 | POLIESTER (ETHIBOND) | | | | | | |
| GLICONATO DE CÁLCIO | | | AGULHA RAQUI 26 | 01 | | | | | | |
| PARINA F/A 5ML | | | AGULHA RAQUI 27 | POLIGLACTINA (VICRYL) Nº | | | | | | |
| HIDROCORTISONA DE 100 MG | | | ÁLCOOL 70% | 020 ml | | | EQUIPAMENTOS | | | |
| METOCLOPRAMIDA (PLASIL) | | | ALGODÃO ORTOPÉDICO | BISTURI ELÉTRICO | | | | | | |
| NEOSTIGMINE (PROSTIGMINE) | | | ATAD. CREPOM | 03 | | | CARRO DE ANESTESIA | | | |
| NOREPINEFRINA | | | ATAD. GESSADA 10CM | | | | DESFIBRILADOR | | | |
| OXIMEPRAZOL | | | ATAD. GESSADA 15CM | 01 | | | MICROSCÓPIO | | | |
| ONDASETRONA(NAUSEDRON) | | | ATAD. GESSADA 20CM | | | | MONITOR CARDIÁCO | | | |
| RANITINA (A VTAK) | | | CAPA P/ MICROSCÓPIO | | | | NEGATOSCÓPIO | | | |
| SUXAMETÔNIO 100 MG (QUELICIN) | | | CAPA P/ VÍDEO | | | | OXÍMETRO DE PULSO | | | |
| TERBUTALINA (BRICANY) | | | CATETER DE OXIGÉNIO Nº | | | | GASOTERAPIA | | | |
| SOROS | QTD UTILIZ | QTD REPOSTA | CATETER P/ SUE-CLÁVIA (INTRACATH) | | | | AR COMPRIMIDO | | | |
| SORO FISIOLÓGICO 100ML | 01 | | CATETER TIPO ÓCULOS | | | | NITROGÊNIO | | | |
| SORO FISIOLÓGICO 250ML | | | CLORECIDINA ALCOÓLICA | | | | OXIGÉNIO | | | |
| SORO FISIOLÓGICO 500ML | | | CLORECIDINA AQUOSA | | | | PROTÓXITO DE AZÔNIO | | | |
| SORO GLICOFISIOLÓGICO | | | CLORECIDINA DERGEMANTE | | | | OUTROS | | | |
| SORO GLICOSADO | | | COLETOR DE URINA | | | | UTILIZ | | | |
| SORO RINGER LACTATO | 03 | | ELETRODOS | 04 | | | REPOSTA | | | |
| CONTROLADOS | QTD UTILIZ | QTD REPOSTA | EQUIPO BOMBA | | | | | | | |
| EXTROCETAMINA (KETALAR) | | | EQUIPO DE SANGUE | | | | | | | |
| FGOMIDATO | | | EQUIPO MACROGOTAS | | | | | | | |
| FENTANIL + DROPERIDOL (NILPERIDOL) | 01 | | ESCOVA PVPI | 01 | | | | | | |
| FENTANIL 2ML | | | ESPARADRATO | 100ml | | | | | | |
| FENTANIL 10ML | | | EXTENSOR | | | | | | | |
| MIDAZOLAM 5MG(DORMANID) | 02 | | FILTRO BARREIRA | | | | | | | |
| MIDAZOLAM 15MG(DORMANID) | | | GASE ALGODOADA | | | | | | | |
| MORFINA 0,2MG (DIMORF) | 01 | | GASE SIMPLES | 60 | | | | | | |
| MORFINA 10 MG (DIMORF) | | | GELCO Nº | | | | | | | |
| MORFINA 2 MG (DIMORF) | | | LÂMINA DE BISTURI Nº | | | | | | | |
| PARECOXIBE (BEXTRA) | | | LÂMINA DE BISTURI Nº 15 | | | | | | | |
| PROPOFOL | | | LÂMINA DE BISTURI Nº 21 | | | | | | | |
| REMIFETANILA (ULTIVA) | | | LÂMINA DE BISTURI Nº 24 | 01 | | | | | | |
| SEVOFLURANO | | | LÁTEX | | | | | | | |
| TRAMADOOL (TRAMAL) | | | LUVAS ESTER Nº 7 | 03 | | | | | | |
| ANESTÉSICOS | QTD UTILIZ | QTD REPOSTA | LUVAS ESTER Nº 7,5 | 06 | | | | | | |
| BUPIVACAÍNA 0,5% C/V | | | LUVAS ESTER Nº 8 | 01 | | | | | | |
| BUPIVACAÍNA 0,5% S/V | | | MICROPORE | | | | | | | |
| BUPIVACAÍNA+ GLUCOSE (NEOCÁINHA PESADA) | 01 | | P/PI DEGERMANTE | 100 ml | | | | | | |
| CISATRACURIO | | | PVPI TÓPICO | 500 ml | | | | | | |
| LIDOCAINA / XILOCAINA 1% C/V | | | SERINGA 1 Ml | | | | | | | |
| LIDOCAINA / XILOCAINA 1% S/V | | | SERINGA 2 Ml | | | | | | | |

REPOSTO POR(FARMÁCIA):



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

RIACHÃO DO DANTAS DA COMARCA DE RIACHÃO DO DANTAS
Rodovia, Bairro Centro, Riachão do Dantas/SE, CEP 49320000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202089100226

DATA:

11/02/2020

MOVIMENTO:

Conclusão

DESCRIÇÃO:

À Conclusão.
{Via Movimentação em Lote nº 202000029}

LOCALIZAÇÃO:

Juiz

PUBLICAÇÃO:

Não



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

RIACHÃO DO DANTAS DA COMARCA DE RIACHÃO DO DANTAS
Rodovia, Bairro Centro, Riachão do Dantas/SE, CEP 49320000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202089100226

DATA:

22/02/2020

MOVIMENTO:

Despacho

DESCRIÇÃO:

DESPACHO Defiro o benefício da gratuidade de justiça requerida pela autora nos termos do art. 98, caput, do CPC. Cite-se e se intime a parte demandada para, querendo, apresentar sua peça de defesa no prazo de 15 (quinze) dias, na forma do art. 337 do CPC. Apresentada a peça de defesa, intime-se a parte autora para, querendo, apresentar réplica no prazo de 15 (quinze) dias. Se na réplica houver juntada de documentos novos, intime-se a parte demandada para se manifestar, no prazo de até 15 (quinze) dias, acerca de tais. Por fim volvam-nos conclusos para saneamento.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Sim



**Poder Judiciário do Estado de Sergipe
Riachão do Dantas**

Nº Processo 202089100226 - Número Único: 0000224-46.2020.8.25.0007

Autor: MACIEL PIAS DOS SANTOS

Réu: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT

Movimento: Despacho >> Mero Expediente

DESPACHO

Defiro o benefício da gratuidade de justiça requerida pela autora nos termos do art. 98, caput, do CPC.

Cite-se e se intime a parte demandada para, querendo, apresentar sua peça de defesa no prazo de 15 (quinze) dias, na forma do art. 337 do CPC.

Apresentada a peça de defesa, intime-se a parte autora para, querendo, apresentar réplica no prazo de 15 (quinze) dias.

Se na réplica houver juntada de documentos novos, intime-se a parte demandada para se manifestar, no prazo de até 15 (quinze) dias, acerca de tais.

Por fim volvam-nos conclusos para saneamento.



Documento assinado eletronicamente por **ERICA MAGRI MILANI, Juiz(a) de Riachão do Dantas, em 22/02/2020, às 11:07:37**, 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 **2020000424282-11**.



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

RIACHÃO DO DANTAS DA COMARCA DE RIACHÃO DO DANTAS
Rodovia, Bairro Centro, Riachão do Dantas/SE, CEP 49320000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202089100226

DATA:

02/03/2020

MOVIMENTO:

Certidão

DESCRIÇÃO:

AR expedido.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

RIACHÃO DO DANTAS DA COMARCA DE RIACHÃO DO DANTAS
Rodovia, Bairro Centro, Riachão do Dantas/SE, CEP 49320000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202089100226

DATA:

03/03/2020

MOVIMENTO:

Expedição de Documento

DESCRIÇÃO:

Mandado de número 202089101352 do tipo CARTA CITAÇÃO PROCEDIMENTO COMUM SEM AUDIÊNCIA [TM4205,MD2372]

 {Destinatário(a): SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT}

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SERGIPE
Riachão do Dantas
Rod. Riachão-Lagarto, s/n
Bairro - Centro Cidade - Riachão do Dantas
Cep - 49320000 Telefone - (79)3643-1241

Normal(Justiça Gratuita)



202089101352

PROCESSO: 202089100226 (Eletrônico)

NÚMERO ÚNICO: 0000224-46.2020.8.25.0007

NATUREZA: Procedimento Comum Cível

REQUERENTE: MACIEL PIAS DOS SANTOS

REQUERIDO: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT

CARTA DE CITAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

Através da presente, fica Vossa Senhoria **CITADO(A)**, por todo o conteúdo da petição inicial, de cópia em anexo, parte integrante desta, para, querendo: 1) Integrar a relação processual, nos termos do art. 238 e seguintes do CPC; 2) Apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias, conforme determinado no art. 335 e seguintes do CPC, sob pena de revelia, além de presumidas como verdadeiras as alegações de fato apresentadas pela parte autora (art. 344 do CPC);

Finalidade: Responder em 15 (quinze) dias.

Despacho: DESPACHO Defiro o benefício da gratuidade de justiça requerida pela autora nos termos do art. 98, caput, do CPC. Cite-se e se intime a parte demandada para, querendo, apresentar sua peça de defesa no prazo de 15 (quinze) dias, na forma do art. 337 do CPC. Apresentada a peça de defesa, intime-se a parte autora para, querendo, apresentar réplica no prazo de 15 (quinze) dias. Se na réplica houver juntada de documentos novos, intime-se a parte demandada para se manifestar, no prazo de até 15 (quinze) dias, acerca de tais. Por fim volvam-nos conclusos para saneamento.

Atenciosamente,

Ilmº (a) Sr(a)

Nome : SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT
Residência : Rua Senador Dantas, 5º andar, 74
Bairro : Centro
Cep : 20031205
Cidade : Rio de Janeiro - RJ - RJ

[TM4205, MD2372]



Documento assinado eletronicamente por **JANAÍNA FRANÇA ANDRADE DO NASCIMENTO, Escrivão/Chefe de Secretaria/Secretário/Subsecretário de Riachão do Dantas**, em 03/03/2020, às 08:49:58, 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 **2020000473822-58**.