



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

1ª VARA CIVIL DE LAGARTO DA COMARCA DE LAGARTO
Rod. Lourival Batista, km 36, Bairro Horta, Lagarto/SE, CEP 49400000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202054000346	Distribuição: 21/02/2020
Número Único: 0001417-94.2020.8.25.0040	Competência: 1ª Vara Cível de Lagarto
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

Assuntos

- DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO - Partes e Procuradores - Assistência Judiciária Gratuita

Dados das Partes

Requerente: ELENILTON DE SOUZA SANTOS
Endereço: RUA SETE
Complemento:
Bairro: CENTRO
Cidade: LAGARTO - Estado: SE - CEP: 49400000
Requerente: Advogado(a): LAERTE PEREIRA FONSECA 6779/SE
Requerido: SEGURADORA 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**

1ª VARA CÍVEL DE LAGARTO DA COMARCA DE LAGARTO
Rod. Lourival Batista, km 36, Bairro Horta, Lagarto/SE, CEP 49400000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apensados:

--

Processos Dependentes:

--



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

1ª VARA CÍVEL DE LAGARTO DA COMARCA DE LAGARTO
Rod. Lourival Batista, km 36, Bairro Horta, Lagarto/SE, CEP 49400000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202054000346

DATA:

21/02/2020

MOVIMENTO:

Distribuição

DESCRIÇÃO:

Registro eletrônico de Processo Judicial sob nº 202054000346, referente ao protocolo nº 20200221170503929, do dia 21/02/2020, às 17h05min, denominado Procedimento Comum, de Assistência Judiciária Gratuita.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Sim



EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA __ VARA CÍVEL DA COMARCA DE LAGARTO (SE).

ELENILTON DE SOUZA SANTOS, brasileiro, maior, capaz, portador do CPF n.º 028.380.195-62, Identidade n.º 31224849, SSP (SE), residente e domiciliado na Rua Sete, n.º 228, Bairro Centro, Município de Lagarto (SE), CEP: 49.400-000, por meio do seu procurador firmatário, devidamente constituído, vem, à presença de Vossa Excelência, com todo o respeito, consubstanciado na Lei 6.194/74 c/c 8.441/92 propor:

AÇÃO DE COBRANÇA DE DIFERENÇA DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT

Frente a: **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, Pessoa Jurídica de Direito Privado, localizada na Rua Senador Dantas, 74, 5.º andar, Centro, Rio de Janeiro (RJ), CEP: 20031-205, pelos fatos e fundamento adiante elencados:



I – DA GRATUIDADE DE JUSTIÇA

O Requerente apresenta insuficiência de recursos para pagar as custas, as despesas processuais e os honorários advocatícios. Diante disso, com fulcro no Art. 98, § 1º e incisos, do NCPC, requer a gratuidade da justiça compreendendo todas as despesas relacionadas no rol do parágrafo primeiro e seus incisos.

II – DOS FATOS

O Requerente foi vitimado em acidente de trânsito, decorrente da queda de motocicleta, fato esse ocorrido no dia 26 de agosto de 2018, nesta urbe.

Diante do infortúnio, tendo preenchido todos os requisitos e cumprido todas as exigências burocráticas, o Autor realizou o pedido para ser beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, consoante consta no Protocolo de Entrega de Documento, em apenso, enviado para a Requerida.

No entanto, inobstante a natureza dos danos do Requerente deve ser qualificado como **PERDA COMPLETA DA FUNCIONABILIDADE DE UM DOS MEMBROS INFERIORES**, devendo a Requerida indenizar o Autor referente ao seguro obrigatório DPVAT, **conforme laudos médicos anexados, que considerou a sequela permanente do Requerente,** uma vez que passou por procedimentos cirúrgicos, internação, cuidados hospitalares e tratamento frequente de medicação.

Ora, Excelência, a Lei 6.194/74, que trata do seguro em questão, traz valor para os casos que resultem em invalidez, como será bem delineado adiante, de modo que o valor devido aos danos dessa natureza pode alcançar até **R\$13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais)**.



Excelência, o mesmo dispositivo legal traz uma gradação de valores indenizatórios, que levam em consideração o grau de lesão do beneficiário, a saber:

- ***R\$13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais): no caso de morte;***
- ***Até R\$13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais): no caso de invalidez permanente;***
- ***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;***

Destarte, a Requerida tem que cumprir com o que estabelece e determina a legislação em vigor, posto que o Autor se enquadra no caso de INVALIDEZ PERMANENTE.

É, portanto, evidente que a indenização deve ser paga pela Requerida tem que condizer com a previsão legal e com a seriedade das lesões sofridas pelo Autor, uma vez que mesmo realizando cirurgia, ainda se encontra com acentuadas limitações físicas, comprometendo de forma irreversível a realização de atividades cotidianas simples, bem como o desempenho de determinadas funções que poderia almejar.

Nesse diapasão, a Tabela de Indenização de Seguros DPVAT em Função do Grau de Invalidez determina o pagamento dos seguintes valores em decorrência da citada lesão:

- ***Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores – Natureza Total: R\$9.450,00 (Nove mil quatrocentos e cinquenta reais);***



Diante do exposto, é inquestionável a natureza incapacitante da lesão do Requerente, que, frise-se, vitimou permanentemente seu membro inferior, de modo que a indenização que deve ser paga pela Requerida corresponde, no mínimo, a **R\$9.450,00 (Nove mil quatrocentos e cinquenta reais)**.

Dessa feita, a aplicação da indenização com vistas a adequá-la à sua real situação é medida que se faz necessária, por ser de inteira justiça e direito.

Sendo assim, pugna o Autor pelo pagamento da indenização do seguro DPVAT no valor de **R\$9.450,00 (Nove mil quatrocentos e cinquenta reais)**, que a Requerida ainda não efetuou.

Ressalta-se, ainda, que o não pagamento do valor o Autor causará enriquecimento ilícito da seguradora, haja vista ser seu dever proceder com o pagamento adequado das indenizações dos seus beneficiários.

Desse modo, resta claro que o Autor buscou resolver sua situação administrativamente, visando o valor adequado da sua indenização, apresentando relatórios médicos, laudos periciais, tendo todos os requisitos cumpridos.

No entanto, ainda assim, tudo foi em vão, posto que, injustificadamente, a Demandada não efetuou o pagamento nem deferiu o requerimento, não havendo outra forma do Requerente alcançar o seu direito, a não ser com a intervenção judicial, através da correta quantificação do valor devido e consequente condenação da Ré ao pagamento deste.

III – DOS FUNDAMENTOS



Diante do arcabouço fático alhures explanado, é incontestável o direito que tem o Requerente a receber a majoração da sua indenização, devida pela Requerida.

Nesse diapasão, a Lei 6.194 de 1974, em seu artigo 3º, assim dispõe:

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:

(...)

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

Dessa forma, consoante já foi devidamente delineado, e confirmado pela própria Requerida na Carta enviada o Autor, as lesões do Requerente se enquadram como invalidez, de onde decorre o seu direito à percepção de valor que se enquadre na previsão do dispositivo trazido.

Sendo assim, é necessário avaliar o grau da incapacidade do Autor, a fim de que seja identificado o valor que, de fato, ele deve receber, de modo que esta avaliação demanda a realização de perícia.

Sobre a gradação da incapacidade, dispõe o Art. 3º, da Lei 6.194/1974, já supramencionado:

At. 3º. (...) § 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de



acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.

Nesse passo, o Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula 474, assegurando o pagamento da indenização com observância do grau da invalidez do beneficiário, *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.

É, ainda, de se ressaltar que a incapacidade do Autor atingiu a mobilidade de seu membro inferior completamente, o qual fora atingido por sequela permanente.



Os Tribunais pátrios vêm decidindo pelo reconhecimento do direito aqui tratado. Eis os julgados:

APELAÇÃO - COBRANÇA - INDENIZAÇÃO - COMPLEMENTAÇÃO - DPVAT- LEI 11.482/07- ART. 3º - VIGÊNCIA- APLICABILIDADE. A lei 6.194/74 que regulamenta o seguro obrigatório estabelece em seu artigo 5º as exigências para se efetuar o pagamento da indenização, quais sejam: a simples prova do acidente e do dano decorrente, independente de culpa. A lei 11.482/07 alterou o artigo 3º da lei 6.194/74, prevendo indenização em caso de invalidez permanente, no valor de R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), sendo que havendo provas hábeis para a formação da convicção de que houve o pagamento parcial da indenização, não há óbice ao pagamento do restante devido (TJ-MG - AC: 10480100035629001 MG, Relator: Antônio Bispo, Data de Julgamento: 15/04/2013, Câmaras Cíveis / 15ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 03/05/2013)

RELAÇÃO CÍVEL. APELAÇÃO EM AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DPVAT. SEGURO OBRIGATÓRIO. ACIDENTE DE TRÂNSITO. APELO DO RÉU. PRELIMINAR DE CARÊNCIA DE AÇÃO REJEITADA. POSSIBILIDADE DE PROPOR AÇÃO PARA RECEBER COMPLEMENTO DE INDENIZAÇÃO. APLICAÇÃO DA LEI 11.945/09. DUPLO ENQUADRAMENTO NÃO VERIFICADO. LESÕES EM ÁREAS DO CORPO DIFERENTES. DISCRIMINAÇÃO DA TABELA DO DPVAT. JUIZ QUE NÃO ESTÁ ADSTRITO AO LAUDO PERICIAL. INTELIGÊNCIA DO ART. 371 NCPC. DEVER DE PAGAR INDENIZAÇÃO NO VALOR DE R\$ 9.618,75 (NOVE MIL SEISCENTOS E DEZOITO REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS). REFORMA DO VALOR ARBITRADO NA SENTENÇA DE PISO. CORREÇÃO MONETÁRIA. INCIDÊNCIA A PARTIR DA DATA DO EVENTO DANOSO. APELAÇÃO CÍVEL CONHECIDA E PARCIALMENTE PROVIDA. SENTENÇA REFORMADA EM PARTE (TJ-BA - APL: 05003620520158050001, Relator: Maria da Graça Osório



Pimentel Leal, Primeira Câmara Cível, Data de Publicação: 01/09/2017).

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DPVAT. INTERESSE DE AGIR PRESENTE. INVALIDEZ PERMANENTE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. PARCIAL E INCOMPLETA. AFERIÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ. PROVA PERICIAL CONCLUSIVA. PAGAMENTO NOS TERMOS DA TABELA DA LEI 11.945/2009. INDENIZAÇÃO PROPORCIONAL AO GRAU DE DEBILIDADE DA VÍTIMA. HONORÁRIOS RECURSAIS. SENTENÇA MANTIDA. APELO IMPROVIDO. - Já ter recebido valores por via Administrativa não caracteriza ausência de interesse de agir já que em recente decisão proferida pelo Supremo Tribunal Federal em sede do Recurso Extraordinário 839.353/MA, ficou decidido que para a configuração do interesse de agir para a propositura de ação de cobrança de seguro obrigatório – DPVAT – necessita a vítima de acidente requerer o prévio pedido administrativo. - O pagamento da indenização em caso de invalidez deve ser proporcional à lesão e ao grau de incapacidade, como prevê as regras da SUSEP e a Súmula 474 do STJ. - Tendo a parte Autora recebido administrativamente indenização em valor menor que o devido, é cabível o deferimento de indenização complementar (TJ-BA - APL: 05368618520158050001, Relator: Lisbete M. Teixeira Almeida César Santos, Segunda Câmara Cível, Data de Publicação: 22/11/2017).

APELAÇÃO CÍVEL. CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO. DPVAT. - PROCEDÊNCIA PARCIAL NA ORIGEM. RECURSO DA RÉ. INDENIZAÇÃO. VALOR. PROPORCIONALIDADE À INVALIDEZ. LAUDO PERICIAL. CONCLUSÕES. INTERPRETAÇÃO. INCAPACIDADE COMPLETA. ACERTO. - "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez". (En. n. 474 da Súmula do STJ) SENTENÇA MANTIDA. RECURSO DESPROVIDO (TJ-SC - AC: 05043069520138240020 Criciúma 0504306-95.2013.8.24.0020, Relator: Henry Petry Junior, Data de Julgamento: 31/10/2017, Quinta Câmara de Direito Civil).



Desse modo, em consonância com o previsto na Lei 6.194/1974, merece acolhimento o pleito Autoral, a fim de que seja condenada a parte Ré ao pagamento da complementação do seguro DPVAT ao Autor.

IV – DOS PEDIDOS

“EX POSITIS”, com esteio nos fatos e fundamentos acima alinhavados, o Autor requer à Vossa Excelência, que, inicialmente, receba a presente ação, com seus respectivos documentos e, em seguida:

a) Determine a citação da Requerida, no endereço acima declinado, para, querendo, comparecer à audiência de conciliação, instrução e julgamento, oferecendo sua contestação na fase processual oportuna, sob pena de revelia e confissão ficta da matéria de fato;

b) Que a parte Ré seja condenada a pagar o Requerente a indenização do seguro DPVAT no valor **de R\$9.450,00 (Nove mil quatrocentos e cinquenta reais)**, observando o disposto no Art. 3º, II, da Lei 6.194/1974, sendo esta quantia atualizada monetariamente desde o evento danoso.

c) Se digne Vossa Excelência em nomear perito, a fim de que seja ratificada a constatação da invalidez permanente remanescente na parte Demandante, e, posteriormente, confirme o real valor devido a esta;

d) Os benefícios da assistência judiciária gratuita, nos termos do Art. 98, e seguintes, do CPC, por ser o Requerente pobre na forma da lei e sem condições de pagar custas judiciais sem prejuízo do seu sustento e de sua família;



e) A condenação da Requerida nas custas processuais e honorários advocatícios, a serem arbitrados por Vossa Excelência.

Protesta provar o alegado, com todos os gêneros de prova em Direito admitidas, sob pena de confissão, perícias, vistorias, juntada de documentos e oitiva de testemunhas.

Dá-se à causa o valor de R\$9.450,00 (Nove mil quatrocentos e cinquenta reais).

**NESTES TERMOS
PEDE DEFERIMENTO.**

Lagarto (SE), 12 de fevereiro de 2020.

Bel. LAERTE PEREIRA FONSECA
OAB/SE 6779



LAERTE FONSECA
& ADVOGADOS ASSOCIADOS

Bel. Laerte Pereira Fonseca
Bela. Naiane Santos C. Dória
Bel. Yuri Andrade Chaves

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE(S): **ELENILTON DE SOUZA SANTOS**, brasileiro, maior, capaz, portador do CPF n.º 028.380.195-62, Identidade n.º 31224849, SSP (SE), residente e domiciliado na Rua Sete, n.º 228, Bairro Centro, Município de Lagarto (SE), CEP: 49.400-000, pelo presente **INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO**, nomeia e constitui seu bastante procurador o advogado:

OUTORGADO(S): **LAERTE FONSECA ADVOGADOS ASSOCIADOS**, Sociedade de Advogados, devidamente registrada na OAB/SE sob o número **464/2017**, com sede profissional na Praça Felino Fontes, n.º 41, Centro, Lagarto (SE), CEP: 49.400-000, Telefone: (79) 99947-7246, a quem confere:

PODERES: Para o foro em geral, com a cláusula "AD JUDICIA ET EXTRA", inclusive os enumerados na parte "in fine" do art. 105 do NCPC, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, remir, adjudicar, assinar escrituras públicas, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber citação inicial, reconhecer a procedência do pedido, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, passar recibo, receber e dar quitação, **assinar declaração de hipossuficiência econômica**, fazer levantamento de depósitos judiciais, impugnar, assinar quaisquer termos e praticar quaisquer atos em defesa do outorgante, inclusive contestar, recorrer, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Lagarto (SE), 18 de fevereiro de 2020.

ELENILTON DE SOUZA SANTOS



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : Nº 011.836.110



ENERGISA SERGIPE-DISTRIB.ENERGIA SA
Rua Min Apolonio Sales, 81 - Insolo Barbosa
Aracaju / SE - CEP 49040-450
CNPJ 13.017.462/0001-63 Insc.Est. 270.767.435

DADOS DO CLIENTE

MARIA NUNES DE SOUZA
RUA SETE 228
LAGARTO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

3/284152-6

REFERÊNCIA

MAR/2019

APRESENTAÇÃO

13/03/2019

CONSUMO

85

VENCIMENTO

20/03/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 77,30

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AGU

MARIA NUNES DE SOUZA

Roteiro: 07-180-295-8405

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 20/03/2019

VENCIMENTO

20/03/2019

TOTAL A PAGAR


R\$ 77,30

MATRÍCULA

284152-2019- 03-8



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0131752/19

Número do Sinistro: 3190281583

Vítima: ELENILTON DE SOUZA SANTOS

CPF: 028.380.195-62

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/08/2018

Titular do CPF: ELENILTON DE SOUZA SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

ELENILTON DE SOUZA SANTOS : 028.380.195-62

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/07/2019
Nome: LAERTE PEREIRA FONSECA
CPF: 019.990.755-28

LAERTE PEREIRA FONSECA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/07/2019
Nome: LEIDIANE ALMEIDA NASCIMENTO
CPF: 008.313.345-33

LEIDIANE ALMEIDA NASCIMENTO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 JUL 2019
AGENTE SEGURADORA S/A
Rua: Niterói, 766 Lapa RJ - Brazil 202.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3190281583 3 - CPF da vítima: 028.380.195-62 4 - Nome completo da vítima: Elanilton Da Souza Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Elanilton Da Souza Santos 6 - CPF: 028.380.195-62
7 - Profissão: Trabalhador 8 - Endereço: Rua Sete 9 - Número: 228 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Lagoa 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49.400-000
15 - E-mail: herton@lagoaenseca.com.br 16 - Tel.(DDD): (79) 99955 2089

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0045 ☐ CONTA: 64299 ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE DPVAT

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e extensão da invalidez permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impresão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Lagoa/SE 15 de julho de 2019
Elanilton da Souza Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Riclecia Leal de Oliveira
RG nº 1.509.689, data de expedição 27/04/2011
Órgão SSP/SE, portador do CPF nº 004.643.355-40
com domicílio na cidade de Lagarto, no Estado de Sergipe
Rua 14, Bairro Aldemar de Carvalho, nº 229
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Elenilton de Souza Santos, cujo o condutor era
Elenilton de Souza Santos
Veículo: Moto Modelo: I/WUYANG WY48Q2 Ano: 2012
Placa: QKY Chassi: LWYUCA208D6015193
Data do Acidente: 26/08/2018

Local e Data: Lagarto SE, 08/05/2019

Riclecia Leal de Oliveira
Assinatura do Declarante

Elenilton de Souza Santos
Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
Av. Pres. Vargas, 88 - Centro - Lagarto - SE - CEP: 49.400-000
Fones: (79) 3631.6301 / (79) 99976.6250 / (79) 99925.8044

TABELÃO: LAFAIETE LUIZ DO NASCIMENTO
SUBSTITUTA: DANIELA SANTOS LIMA DO NASCIMENTO
ESCRIVENTE AUTORIZADA: JULIANA OLIVEIRA DE MENEZES

Reconheço por Autenticidade a firma de ELENILTON
DE SOUZA SANTOS e dou fé, 08 de maio de 2019. Em
testemunho da verdade Escrevente
INDIANA ARAUJO ALMEIDA Selo Digital
201929516031393. Site www.tjse.jus.br/x/TU34ED



1º OFÍCIO DA COMARCA DE LAGARTO
Indiana Araújo Almeida
Escrivente

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
Av. Pres. Vargas, 88 - Centro - Lagarto - SE - CEP: 49.400-000
Fones: (79) 3631.6301 / (79) 99976.6250 / (79) 99925.8044

TABELÃO: LAFAIETE LUIZ DO NASCIMENTO
SUBSTITUTA: DANIELA SANTOS LIMA DO NASCIMENTO
ESCRIVENTE AUTORIZADA: JULIANA OLIVEIRA DE MENEZES

Reconheço por Autenticidade a firma de RICLECIA
LEAL DE OLIVEIRA e dou fé, 09 de maio de 2019. Em
testemunho da verdade Escrevente
INDIANA ARAUJO ALMEIDA Selo Digital
201929516031686. Site www.tjse.jus.br/x/BGX4DU



1º OFÍCIO DA COMARCA DE LAGARTO
Indiana Araújo Almeida
Escrivente

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - SE


Nº 012983671900
DS: 57514445703

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA	RENDA	RNTC
1	01402743211	0000000000
NOME ENDEREÇO		
JOSE LUDAS ANDRADE NERE		
R JOSE BAPTISTA NERE M 155		
CASA		
49400000 LAGARTO-SE		
CNPJ	PLACA	
064.82.8530	DKY2446	
NOME ANTERIOR		
CENCOBIS COMERCIAL BRASIL LTDA		
PLACA ANTERIOR	CHASSI	
90151937SE	DNVMCA208D6015193	
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL	
PAS/DICOMOTOR	GASOLINA	
MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD
TAHIVANE WY 450-2	2012	2013
CAP/POT/CL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P00V/48CC	PARTIC	BRANCA
OBSERVAÇÕES		
DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE PARA TRAFEGO		
SEM RESTRIÇÕES		
LAGARTO-SE	LOCAL	DATA
		22/11/2016



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

3190281583

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0131752/19

Vítima: ELENILTON DE SOUZA SANTOS

CPF: 028.380.195-62

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/08/2018

Titular do CPF: ELENILTON DE SOUZA SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

LAERTE PEREIRA FONSECA : 019.990.755-28

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ELENILTON DE SOUZA SANTOS : 028.380.195-62

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/04/2019
Nome: LAERTE PEREIRA FONSECA
CPF: 019.990.755-28

LAERTE PEREIRA FONSECA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/04/2019
Nome: LEIDIANE ALMEIDA NASCIMENTO
CPF: 008.313.345-33

LEIDIANE ALMEIDA NASCIMENTO



DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE LAGARTO

RUA DO LIMOEIRO, CENTRO FONE: (79) 3631-7823

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2018/06558.0-004270

517391

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE LAGARTO

Endereço: RUA DO LIMOEIRO, CENTRO FONE: (79) 3631-7823

FATO

Data e Hora do Fato: 26/08/2018 - 20:00 até 26/08/2018 - 20:00

Endereço: AV. CONTORNO Número: Complemento: PRÓXIMO AO MERCADO DA CARNE CEP: 49400-000

Bairro: CENTRO Cidade: LAGARTO - SE Circunscrição: DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE LAGARTO

Tipo de local: VIA PÚBLICA Meio Empregado: OUTRO

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: ELENILTON DE SOUZA SANTOS

Nome do pai: AURELINO JOSE DOS SANTOS Nome da mãe: MARIA NUNES DE SOUZA

Pessoa: Física CPF/CGC: 028.380.195-62 RG: 31224849 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: LAGARTO Data de nascimento: 22/08/1985 Sexo: Masculino Cor da cutis: Negra

Profissão: pedreiro Estado civil: Solteiro Grau de instrução: 1º Grau Completo

Endereço: Rua 7 Número: 228 Complemento:

CEP: 49.400-000 Bairro: Ademar de Carvalho Cidade: LAGARTO UF: SE

Proximidades: Telefone: 79 996790435

HISTÓRICO

Relata que na data, hora e local acima descritos, foi vítima de acidente de trânsito, em que sofreu a fratura do Fêmur direito; Que conduzia a motocicleta da marca I/WUYANG WY480-2 ANO/MOD. 2012/2013, PLACA QKY2446/SE, RENAVAM 01102749211, quando foi atingido por um autômovel da marca HYUNDAI HB20, PLACA OES1905/SE, após este veículo ter invadido a contra-mão de direção; Que não possui carteira de habilitação para conduzir veículo automotor; Que foi socorrido pela SAMU, protocolo nº 1808260859, e conduzido para o hospital Regional de Lagarto, onde foi atendido conforme prontuário médico nº 35977/8. Nada mais.

Data e hora da comunicação: 19/12/2018 às 12:19

Última Alteração: 19/12/2018 às 12:14.

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.

Elenilton de Souza Santos
ELENILTON DE SOUZA SANTOS
Responsável pela comunicação

Jose Eribaldo Ferreira dos Santos
Jose Eribaldo Ferreira dos Santos
Responsável pelo preenchimento



RELATÓRIO 01551 / 2018 REFERENTE À OCORRÊNCIA

NÚMERO: 1808260859 / ESUS – SAMU

O **SAMU 192 SERGIPE** foi acionado às **20h26min** do dia **26 de Agosto de 2018**, para atendimento de vítima identificada como **Elenilton de Souza Santos**, com relato de **colisão moto x carro**, no município de Lagarto.

A equipe da **Unidade de Suporte Básico – Itaporanga D'Ajuda** realizou atendimento no local, seguido de remoção para **Unidade Hospitalar**, onde deixou o paciente aos cuidados da equipe.

Aracaju, 05 de Novembro de 2018

P/ [assinatura]
Dr. Danilo Lenir Bastos Pinho Neto
Gerência de Regulação Médica
SAMU 192 Sergipe
COM/SE 4554

Tiemi Sayuri Menezes Oki Fontes

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE

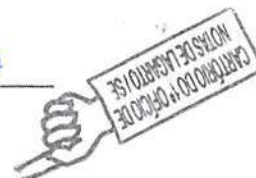




Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Riclecia Leal de Oliveira,
RG nº 1.509.689, data de expedição 4/04/2011
Órgão SRP/SE, portador do CPF nº 004.643.355-40 com
domicílio na cidade de Bagato, no Estado de
Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua 14, nº 229, Bairro Admon de Carvalho 229,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Elenilton de Souza Santos cujo o condutor era
Elenilton de Souza Santos.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Huayang wy 48Q-2
Ano: 2012
Placa: QKY 2446
Chassi: LWYMCA 208D6015193
Data do Acidente: 26.08.2018
Local e Data: Bagato SE, 02/10/2018



Riclecia Leal de Oliveira
Assinatura do Declarante

Elenilton de Souza Santos

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



1º OFÍCIO DA COMARCA DE LAGARTO/SE
Deborah Santana Santos
Ferreira



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - SE N° 012983671900
CS: 57514445703

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

VIA 1 COD RENAVAM 01102743211 RNTC 000000000000

NOME/ENDEREÇO
JOSE LUCAS ANDRADE NERE
R JOSE BATISTA NERE N 156
CASA
49400000 LAGARTO-SE

CPF/CNPJ 064.821.845-70 PLACA DKY2446

NOME ANTERIOR
CENCOSUD COMERCIAL BRASIL LTDA

PLACA ANT/UF 6015193/SE CHASSI LWYMCA209D6015193

ESPECIE TIPO PAS/CICLOMOTOR/ COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO T/MIYANG WY480-2 ANO FAB 2012 ANO MOD 2013

CAP/POT/CIL 2P0CV/49CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE BRANCA

OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO VALIDO SOMENTE PARA TRANSFERENCIA
SEM RESTRICOES E LOCAL SEPARADO

LAGARTO-SE LOCAL 22/11/2016 DATA

EXPEDIDOR



AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV

AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,
TRANSFERIR O REGISTRO DESTA VEÍCULO, PARA:

VALOR R\$

1.700,00

NOME DO COMPRADOR:

Pielcia Zual de Oliveira

RG:

1.509.689

CPF/CNPJ:

004.643.355-40

ENDEREÇO:

Rua 14 229, Ademar de Carvalho

LOCAL E DATA:

Lagarto-SE

14-08-2018

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

- a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN, no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas reincidências até a data da comunicação (Lei Federal nº 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).
- b) O adquirente terá prazo máximo de 30(trinta) dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 230 do CTB).
- c) É obrigatório o reconhecimento de firmas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICIDADE.

DE ACORDO:

Pielcia Zual de Oliveira

ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)
CONFORME ART. 369 C.P.C.



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
Av. Pres. Vargas, 86 - Centro - Lagarto - SE - CEP: 46.400-000
Fones: (79) 3631-2511 / (79) 90970-2222 / (79) 90925-8844

TABELIÃO: LAFINETE LÍZ DO NASCIMENTO
SUBSTITUTA: DANIELA SANTOS LIMA DO NASCIMENTO
ESCRIVENTE AUTORIZADA: JULIANA OLIVEIRA DE MENEZES

Reconheço por Autenticidade a firma de JOSE LUCAS ANDRADE NERE e dou fé de agosto de 2018. Em testemunho da verdade
ESCRIVENTE SUBSTITUTA: DANIELA SANTOS LIMA DO NASCIMENTO. Selo Digital 201829516058153. Site w1.tjse.jus.br/x/qctanu DANIELA SANTOS LIMA DO NASCIMENTO - ESCRIVENTE SUBSTITUTA.

OFÍCIO DA COMARCA DE LAGARTO-SE

Daniela Santos Lima do Nascimento

Escriv. Subst. do Tabelião

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
------------------------	----------------	--------------------------

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:		Eli nilton De Souza Santos		CPF:	028.370.195-62
Profissão:	Endereço:	Rua Sete		Número:	228
Complemento:		Casa			
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:		
Centro	Maguito	SE	49.400-000		
E-mail:	laente@laentelenses.adv.br			Tel.(DDD):	(79) 99955-2089

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENTA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0645 CONTA: 64299

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
----------------------------------	---	--

Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	--	--	---

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, Taguato 156, 10/04/2014

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser **representados pelos pais**, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.



AUTO-ATENDIMENTO - AG. LAGARTO

DATA: 28/11/2018

HORA: 10:45:37

TERMINAL: 06451532

CONTROLE: 064515320374

AGÊNCIA: 0645 - LAGARTO

CONTA : 013.00061977-8

CLIENTE: ELENILTON DE SOUZA SANTOS

ALDO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

RESUMO EM 27/11

SALDO	0,00
-------	------

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO	0,00
-----------------	------

SALDO DISPONIVEL	0,00
------------------	------

SALDO TOTAL	0,00
-------------	------

p. 31

"Pense antes de"

**Extrato**

Cliente: ELENILTON DE SOUZA SANTOS

Conta: 0645 / 013 / 00064299-0

Data: 18/02/2019 - 10:51

Extrato

Data Mov.	Nr. Doc.	Histórico	Valor	Saldo
	000000	SALDO ANTERIOR	0,00	0,00

* 670 - Não há lançamentos do dia.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Roteiro para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica Nº 012.364.207



ENERGISA SERGIPE-DISTRIB. ENERGIA SA
Rua Min Apolonio Sales, 81 - Inacio Barbosa
Aracaju / SE - CEP 49040-150
CNPJ 13.917.462/0001-63 Insc. Est. 278.767.436

DADOS DO CLIENTE

JOCELDA ARAUJO SANTOS
PC FILINO FONTES 41
LAGARTO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

3/159373-0

REFERÊNCIA

ABR/2019

APRESENTAÇÃO

02/04/2019

CONSUMO

1588

VENCIMENTO

09/04/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 1.273,62

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

JOCELDA ARAUJO SANTOS

Roteiro: 01-180-075-2470

83690000012-3 73620049000-0 01593732019-8 04000180019-8

VENCIMENTO

09/04/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 1.273,62

MATRÍCULA

159373-2019- 04-0



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Joante Pereira Fonseca inscrito (a) no CPF/CNPJ 019.990.755 / 28 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Elenilton de Souza Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.380.195 / 62, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Elenilton de Souza Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.380.195 / 62, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

* ☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____.

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Praca Lelino Fontes</u>		Número <u>41</u>	Complemento <u>Apto</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Bagato</u>	Estado <u>SE</u>	CEP <u>49400-000</u>
Email <u>joante@joantefonseca.odv.br</u>		Telefone comercial(DDD) <u>79 3631-7735</u>	Telefone celular (DDD) <u>79999947-7246</u>

Bagato/SE, 28 de Janeiro de 2019
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante



TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 10503375

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 5.552/74)



ASSINATURA DO PORTADOR

Laerte Pereira Fonseca



COLEÇÃO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 ABR 2019
Gente Seguradora S/A
Rua Mauá, 755 - Loja 03 - Aracaju/SE

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 ABR 2019
Gente Seguradora S/A
Rua Mauá, 755 - Loja 03 - Aracaju/SE

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DE SERGIPE
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
LAERTE PEREIRA FONSECA

Posição
**JOSE RILTON SILVA FONSECA
EDNEUSA PEREIRA FONSECA**

NATURALIDADE
LAGARTO-SE

NO
3.215.460-7 - SSP/SE

DATA DO NASCIMENTO
15/10/1985

CPF
019.990.759-28

DATA DE CRIAÇÃO E VALIDADE
01 13/08/2019

NÃO

HENRI CLAY SANTOS ANDRADE
PRESIDENTE

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Elenilton de Souza Santos
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro
Profissão: Condutor
Identidade: 3.122.484-9 CPF: 028.380.195-62
Endereço: R. Site, nº 228
Bairro: Centro Cidade: Lagarto
Estado: Sergipe CEP: 49400-000

Outorgado: **LAERTE PEREIRA FONSECA**, natural de Lagarto-Sergipe, casado, portador de célula de identidade nº 3.215.460-7 SSP/SE, inscrito no cadastro de pessoa física nº 019.990.755-28 ADVOGADO inscrito na ordem OAB nº 6.779, com escritório profissional na Rua Dr. Josias Machado, nº 06, Centro, Lagarto (SE), CEP: 49.400-000,

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **Seguradora Líder dos Consórcios do seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas**, a fim de encaminhar pedido de indenização do Seguro Obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de, Aviso de sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o Seguro Obrigatório – DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima Elenilton de Souza Santos CPF: 028.380.195-62.

Cobertura: Invalididez Data do acidente: 26.08.2018 Sinistro: _____.

Local: Lagarto UF: SE Data: 28 de primavera de 2019.

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)
(Reconhecer firma por autenticidade)

Deborah Santana Santos
Escritura



Reconheço por Autenticidade a firma de ELENILTON DE SOUZA SANTOS e do fe. 28 de janeiro de 2019. Em testemunho da veracidade
ESCREVENTE: DEBORAH SANTANA SANTOS. Site Selo Digital 201929516006245. Site www.tjse.jus.br/x/dxcben MILLENA SILVA ROCHA
1º OFÍCIO DA CUNHA DE LAGARTO/SE
AUXILIAR DE CARTÓRIO.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 028.380.195-62 Nome completo da vítima: Elenilton de Souza Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Elenilton de Souza Santos CPF: 028.380.195-62

Profissão: Jornalador Endereço: Rua Sete Número: 228 Complemento: casa

Bairro: centro Cidade: lagarto Estado: SE CEP: 49400-000

E-mail: larte@lartepensica.adv.br Tel.(DDD): 49 9955-2089

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0645 CONTA: 64299 0

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, lagarto/SE, 25/02/2019

Nome: Elenilton de Souza Santos

CPF: 028.380.195-62

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Elenilton de Souza Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: Maurilaine Nascimento Silva

CPF: 043.845.405-08

Maurilaine Nascimento Silva

Assinatura

2ª | Nome: Rose Cleide de Santana Carvalho

CPF: 007.840.575-08

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser **representados pelos pais**, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

028.380.195-62 Eleilton De Souza Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Eleilton De Souza Santos CPF: 228
Profissão: Advogado Endereço: Rua Sete Número: 228 Complemento: Casa
Bairro: Centro Cidade: Lagarto Estado: SE CEP: 49.400-000
E-mail: elenilton@laertemaneira.adv.br Tel.(DDD): (79) 99955.2089

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0645 CONTA: 64299

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, Lagarto SE, 07/05/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Eleilton De Souza Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, p. 309 presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser **representados pelos pais**, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	1.305.881 2.VIA
DATA DE EXPEDIÇÃO	05/01/2018
NOME	ROSE CLEIDE DE SANTANA CARVALHO
FILIAÇÃO	EDILENE DE SANTANA CARVALHO JOSE ARNALDO DE CARVALHO
NATURALIDADE	LAGARTO-SE
DATA DE NASCIMENTO	20/03/1980
OBS - DIVORCIADA	
DOC ORIGEM	1103120152002300013053000534556
CT. CASAM.	
GART DIST COM LAGARTO/SE.	
007.840.575-08	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	
MUNICÍPIO DE LAGARTO - SP	



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO Nº	3.175.937-4
DATA DE EXPIRAÇÃO	10/12/2009
NOME	MARISLAINE NASCIMENTO SILVA
FILIAÇÃO	JOSE MILTON RANOS DA SILVA
NATURALIDADE	JOSEFA SELMA DO NASCIMENTO
DATA DO NASCIMENTO	17/06/1990
CPF	043.973.485-08
ENDEREÇO	CT. NASCIM. NR 36602 LV 033 FL 214
CIDADE	CAR. DIST. COM. LAGARITO-SE
UF	SE
CEP	043.973.485-08

31040

AVISO DE SINISTRO DPVAT

TIPO DE PROCESSO

☐ PROCESSO NOVO ☒ DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Nº DO SINISTRO

3190281583

COBERTURA RECLAMADA: ☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DESPESAS COM ASSISTÊNCIA MÉDICA

1. DADOS DO RECLAMANTE

QUALIFICAÇÃO DO RECLAMANTE:

☐ VÍTIMA ☐ BENEFICIÁRIO ☒ PROCURADOR ☒ REPRESENTANTE LEGAL

NOME DO RECLAMANTE: Leant Pereira Figueira

CPF: 029.990.755-28 ENDEREÇO: Praça Felino Fontes Nº: 41

COMPL.: CEP: 49.400.000 BAIRRO: Centro

CIDADE: Paraná ESTADO/UF: Sergipe

TELEFONE DE CONTATO: (79) 999552089 e-mail: lauri@lauritojornal.com.br

2. DADOS DA OCORRÊNCIA

DATA DA OCORRÊNCIA: 26 / 08 / 2018 Nº DO BOLETIM: 2018/06558.0-004270

DELEGACIA: Regional de Lagarto ESTADO/UF: Sergipe

DATA DO SINISTRO: / /

SITUAÇÃO DA VÍTIMA: ☐ TRANSPORTADO ☐ NÃO TRANSPORTADO ☒ MOTORISTA

VEÍCULO IDENTIFICADO? ☒ SIM ☐ NÃO PLACA: QKV 2446 TIPO DE VEÍCULO: Motocicleta

3. DADOS PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

TIPO DE CONTA: ☐ CONTA CORRENTE ☒ CONTA POUPANÇA BANCO: Caixa Econômica

Nº DA AGÊNCIA: 0645 Nº DA CONTA: 64299-0

4. DADOS DO BENEFICIÁRIO

NOME COMPLETO: Flavilton De Souza Santos

CIC/CPF: 028880.195-62 ENDEREÇO: Rua Site, Nº: 228

COMPL: CEP: 49400-000 BAIRRO: Centro

CIDADE: Lagoa ESTADO/UF: _____

TELEFONE DE CONTATO: (79) 38317735 e-mail: lauro@kuntalano.org.br

O RECLAMANTE declara estar ciente de que outros documentos poderão ser solicitados, se necessários à elucidação do sinistro.

LOCAL E DATA Lagoa Seca, 23/8/2019

ASSINATURA DO RECLAMANTE

NOSSOS ENDEREÇOS:

GENTE SEGURADORA - PORTO ALEGRE
Av. Carlos Gomes, 350 - Boa Vista
CEP: 93480-000

GENTE SEGURADORA - SÃO PAULO/SP
Av. 9 de Julho, 4312 - Jardim Paulista
CEP: 01406-100
Fone: (11) 3894-3477

GENTE SEGURADORA - FLORIANÓPOLIS/SC
Rua Araci Vaz Gallado, 433, Loja 08 - Canto
CEP: 88070-750
Fone: (48) 3241-8218 / (48) 3241-8217

GENTE SEGURADORA - RIO DE JANEIRO/RJ
Rua Sete de Setembro, 68, Loja P - Centro
CEP: 20056-002
Fone: (21) 3549-4483 / (21) 3549-4485

GENTE SEGURADORA - CURITIBA/PR
Alameda Dr. Carlos de Carvalho, 625 - Centro
CEP: 80430-180
Fone: (41) 3078-4544 / (41) 308-4345

GENTE SEGURADORA - BELO HORIZONTE/MG
Avenida Brasil, 1584, Loja 07 - Funcionários
CEP: 30140-003
Fone: (31) 3586-8888 / (31) 3586-8899

AVISO DE SINISTRO DPVAT

TIPO DE PROCESSO

☐ PROCESSO NOVO ☒ DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Nº DO SINISTRO

3190 281583

COBERTURA RECLAMADA: ☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DESPESAS COM ASSISTÊNCIA MÉDICA

1. DADOS DO RECLAMANTE

QUALIFICAÇÃO DO RECLAMANTE:

☒ VÍTIMA ☐ BENEFICIÁRIO ☐ PROCURADOR ☐ REPRESENTANTE LEGAL

NOME DO RECLAMANTE: Eli Milton De Souza Santos

CPF: 028.380.195-62 ENDEREÇO: Rua Sete Nº: 228

COMPL.: CEP: 49.400-000 BAIRRO: Centro

CIDADE: Paragatuba ESTADO/UF: Sergipe

TELEFONE DE CONTATO: (79) 9994055 e-mail: laento@laentofonsecaadv.br

2. DADOS DA OCORRÊNCIA

DATA DA OCORRÊNCIA: 12/09/2018 Nº DO BOLETIM: 2018/06558.0-002844

DELEGACIA: De Paragatuba ESTADO/UF: Sergipe

DATA DO SINISTRO: / /

SITUAÇÃO DA VÍTIMA: ☐ TRANSPORTADO ☐ NÃO TRANSPORTADO ☒ MOTORISTA

VEÍCULO IDENTIFICADO? ☒ SIM ☐ NÃO PLACA: 2KX4246 TIPO DE VEÍCULO: Skimmeray

3. DADOS PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

TIPO DE CONTA: ☐ CONTA CORRENTE ☐ CONTA POUPANÇA BANCO:

Nº DA AGÊNCIA: Nº DA CONTA:

4. DADOS DO BENEFICIÁRIO

NOME COMPLETO: Eli Milton De Souza Santos

CIC/CPF: 028.380.195-62 ENDEREÇO: Rua Sete Nº: 228

COMPL.: CEP: 49.400-000 BAIRRO: Centro

CIDADE: Paragatuba ESTADO/UF: Sergipe

TELEFONE DE CONTATO: (79) 999552089 e-mail: laento@laentofonsecaadv.br

O RECLAMANTE declara estar ciente de que outros documentos poderão ser solicitados, se necessários à elucidação do sinistro.

laento/se 16/07/2014
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO RECLAMANTE

NOSSOS ENDEREÇOS:

GENTE SEGURADORA - PORTO ALEGRE Av. Carlos Gomes, 350 - Boa Vista CEP: 90480-000 Fone: (51) 3027-8888 / (51) 3027-8875	GENTE SEGURADORA - SÃO PAULO/SP Av. 9 de Julho, 432 - Jardim Paulista CEP: 01406-100 Fone: (11) 3894-3477	GENTE SEGURADORA - FLORIANÓPOLIS/SC Rua Araci Vaz Callado, 433, Loja 08 - Centro CEP: 88070-750 Fone: (48) 3241-9216 / (48) 3241-9217	GENTE SEGURADORA - RIO DE JANEIRO/RJ Rua Sete de Setembro, 88, Loja P - Centro CEP: 20050-002 Fone: (21) 3549-4483 / (21) 3549-4485	GENTE SEGURADORA - CURITIBA/PR Alameda Dr. Carlos de Carvalho, 625 - Centro CEP: 80430-100 Fone: (41) 3078-4644 / (41) 3078-4345	GENTE SEGURADORA - BELO HORIZONTE/MG Avenida Brasil, 1584, Loja 07 - Funcionários CEP: 30140-003 Fone: (31) 3586-8888 / (31) 3586-8899
---	--	--	--	---	---

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.
É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS

01 a 16	Registro de informações cadastrais	Preencher corretamente de acordo com a documentação.
---------	------------------------------------	--

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente. Assinalar a opção que melhor justifique a ausência de apresentação de Laudo do Instituto Médico Legal (IML).
----	--	---

MORTE

23 a 33	Declaração de Únicos Beneficiários	A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.
---------	------------------------------------	---

NÃO ALFABETIZADO

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a rogo/a pedido.
36	CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a rogo/a pedido.
37	Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade. Necessário reconhecer firma da assinatura.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu rogo/a pedido, na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura do Pedido do Seguro DPVAT.

TESTESMUNHAS

38	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTESMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível para a cobertura de morte, sem necessidade de reconhecimento de firma das assinaturas; e para beneficiários/vítimas não alfabetizados sendo, neste caso, necessário o reconhecimento de firma das assinaturas das testemunhas.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Ouvidoria: 0800 021 91 35

SSH Secure Shell 3.2.9 (Build 283)
Copyright (c) 2000-2003 SSH Communications Security Corp - <http://www.ssh.com/>

This copy of SSH Secure Shell is a non-commercial version.
This version does not include PKI and PKCS #11 functionality.

Last login: Wed Aug 7 13:03:23 2019 from 172.25.48.74
[Setting environment for Adabas Client]
[done]
[Setting environment for Adabas]
[done]
[Setting environment for Natural 6.3 SP11]
[done]
[Setting environment for Natural Security 6.3 SP11]
[done]
[Setting Environment for EntireX 8.2]
[Sourcing exaenv.bsh]
[Sourcing ebsenv.bsh]
[done]

NATURAL V 6.3.11 PL 0 Software AG 2011

M525159K CONSULTA GERAL ARQ. DE RESTRICOES - BASE LOCAL 07/08/2019 13:04:56

CPF/CNPJ.....: 6482184570 PLACA...: QKY2446 CHASSI...: LWYMCA208D6015193
TIPO.....: ADMINISTRATIVA SUBTIPO: 14-COMUNICAÇÃO DE VENDA
INCLUSAO TEMPORARIA DE RESTRICAO ADMINISTRATIVA POR DIGITACAO DE SERVICO NO SCV

DATA DE CADASlqqk.: DET08001
DATA VENDA VEx x.: 464335540
** INICIO DA xM525159I DETRAN / SE 07/08/2019xO: 14/08/2018
SITUACAO.....x

x *** INFORMACOES DO ATUAL PROPRIETARIO ***x

NOME ORGAO JUx x
xNOME.....: RICLECIA LEAL DE OLIVEIRA x
MUNICIPIO....xENDERECO.....: RUA 14 x
NUMERO DO OFIxNRO.....: 229 x:
NUMERO DO PROxBAIRRO.....: ADEMAR DE CARVALHO x: _ / _ / _
OBSERVACOES RxCOMP.....: CASA x
xMUNICIPIO.....: LAGARTO x
xCNPJ/CNPJ.....: 00464335540 x
mqqq]

PF1 MENU PF2 RETORNA PF3 SERV.AUT. ENTER CONTINUA PF6 FIM PF9 DADOS NOVO COMP

DECLARAÇÃO

Declaro que o paciente **ELENILTON DE SOUZA SANTOS**, brasileiro, maior, capaz, RG nº 3.122.484-9 SSP/SE, data de nascimento 22/08/1985, filho de AURELINO JOSE DOS SANTOS, MARIA NUNES DE SOUZA residente e domiciliado Rua 07, nº 228 Bairro Ademar de Carvalho Lagarto/SE, deu entrada nesta Unidade Hospitalar no dia 26/08/2018 às 22h:26min. BE: 35977/8.

Neste ato retificam-se as seguintes informações do seu Prontuário:

- Onde se lê **NOME DO PACIENTE: ELENILTON JOSE DOS SANTOS** ler-se-á: **NOME DO PACIENTE: ELENILTON DE SOUZA SANTOS.**
- Onde se lê **NOME DO PAI: ORELINO JOSE DOS SANTOS** ler-se-á: **NOME DO PAI: AURELINO JOSE DOS SANTOS.**
- Onde se lê **DATA DE NASCIMENTO: 06/10/1984** ler-se-á: **DATA DE NASCIMENTO: 22/08/1985.**

Lagarto/SE, 11 de dezembro de 2018

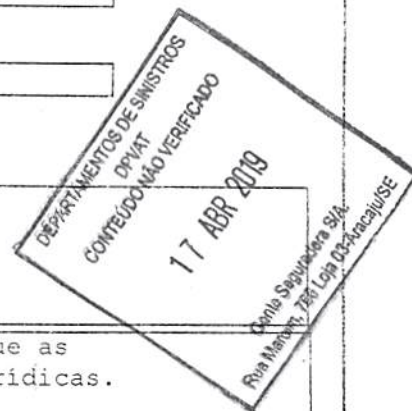
Atenciosamente,


Dr. Érico de Pinho.
Chefe da DivMed
EBSERH/HUL
CRM 3561

Érico de Pinho Menezes
Chefe da Divisão Médica
Hospital Universitário de Lagarto



Nome ELENILTON JOSE DOS SANTOS		Nome Social 		Prontuário 35977/8	
Nome Mãe MARIA NUNES DE SOUZA		Sexo Masculino		Estado Civil Solteiro	
				Dt Nascimento 06/10/1984	
Nome Pai ERELINO JOSE DOS SANTOS		Data cadastro 26/08/2018		Data recadastro 	
				Pront. Família 	
PG 		CPF 		Cartão SUS 	
Nome Anterior 		Cidade de nascimento LAGARTO		UF SE	
Grau Instrução 1º Grau Incompleto		Nacionalidade BRASILEIRO			
Profissão 		Código da profissão 		Cor Parda	
				Fone ou Recado 79-996403144	
Logradouro RUA 7		Posto de Referência : 			
Número 228		Complemento 		Bairro ADEMAR DE CARVALHO	
Cidade LAGARTO		UF SE		CEP 49400-000	
Identificador ANSELMO APARECIDO SANTOS					
Area Cadastradora CENTRO CUSTO 1					
Observação M DOC DE RG					
<p>Declaro para todos os fins de direito e sob as penas da lei que as informações cadastrais contidas no boletim de identificação são verídicas.</p> <p><i>Anselmo de Santos Bispo</i></p> <p>() Paciente () Pai () Mãe (X) Representante Legal</p>					
Boletim de Identificação de Paciente					



☐ BUSCA ESPONTÂNEA ☐ ENCAMINHAMENTO ☐ SAIR ☐ GESTANTE ☐ NÃO GESTANTE ☐ ACIDENTE DE TRABALHO: ☐ SIM ☐ NÃO

Queixas:

☐ Agudo ☐ Crônico

Patologia de base:

☐ HAS ☐ DM ☐ Cardiopatia ☐ Outros:

Alergias:

☐ NÃO ☐ SIM:

Escala

de Dor:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sinais Vitais

FC (bpm)

FR (rpm)

SPO2 (%)

Tax (PC)

PA (mmHg)

GLC (mg/dL)

Peso (Kg)

Escala de Coma de Glasgow

Abertura Ocular

Resposta Verbal

Resposta Motora

TOTAL

SISTEMA NERVOSO	SISTEMA RESPIRATÓRIO	SISTEMA CARDIOVASCULAR	SISTEMA GASTROINTESTINAL	SISTEMA GENITURINÁRIO	SISTEMA OSTEOARTICULAR
<input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente	<input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Dispneico	<input type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Micúria	<input type="checkbox"/> Artroalgia <input type="checkbox"/> Arofia
<input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Ortopneia <input type="checkbox"/> Bradipneia	<input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Normotensão	<input type="checkbox"/> Globosa <input type="checkbox"/> Hematêmese	<input type="checkbox"/> Colúria <input type="checkbox"/> Hematuria	<input type="checkbox"/> Cervicalgia <input type="checkbox"/> Lombalgia
<input type="checkbox"/> Tórax <input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Errose <input type="checkbox"/> Melena	<input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Polidúria	<input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Câmbria
<input type="checkbox"/> Tontura <input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Tr. Intersticial <input type="checkbox"/> Hemoptise	<input type="checkbox"/> P. Rítmico <input type="checkbox"/> P. Arritmico	<input type="checkbox"/> Pruse <input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Priapismo	<input type="checkbox"/> Espasmo <input type="checkbox"/> Hemiplegia
<input type="checkbox"/> Escala <input type="checkbox"/> Midriase	<input type="checkbox"/> Tr. subcutâneo <input type="checkbox"/> Suroglio	<input type="checkbox"/> Dor torácica <input type="checkbox"/> Precordialgia	<input type="checkbox"/> Diarréia	<input type="checkbox"/> Sedgoma <input type="checkbox"/> Limpido e claro	<input type="checkbox"/> Hemiparesia <input type="checkbox"/> Paraplegia
<input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Miose	<input type="checkbox"/> OUTROS:	<input type="checkbox"/> Angina <input type="checkbox"/> OUTROS:	<input type="checkbox"/> OUTROS:	<input type="checkbox"/> Concentrada <input type="checkbox"/> C/ sedimentos	<input type="checkbox"/> Susp. fratura
<input type="checkbox"/> OUTROS:				<input type="checkbox"/> Giaroso <input type="checkbox"/> OUTROS:	<input type="checkbox"/> e/ alterações

Classificação do Risco

☐ AZUL ☐ AMARELO

☐ VERDE ☐ VERMELHO

Especialidade

☐ CLÍNICO ☐ PEDIÁTRICO

☐ CIRÚRGICO ☐ ENFERMEIRO

☐ ORTOPÉDICO

Hora da Class

Carimbo e assinatura do Enfermeiro

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Hora da avaliação médica:

27/09/2014

1) Trauma de cabeça, rosto e tórax. Paciente alertado, referir em de supracitado, sem relato de perda de consciência, transportado em ambulância da SAMU 192, referir dor cervical e um pouco de dor no tórax.

2) Re: trauma de tórax e tórax.

3) Re: trauma de tórax e tórax.

565 1.000ml de sangue.

33) Re: trauma de tórax e tórax.

Re: trauma de tórax e tórax.

fratura fechada de tórax.

paciente a ser tratado.

paciente a ser tratado.

paciente a ser tratado.

paciente a ser tratado.

paciente a ser tratado.

paciente a ser tratado.

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM



SISTEMA
ÚNICO DE
SAÚDE

MINISTÉRIO
DA
SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO
HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde
1-NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Regional de Lagarto

2-CNES

6 5 6 8 3 4 3

3-NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Hospital Regional de Lagarto

4-CNES

6 5 6 8 3 4 3

Identificação do Paciente
5-NOME DO PACIENTE

Eleilton José da Silva

6-Nº DO FRONTOUÁRIO

3597718

7-CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8-DATA DE NASCIMENTO

06/10/1984

9-SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10-NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria Lúcia de Souza

12-ENDERECO (RUA, Nº, BAIRRO)

Bairro: Idema de Carvalho, Rioz, 10228

13-MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Lagarto

14-COD. IBGE MUNICÍPIO

280.350

15-UF

SE

16-CEP

4946403144

17-PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente com fístula subtorácica a D.
admitido para Ht. cirúrgica.

18-CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de Ht. cirúrgica

19-PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Ex físico + radiológico

20-DIAGNÓSTICO INICIAL

fístula subtorácica D

21-CID 10 PRINCIPAL

S72.2

22-CID 10 SECUNDÁRIO

V29.6

23-CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24-DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26-CLÍNICA

27-CARÁTER DA INTERNAÇÃO

25-CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050646

30-NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Erico de Lino

28-DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

29-Nº. DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

81885970587

31-DATA DA SOLICITAÇÃO

27/08/18

32-ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)

33-) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34-) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35-) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36-CNPJ DA SEGURADORA

39-CNPJ EMPRESA

37-Nº. DO BILHETE

38-SERIE

42-VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43-NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44-COD. ÓRGÃO EMISSOR

49-Nº. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45-DOCUMENTO

() CNS () CPF

46-Nº. DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47-DATA DA AUTORIZAÇÃO

48-ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)

Identificação do Paciente

Paciente: 61012

Prontuário: 0035977/8

Nome: ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Nome Mãe: MARIA NUNES DE SOUZA

Endereço: RUA 7

Número: 228 Complemento:

Bairro: ADEMAR DE CARVALHO

Cidade: LAGARTO

Data Nasc.: 06/10/1984

Idade: 33

Sexo: M

UF: SE

Cep: 49.400-000

Profissão:

Cor: M

Est. Civil: S

Naturalidade: LAGARTO

UF Nascimento: SE

Nacionalidade: BRASILEIRO

Cartão SUS:

Telefone: 79 996403144

Identificação do Responsável

Nome:

Endereço:

Cidade:

UF:

CEP:

Fone:

Dados de Internação

Data Internação: 27/08/2018 00:14

CID Principal: S72.2 FRATURA SUBTROCANTÉRICA

CID Secundário: V29.6 MOTOCICLISTA NÃO ESPECIFICADO TRAUMATIZADO EM COLISÃO COM OUTROS

Procedimento: 408050616 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA

Clínica:

Dif. Classe: N

Acompanhante: N

Andar: 1 Ala: 1 Quarto:

Leito:

Convênio: 1/1 SUS - INTERNAÇÃO

Unidade: UNIDADE AZUL

Acomodação:

Especialidade: ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA

Carater de Internação: URGENCIA

Tabela: TABELA UNIFICADA

Perm. SUS: 6 Dia(s)

Nro. Atendimento:

Equipe Médica

Equipe:

ERICO DE PINHO MENEZES

CRM: 3501 SE

CPF: 81885970587

Chefe da Equipe

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA : AGHUHRL

CRM: 654321

64059155063

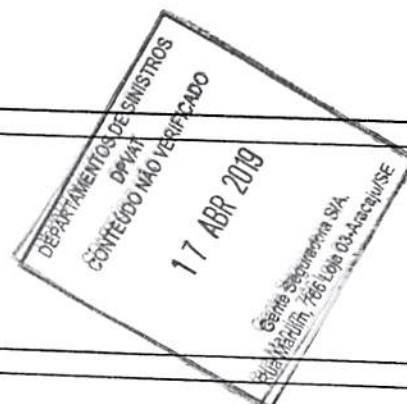
Funcionário que efetuou a Internação

Nome: ANGELA NASCIMENTO SANTANA MENEZES

C. Ponto: 955 153079

Observação

SOLICITAR DOCUMENTOS PARA RECADASTRO




PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - UNIDADE AZUL		Data da Internação: 27/08/2018	
CID : FRATURA SUBTROCANTÉRICA		Validade: de 27/08/2018 19:19 h. a 28/08/2018 10:00 h.	
Folha 1/1			
DIETA		Aprazamento	
1. Livre	obs.: ZERO A PARTIR DAS 23H	Atenção	

CUIDADOS		Aprazamento	
2. Controle de sinais vitais, de 6/6 horas		12 18 24 26 jul	
3. Repouso no leito, contínuo	ATENÇÃO	I= T=	
4. Curativo pequeno, 1 x ao dia		Manhã	

MEDICAMENTOS		APRAZAMENTO
POSOLOGIA	DOSAGEM	
5. CLORETO DE SÓDIO 0,9% 1000 ML PARA INFUSÃO BOLSA FLEX. 9 mg/mL	Administrar 1.000 mL, IV, de 24/24 horas, obs.: para 24h	500 500
6. DAPIRONA INJETÁVEL 500MG/ML 2 ML 500 mg/mL	Administrar 1.000 mg, IV, de 6/6 horas, obs.: EV, infusão 1mL/min.	12 18 24 26
7. CETOPROFENO 100MG IV 100 mg	Administrar 100 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: EV: 20 minutos (infusão lenta).	12 16 24 26
8. TRAMADOL INJETÁVEL MG/ML 2 ML 50 mg/mL	Administrar 100 mg, IV, de 8/8 horas, Se Necessário; obs.: EV lento 30-60min.	12 20 24 26
9. METOCLOPRAMIDA INJETÁVEL - 2 ML 5 mg/mL	Administrar 10 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: Se náuseas ou vômitos	505
10. OMEPRAZOL INJETÁVEL 40 mg	Administrar 40 mg, IV, de 24/24 horas,	06 gora

27/08/2018, 19:21h.	Dr. WAGNER LIMA DE LUCENA CRM: 4255 SE	Kleiton Gomes Santos COREN - BE-37899 - ENF
---------------------	--	--

 Hospital Universitário Lagarto PRESCRIÇÃO	Identificação	035977/B
	ELENILTON JOSE DOS SANTOS	
Unidade: AZUL		


PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - UNIDADE AZUL		Data da Internação: 27/08/2018	
CID : FRATURA SUBTROCANTÉRICA		Validade: de 27/08/2018 19:19 h. a 28/08/2018 10:00 h.	
Folha 1/1			
DIETA		Aprazamento	
1. Livre	obs.: ZERO A PARTIR DAS 23H	Atenção	

CUIDADOS		Aprazamento
2. Controle de sinais vitais, de 6/6 horas		12 18 24 26 jul
3. Repouso no leito, contínuo	ATENÇÃO	I= T=
4. Curativo pequeno, 1 x ao dia		Manhã

MEDICAMENTOS		
POSOLOGIA	DOSAGEM	APRAZAMENTO
5. CLORETO DE SÓDIO 0,9% 1000 ML PARA INFUSÃO BOLSA FLEX. 9 mg/mL	Administrar 1.000 mL, IV, de 24/24 horas, obs.: para 24h	500 500
6. DÍPIRONA INJETÁVEL 500MG/ML 2 ML 500 mg/mL	Administrar 1.000 mg, IV, de 6/6 horas, obs.: EV, infusão 1mL/min.	12 18 24 26 jul
7. CETOPROFENO 100MG IV 100 mg	Administrar 100 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: EV: 20 minutos (infusão lenta).	12 18 24 26 jul
8. TRAMADOL INJETÁVEL MG/ML 2 ML 50 mg/mL	Administrar 100 mg, IV, de 8/8 horas, Se necessário; obs.: EV lento 30-60min.	12 18 24 26 jul
9. METOCLOPRAMIDA INJETÁVEL - 2 ML 5 mg/mL	Administrar 10 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: Se náuseas ou vômitos	12 18 24 26 jul
10. OMEPRAZOL INJETÁVEL 40 mg	Administrar 40 mg, IV, de 24/24 horas,	505 06 jul

27/08/2018, 19:21h.	Dr. WAGNER LIMA DE LUCENA CRM: 4255 SE	Kleiton Gomes Santos COREN - BE-37899 - ENF
---------------------	--	--

 <p>Hospital Universitário Lagarto</p>	<p>PRESCRIÇÃO</p>	<p>Identificação</p>	<p>ELENILTON JOSE DOS SANTOS</p>	<p>Unidade: AZUL</p>	<p>035977/B</p>

PRESCRIÇÃO

Unidade: 1 1 - UNIDADE AZUL	Data da Internação: 27/08/2018
CID : FRATURA SUBTROCANTÉRICA	Validade: de 27/08/2018 00:17 h. a 27/08/2018 10:00 h.
Folha 2/2	
Dr. ERICO DE PINHO MENEZES CRM: 3501 SE	
27/08/2018,00:25h.	

00:30

Lilia Tereza Figueira
COREN - SE 360020 - ENF

 Hospital Universitário Ligório PRESCRIÇÃO	Identificação
	ELENILTON JOSE DOS SANTOS
	Unidade: AZUL
	035977/8

PRESCRIÇÃO

Unidade: 1 1 - UNIDADE AZUL

CID : FRATURA SUBTROCANTÉRICA

Folha 1/2

Data da Internação: 27/08/2018

Validade: de 28/08/2018 14:07 h. a 29/08/2018 10:00 h.

DIETA		Aprazamento
1. Livre	obs.: DIETA LIVRE	28/08/18 - 20:05 - Dieta zero pontos 00/06 Hs

CUIDADOS		Aprazamento
2. Controle de sinais vitais, de 6/6 horas		12 18 24 06
3. Repouso no leito, contínuo		I= T= cont.
4. Curativo pequeno, 1 x ao dia		M

MEDICAMENTOS		
POSOLOGIA	DOSAGEM	APRAZAMENTO
5. CLORETO DE SODIO 0,9% 1000 ML PARA INFUSÃO BOLSA FLEX. 9 mg/mL	Administrar 1.000 mL, IV, de 24/24 horas, obs.: para 24h	500 500
6. DIPIRONA INJETÁVEL 500MG/ML 2 ML 500 mg/mL	Administrar 1.000 mg, IV, de 6/6 horas, obs.: EV, infusão 1mL/min.	12 18 24 06
7. CETOPROFENO 100MG IV 100 mg	Administrar 100 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: EV: 20 minutos (infusão lenta).	0/8 16 24
8. TRAMADOL INJETAVEL MG/ML 2 ML 50 mg/mL	Administrar 100 mg, IV, de 8/8 horas, Se Necessário; obs.: EV lento 30-60min.	505
9. METOCLOPRAMIDA INJETAVEL - 2 ML 5 mg/mL	Administrar 10 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: Se náuseas ou vômitos	505
10. OMEPRAZOL INJETÁVEL 40 mg	Administrar 40 mg, IV, de 24/24 horas,	06
11. ENOXAPARINA 40 mg	Administrar 40 mg, SC, 1 x ao dia, obs.: Deverá ser administrado por via subcutânea, na região ântero-lateral do abdômen, alternando a cada aplicação os lados direito e esquerdo.	20

Universitário
Lagarto
PRESCRIÇÃO

ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Identificação

Unidade: AZUL

Dr. Thiago P. do Nascimento
CRM 3702

Nathany Carralho Nascimento
Enfermeira
COREN-SE 480.068.035977/8

COREN-SE 37047

PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - UNIDADE AZUL

CID : FRATURA SUBTROCANTÉRICA

Folha 2/2

Data da Internação: 27/08/2018

Validade: de 28/08/2018 14:07 h. a 29/08/2018 10:00 h.

Dr. THIAGO FRANCISCO DO NASCIMENTO CRM: 3702 SE

28/08/2018, 14:11h.



Universitário
Lagarto

PRESCRIÇÃO

ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Unidade: AZUL

Identificação

035977/8

PRESCRIÇÃO

Unidade: 1 1 - UNIDADE AZUL

CID : FRATURA SUBTROCANTÉRICA

Folha 1/2

Data da Internação: 27/08/2018

Validade: de 29/08/2018 17:23 h. a 30/08/2018 10:00 h.

DIETA		Aprazamento
1.	Livre obs.: DIETA LIVRE	S/N

CUIDADOS		Aprazamento
2.	Controle de sinais vitais, de 6/6 horas	12 18 24 06
3.	Repouso no leito, contínuo	I= T=
4.	Curativo pequeno, 1 x ao dia	m
5.	Realizar ordenha do dreno de tórax - portovac ordenhar, 3 x ao dia	m T N

MEDICAMENTOS

POSOLOGIA	DOSAGEM	APRAZAMENTO
6. CLORETO DE SODIO 0,9% 1000 ML PARA INFUSÃO BOLSA FLEX. 9 mg/mL	Administrar 1.000 mL, IV, de 24/24 horas, obs.: para 24h	500
7. DIPIRONA INJETÁVEL 500MG/ML 2 ML 500 mg/mL	Administrar 1.000 mg, IV, de 6/6 horas, obs.: EV, infusão 1mL/min.	10 16
8. CETOPROFENO 100MG IV 100 mg	Administrar 100 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: EV: 20 minutos (infusão lenta).	08 16
9. TRAMADOL INJETAVEL MG/ML 2 ML 50 mg/mL	Administrar 100 mg, IV, de 8/8 horas, Se Necessário; obs.: EV lento 30-60min.	S/N
10. METOCLOPRAMIDA INJETAVEL - 2 ML 5 mg/mL	Administrar 10 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: Se náuseas ou vômitos	S/N
11. OMEPRAZOL INJETÁVEL 40 mg	Administrar 40 mg, IV, de 24/24 horas,	
12. ENOXAPARINA 40 mg	Administrar 40 mg, SC*, 1 x ao dia, obs.: Deverá ser administrado por via subcutânea, na região ântero-lateral do abdômen, alternando a cada aplicação os lados direito e esquerdo.	



Universitário
Lagarto

PRESCRIÇÃO

ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Identificação

Unidade: AZUL

035977/8

PRESCRIÇÃO

Unidade: 1 1 - UNIDADE AZUL

CID : FRATURA SUBTROCANTÉRICA

Data da Internação: 27/08/2018

Folha 2/2

Validade: de 29/08/2018 17:23 h. a 30/08/2018 10:00 h.

MEDICAMENTOS

POSOLOGIA	DOSAGEM	APRAZAMENTO
13. CEFAZOLINA 1.000 mg	Administrar 1.000 mg, IV, de 6/6 horas, obs.: Administração: EV: Direta de 3-5 minutos; Diluído de 30-60 minutos; IM: Administrar em áreas de grande massa muscular. A solução pode se tornar amarelo mais forte chegando a amarelo amarronzado, sem redução da eficácia do produto.	X 16 22 09

Dr. JOSE CLEANES NUNES MOTA CRM: 1783 SE

29/08/2018,17:29h.

Bruna Pires
CRM: 1783 SE
18:00



Universitário
Lagarto
PRESCRIÇÃO

ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Identificação

Unidade: AZUL

035977/8

PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - CLINICA CIRURGICA		Data da Internação: 27/08/2018
CID : FRATURA SUBTROCANTÉRICA		
Folha 1/2	Validade: de 30/08/2018 10:00 h. a 30/08/2018 11:00 h.	

DIETA		Aprazamento
1. Livre	obs.: DIETA LIVRE	SNP

CUIDADOS		Aprazamento
2. Controle de sinais vitais, de 6/6 horas		I= 12/24h T= 12/24h
3. Repouso no leito, contínuo		I= 12/24h T= 12/24h
4. Curativo pequeno, 1 x ao dia		I= 12/24h T= 12/24h

MEDICAMENTOS		
POSOLOGIA	DOSAGEM	APRAZAMENTO
5. CLORETO DE SODIO 0,9% 1000 ML PARA INFUSÃO BOLSA FLEX. 9 mg/mL	Administrar 1.000 mL, IV, de 24/24 horas, obs.: para 24h	500 500
6. DIPIRONA INJETÁVEL 500MG/ML 2 ML 500 mg/mL	Administrar 1.000 mg, IV, de 6/6 horas, obs.: EV, infusão 1mL/min.	12/24h 12/24h
7. CETOPROFENO 100MG IV 100 mg	Administrar 100 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: EV: 20 minutos (infusão lenta).	12/24h 12/24h
8. TRAMADOL INJETAVEL MG/ML 2 ML 50 mg/mL	Administrar 100 mg, IV, de 8/8 horas, Se Necessário; obs.: EV lento 30-60min.	12/24h 12/24h
9. METOCLOPRAMIDA INJETAVEL - 2 ML 5 mg/mL	Administrar 10 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: Se náuseas ou vômitos	12/24h 12/24h
10. OMEPRAZOL INJETÁVEL 40 mg	Administrar 40 mg, IV, de 24/24 horas,	12/24h 12/24h
11. ENOXAPARINA 40 mg	Administrar 40 mg, SC, 1 x ao dia, obs.: Deverá ser administrado por via subcutânea, na região ântero-lateral do abdômen, alternando a cada aplicação os lados direito e esquerdo.	12/24h 12/24h

Dr. Jaime Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 11719 OR - SE - 11/07/2013

Universitário
Lagarro

PRESCRIÇÃO

Identificação

ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Leito: 401E

Rosivânia Meneses Mendonça
COREN-SE 140839 ENFª

11h

035977/8

PRESCRIÇÃO

Unidade: 1 1 - CLINICA CIRURGICA

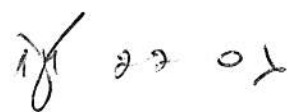
CID : FRATURA SUBTROCANTÉRICA

Folha 2/2

Data da Internação: 27/08/2018

Validade: de 30/08/2018 10:00 h. a 30/08/2018 11:00 h.

MEDICAMENTOS

POSOLOGIA	DOSAGEM	APRAZAMENTO
12. CEFAZOLINA 1.000 mg	Administrar 1.000 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: Administração: EV: Direta de 3-5 minutos; Diluído de 30-60 minutos; IM: Administrar em áreas de grande massa muscular. A solução pode se tornar amarelo mais forte chegando a amarelo amarronzado, sem redução da eficácia do produto.	

30/08/2018,09:30h.

Dr. Jaime Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM: RA1724 CRM: SE 45307EOT-11563

Dr. JAIME DE ANDRADE CAVALCANTI NETO CRM: 4530SE



Universitário
Lagarto

PRESCRIÇÃO

ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Identificação

Leito: 401E

035977/8

PRESCRIÇÃO

Unidade: 1 1 - CLINICA CIRURGICA

CID : FRATURA SUBTROCANTÉRICA

Data da Internação: 27/08/2018

Folha 1/2

Validade: de 31/08/2018 11:00 h. a 01/09/2018 11:00 h.

DIETA

Aprazamento

1. Livre obs.: DIETA LIVRE

CUIDADOS

Aprazamento

2. Controle de sinais vitais, de 6/6 horas

3. Repouso no leito, contínuo

4. Curativo grande, 1 x ao dia

I= T=

MEDICAMENTOS

POSOLOGIA

DOSAGEM

APRAZAMENTO

5. CLORETO DE SODIO 0,9% 1000 ML PARA INFUSÃO
BOLSA FLEX. 9 mg/mL

Administrar 1.000 mL, IV, de 24/24 horas, obs.: para 24h

6. DIPIRONA INJETÁVEL 500MG/ML 2 ML 500 mg/mL

Administrar 1.000 mg, IV, de 6/6 horas, obs.: EV, infusão 1mL/min.

7. CETOPROFENO 100MG IV 100 mg

Administrar 100 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: EV: 20 minutos
(infusão lenta).

8. TRAMADOL INJETAVEL MG/ML 2 ML 50 mg/mL

Administrar 100 mg, IV, de 8/8 horas, Se Necessário; obs.: EV
lento 30-60min.

9. METOCLOPRAMIDA INJETAVEL - 2 ML 5 mg/mL

Administrar 10 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: Se náuseas ou vômitos

10. OMEPRAZOL INJETÁVEL 40 mg

Administrar 40 mg, IV, de 24/24 horas,

11. ENOXAPARINA 40 mg

Administrar 40 mg, SC, 1 x ao dia, obs.: Deverá ser administrado
por via subcutânea, na região ântero-lateral do abdômen,
alternando a cada aplicação os lados direito e esquerdo.



Universitário
Lagarto

PRESCRIÇÃO

ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Identificação

Leito: 401E

[Handwritten signature]
Rosângela Meneses Mendonça
COREN-SE-140839 ENF
11h.
035977/8

PRESCRIÇÃO

Unidade: 1 1 - CLINICA CIRURGICA

CID : FRATURA SUBTROCANTÉRICA

Data da Internação: 27/08/2018

Folha 2/2

Validade: de 31/08/2018 11:00 h. a 01/09/2018 11:00 h.

MEDICAMENTOS

POSOLOGIA	DOSAGEM	APRAZAMENTO
12. CEFAZOLINA 1.000 mg	Administrar 1.000 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: Administração: EV: Direta de 3-5 minutos; Diluído de 30-60 minutos; IM: Administrar em áreas de grande massa muscular. A solução pode se tornar amarelo mais forte chegando a amarelo amarronzado, sem redução da eficácia do produto. D2/D7	<i>IX 72 54 72 54 72 54</i>
13. LACTULOSE SOLUÇÃO ORAL - 120 ML 667 mg/mL	Administrar 20 mL, VO, de 12/12 horas,	<i>72 54 72 54</i>

Dr. Wagner Lucena
Ortopedia e Traumatologia
Título de Especialista (TEOT) 14562
CRM-SE 4255 CREMEB 26023

Dr. WAGNER LIMA DE LUCENA CRM: 4255 SE

31/08/2018,10:06h.

14. 01 Solução de Concentrado de Hemicloro, Corer lento, IV

Dr. Wagner Lucena
Ortopedia e Traumatologia
Título de Especialista (TEOT) 14562
CRM-SE 4255 CREMEB 26023

[Handwritten signature]



Universitário
Lagarto

PRESCRIÇÃO

ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Identificação

Leito: 401E

035977/8

PRESCRIÇÃO

Unidade: 1 1 - CLINICA CIRURGICA

CID : FRATURA SUBTROCANTÉRICA

Data da Internação: 27/08/2018

Folha 1/2

Validade: de 01/09/2018 11:00 h. a 02/09/2018 11:00 h.

DIETA		Aprazamento
1.	Livre obs.: DIETA LIVRE	

CUIDADOS		Aprazamento
2.	Controle de sinais vitais, de 6/6 horas	12 18 24 06
3.	Repouso no leito, contínuo	I= T=
4.	Curativo grande, 1 x ao dia	M

MEDICAMENTOS		
POSOLOGIA	DOSAGEM	APRAZAMENTO
5. CLORETO DE SODIO 0,9% 1000 ML PARA INFUSÃO BOLSA FLEX. 9 mg/mL	Administrar 1.000 mL, IV, de 24/24 horas, obs.: para 24h	H
6. DIPIRONA INJETÁVEL 500MG/ML 2 ML 500 mg/mL	Administrar 1.000 mg, IV, de 6/6 horas, obs.: EV, infusão 1mL/min.	12 18 24 06
7. CETOPROFENO 100MG IV 100 mg	Administrar 100 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: EV: 20 minutos (infusão lenta).	12 18 24 06
8. TRAMADOL INJETAVEL MG/ML 2 ML 50 mg/mL	Administrar 100 mg, IV, de 8/8 horas, Se Necessário; obs.: EV lento 30-60min.	SOS
9. METOCLOPRAMIDA INJETAVEL - 2 ML 5 mg/mL	Administrar 10 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: Se náuseas ou vômitos	SOS
10. OMEPRAZOL INJETÁVEL 40 mg	Administrar 40 mg, IV, de 24/24 horas,	06
11. ENOXAPARINA 40 mg	Administrar 40 mg, SC, 1 x ao dia, obs.: Deverá ser administrado por via subcutânea, na região ântero-lateral do abdômen, alternando a cada aplicação os lados direito e esquerdo.	28 Paula



Universitário
Lagarto

PRESCRIÇÃO

ELENILTON JOSE DOS SANTOS



Identificação

Leito: 401E

[Handwritten signature]
 Dra. Tereza
 Clínica de Traumatologia
 CRALSE 4003



035977/8

PRESCRIÇÃO

Unidade: 1 1 - CLINICA CIRURGICA CID : FRATURA SUBTROCANTÉRICA Folha 2/2		Data da Internação: 27/08/2018 Validade: de 01/09/2018 11:00 h. a 02/09/2018 11:00 h.	
MEDICAMENTOS			
POSOLOGIA	DOSAGEM	APRAZAMENTO	
12. CEFAZOLINA 1.000 mg	Administrar 1.000 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: Administração: EV: Direta de 3-5 minutos; Diluído de 30-60 minutos; IM: Administrar em áreas de grande massa muscular. A solução pode se tornar amarelo mais forte chegando a amarelo amarronzado, sem redução da eficácia do produto. D2/D7	 2206	
13. LACTULOSE SOLUÇÃO ORAL - 120 ML 667 mg/mL	Administrar 20 mL, VO, de 12/12 horas,	 24	
01/09/2018,09:03h. Dr. FRANCISCO GILSON TEIXEIRA SANTOS CRM: 4003			

(12) 1 CH 500 mg (Fenta)
 (13) 500 mg (Fenta)

Dr. Gilson Teixeira Santos
 CRM: 4003

 Universitário Lagarto PRESCRIÇÃO	Identificação ELENILTON JOSE DOS SANTOS Leito: 401E	 035977/8
--	--	---

PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - CLÍNICA CIRÚRGICA		Data da Internação: 27/08/2018	
CID: FRATURA SUBTROCANTÉRICA		Validade: de 01/09/2018 11:00 h. a 02/09/2018 11:00 h.	
Folha 1/2		** Reimpressão **	
DIETA		Aprazamento	
1. Livre	obs.: DIETA LIVRE		
CUIDADOS			
2. Controle de sinais vitais, de 6/6 horas			
3. Repouso no leito, contínuo	I= T=		
4. Curativo grande, 1 x ao dia			
MEDICAMENTOS			
POSOLOGIA	DOSAGEM	APRAZAMENTO	
5. CLORETO DE SÓDIO 0,9% 1000 ML PARA INFUSÃO BOLSA FLEX. 9 mg/mL	Administrar 1.000 mL, IV, de 24/24 horas, obs.: para 24h		
6. DIPIRONA INJETÁVEL 500MG/ML 2 ML 500 mg/mL	Administrar 1.000 mg, IV, de 6/6 horas, obs.: EV, infusão 1mL/min.		
7. CETOPROFENO 100MG IV 100 mg	Administrar 100 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: EV: 20 minutos (infusão lenta).		
8. TRAMADOL INJETÁVEL MG/ML 2 ML 50 mg/mL	Administrar 100 mg, IV, de 8/8 horas, Se Necessário; obs.: EV lento 30-60min.		
9. METOCLOPRAMIDA INJETÁVEL - 2 ML 5 mg/mL	Administrar 10 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: Se náuseas ou vômitos		
10. OMEPRAZOL INJETÁVEL 40 mg	Administrar 40 mg, IV, de 24/24 horas,		
11. ENOXAPARINA 40 mg	Administrar 40 mg, SC, 1 x ao dia, obs.: Deverá ser administrado por via subcutânea, na região ântero-lateral do abdômen, alternando a cada aplicação os lados direito e esquerdo.		



PRESCRIÇÃO

Identificação

ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Leito: 401E

DEPARTAMENTO DE SEMIÓTIPO
DIAGNÓSTICO
17 ABR 2018
CENTRO DE SEGURANÇA S.C.
RUA MANOEL, 785 LAGARTINHO

Dr. Cláudio Teixeira
Ortopedia Traumatologia
CRM-SE 4003

035977/8

Anamnese**Dados do Paciente**

Referência: 27/08/2018

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: UNIDADE AZUL

Data Criação: 27/08/2018 00:26 Atendimento: 6676

Nome do Responsável: ERICO DE PINHO
MENEZES

Data Confirmação: 27/08/2018 00:27

Paciente com fratura subtrocantérica a Direita
CD: Internamento para tratamento cirúrgico

Notas Adicionais:



Dr. Erico de Pinho Menezes
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 10.100.100.100

Universitário
Lagarto**ANAMNESE****Identificação**

Paciente: ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Prontuário: 35977/8

Evolução

Dados do Paciente

Referência: 26/08/2018

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: UNIDADE AZUL

Data Criação: 27/08/2018 00:27 Atendimento 6676

Nome do Responsável: ERICO DE PINHO MENEZES

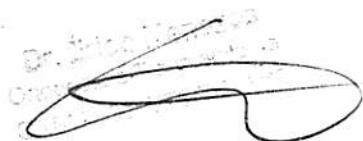
Data Confirmação: 27/08/2018 10:00

Evolução:

Paciente com fratura subtrocantérica de fêmur Direito, admitido para tratamento cirúrgico

CD: Solicito exames
à Clínica cirúrgica

Notas Adicionais:



Universitário

Lagarto

EVOLUÇÃO

Identificação

Paciente: ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Prontuário: 35977/8

Evolução

Dados do Paciente

Referência: 27/08/2018

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: UNIDADE AZUL

Paciente: ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Nome Social:

Data de Nascimento: 06/10/1984

Nº do Cartão SUS: 0

Prontuário: 35977/8

Data Criação: 27/08/2018 14:56 Atendimento 6676

Nome do Responsável: CARLOS ALVES DOS SANTOS

Data Confirmação: 28/08/2018 10:00

Evolução:

Paciente em decúbito dorsal, respirando em ar ambiente, contactuante com a equipe. Em uso de CVP em MSE hidrolisado. Normocorado, normocárdico, eupinéico, afebril. Tórax normal, bulhas em 2 t sem sopro, ausculta limpa sem ruídos adventícios. Abdome plano, presença de RHA, indolor a palpação. Extremidades perfundidas, lesão em cotovelo direito, fratura de perna direita. Eliminações presentes. Queixa-se no momento de dor em perna direita. Aguarda cirurgia.

Carlos Alves dos Santos
Coren-SE 541676-ENF

Notas Adicionais:



Universitário

Lagarto

EVOLUÇÃO

Evolução

Dados do Paciente

Referência: 29/08/2018

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: UNIDADE AZUL

Paciente: ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Nome Social:

Data de Nascimento: 06/10/1984

N° do Cartão SUS: 0

Prontuário: 35977/8

Data Criação: 29/08/2018 14:08 Atendimento 6676

Nome do Responsável: BRUNA RAVENA BEZERRA DE SOUSA

Data Confirmação: 30/08/2018 10:00

Evolução:

Às 14:05h admitido no CC para realização de cirurgia de fratura subtrocanterica D, procedente da Reidratação, trazido em maca, acompanhado de uma técnica de enfermagem e do maqueiro, consciente e orientado, fásico, acianótico e anictérico. Respira espontaneamente sem aporte de O2, eupnéico. com expansibilidade torácica bilateral preservada. Hidratado. Em dieta zero há mais de 12h. Com curativo oclusivo em MSD MID com tala. Nega alergia medicamentosa e outras comorbidades. Faz uso de prótese dentária Já realizou herniorrafia enquanto criança. Diurese presente, espontânea e normal - sic. Realizado troca de AVP em MSE. Iniciado SAEP. Segue aguardando início do procedimento cirúrgico.

14:20 - Encaminhado para SO4, transferido para mesa cirúrgica e preparado para procedimento anestésico - Raquianestesia pelo Dr. Yuri.

14:50 - Realizo cateterismo vesical de demora, com técnica asséptica, usando sonda Fowler nº 16 e 20 ml de água destilada pra insuflação de balonete. Procedimento realizado com sucesso.

15:30 - Início do procedimento cirúrgico

18:15 - Término do procedimento cirúrgico com paciente hemodinamicamente estável, dreno de sucção na face lateral da coxa D, drenando pouca secreção sanguinolenta com curativo oclusivo. diurese presente e por SVD, clara e com bom volume. Encaminhado paciente à SRPA para cuidados com POI.

Segue POI em SAEP, impressa.

Bruna Ravenna Bezerra de Sousa
BRUNA RAVENA BEZERRA DE SOUSA
COORDENADORA

Notas Adicionais:



Hospital Universitário

Lagarto

EVOLUÇÃO

Evolução

Dados do Paciente

Referência: 29/08/2018

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: UNIDADE AZUL

Data Criação: 29/08/2018 17:29 Atendimento 6676

Nome do Responsável: JOSE CLEANES NUNES MOTA

Data Confirmação: 30/08/2018 10:00

Evolução:

paciente submetido a redução cirúrgica c/ fixação de fratura subtrocanterica fêmur Direito

Notas Adicionais:

Jose Cleanes Nunes
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 1788 TEOT: 5516



Hospital Universitário

Lagarto

EVOLUÇÃO

Identificação

Paciente: ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Prontuário: 35977/8

Evolução

Dados do Paciente

Referência: 29/08/2018

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: UNIDADE AZUL

Paciente: ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Nome Social:

Data de Nascimento: 06/10/1984

N° do Cartão SUS: 0

Prontuário: 35977/8

Data Criação: 29/08/2018 09:37 Atendimento 6676

Nome do Responsável: NATHANY CARVALHO NASCIMENTO

Data Confirmação: 30/08/2018 10:00

Evolução:

Paciente acompanhado, conciente, orientado, verbalizando, realizado banho no leito, troca de curativos, apresentando fratura de trocanter D e ferimento em MSD. queixa-se de dor em MID. eliminações presentes, sono preservado. Anictérico, acianótico, hipocorado, eupneico, afebril, normocárdico, respirando ao ar ambiente. Ao exame físico: BEG, hipocorado, tórax simétrico, abdome plano, flácido, indolor à palpação, com imobilização em MID e curativo em MSD.

- * Segue aos cuidados da equipe.

- * DIETA ZERO, previsto cirurgia para à tarde.

Notas Adicionais:

Nathany Carvalho Nascimento
Enfermeira
CORENSE 480 884



Universitário

Lagarto

EVOLUÇÃO

Evolução

Dados do Paciente

Referência: 29/08/2018

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: CLINICA CIRURGICA

Paciente: ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Nome Social:

Data de Nascimento: 06/10/1984

Nº do Cartão SUS: 0

Prontuário: 35977/8

Data Criação: 29/08/2018 21:41 Atendimento 6676

Nome do Responsável: ALESSANDRA KELY PIRES VIEIRA

Data Confirmação: 30/08/2018 11:00

Alessandra Kely Pires Vieira
Enfermeira
COREN/SE 247.053

Evolução:

20:35 Paciente admitido na clínica cirúrgica proveniente do centro cirúrgico onde foi submetido a procedimento cirúrgico de fratura da extremidade subtrocanterica D., lúcido, orientado, verbalizando, eupneico, hidratado, normocorado, afebril, ventilação ar ambiente, sem queixas de dor, aceita dieta oral, em uso de VSD 500ml diurese clara. AVP MSE em soroterapia. SSVV SPO2 99%
BC 85, PA 128X65. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem.

Notas Adicionais:

Evolução

Dados do Paciente

Referência: 30/08/2018

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: CLINICA CIRURGICA

Data Criação: 30/08/2018 08:49 Atendimento 6676

Nome do Responsável: JAIME DE ANDRADE
CAVALCANTI NETO

Data Confirmação: 31/08/2018 11:00

Evolução:

Subjetivo

1ºDPO de Redução cirúrgica com fixação da fratura subtrocantérica fêmur direito. Nega febre. Nega êmese. Nega dejeções. Relata diurese. Nega alterações em demais sistemas.

Objetivo

BEG, LOTE, AAA, eupneico, FC:88bpm, SatO2: 95%.

Tórax: simétrico e atípico, MVF sem RA, BRNF2T sem sopros e outras alterações, edemas ausentes.

Abdome: plano, timpânico, visceromegalias não palpáveis, RHA+.

MMIID bem perfundido (satO2 95%), neurovascular sem alterações

FO - Com secreção sanguinolenta, com bom aspecto e edema 3+/4+

Dispositivos:

AVP em MMSSE, dreno de sucção em face lateral da coxa direita com secreção sanguinolenta

Impressão

Pós operatório de Redução cirúrgica com fixação da fratura subtrocantérica fêmur direito

CD mantida

Notas Adicionais:

Dr. Jaime Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM - BA 17824 CRM - SE 4520 TEOT - 11953



Hospital Universitário
Lagarto
EVOLUÇÃO

Identificação

Paciente: ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Prontuário: 35977/8

Evolução

Dados do Paciente

Referência: 30/08/2018

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: CLINICA CIRURGICA

Paciente: ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Nome Social:

Data de Nascimento: 06/10/1984

N° do Cartão SUS: 0

Prontuário: 35977/8

Data Criação: 30/08/2018 13:53 Atendimento 6676

Nome do Responsável: ROSIVANIA MENESES MENDONCA

Data Confirmação: 31/08/2018 11:00

Evolução:

feito curativo sem sinais de infecção ,curativo limpo ,aceitando a dieta oferecida, feito higiene no leito encontra -se no 2 DPO segue sem queixas álgicas dejeições ausente hoje paciente colaborativo abdome timpânico em uso de dreno sanfonado no leito acordado afebril eupneico

Notas Adicionais:


Rosivania Menezes Mendonça
COREN-SE 140839 ENFª



Hospital Universitário

Lagarto

EVOLUÇÃO

Evolução

Dados do Paciente

Referência: 31/08/2018

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: CLINICA CIRURGICA

Data Criação: 31/08/2018 07:22 Atendimento 6676

Nome do Responsável: WAGNER LIMA DE LUCENA

Data Confirmação: 01/09/2018 11:00

Evolução:

Subjetivo

2ºDPO de Redução cirúrgica com fixação da fratura subtrocanterica fêmur direito. Nega febre. Nega êmese. Nega dejeções. Relata diurese. Nega alterações em demais sistemas.

Objetivo

BEG, LOTE, AAA, eupneico, FC:82bpm, SatO2: 99%.

Tórax: simétrico e atípico, MVF sem RA, BRNF2T sem sopros e outras alterações, edemas ausentes. Presença de escoriações em dorso. Corte suturado em antebraço direito e perna esquerda.

Abdome: plano, timpânico, visceromegalias não palpáveis, RHA+.

MMIID bem perfundido (satO2 95%), neurovascular sem alterações, hiperêmico, com equimoses em face medial de fêmur direito e com secreção sanguinolenta, com bom aspecto e edema 3+/4+

Exames laboratoriais: Apresentou valores de eritrócitos (2,1), hemoglobina (6,0), hematócrito (18,7) diminuídos e demais valores dentro da normalidade. Plaquetas e uréia dentro da normalidade. Creatinina (0,40) diminuído.

RX: Fratura com boa redução e síntese.

Dispositivos:

AVP em MMSSE, dreno de sucção em face lateral da coxa direita com secreção serossanguinolenta, SVD

Impressão

Pós operatório de Redução cirúrgica com fixação da fratura subtrocanterica fêmur direito

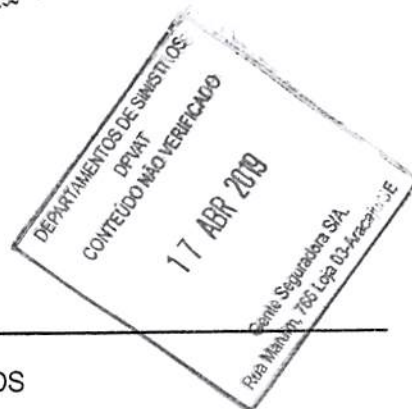
CD - RETIRO SVD E DRENO

- SOLICITO NOVO HEMOGRAMA (HB -6,0)

- AGUARDANDO LABORATORIO PARA AVALIAR ALTA

Notas Adicionais:

Dr. Wagner Lucena
CRM-SE 4255 CREMEX 26023
Título de Especialista (TEO) 14562



Hospital Universitário
Lagarto
EVOLUÇÃO

Identificação

Paciente: ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Prontuário: 35977/8

Evolução

Dados do Paciente

Referência: 31/08/2018

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: CLINICA CIRURGICA

Paciente: ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Nome Social:

Data de Nascimento: 06/10/1984

N° do Cartão SUS: 0

Prontuário: 35977/8

Data Criação: 31/08/2018 10:33 Atendimento 6676

Nome do Responsável: ROSIVANIA MENESES MENDONCA

Data Confirmação: 01/09/2018 11:00

Evolução:

no leito paciente hipocorado afebril eupneico retirado sonda vesical de demora feito curativo sem sinais de infecção
relata dejeições ausentes comunicado a dr Vagner o mesmo ciente segue em observação

Notas Adicionais:


Rosivânia Meneses Mendonça
CREN-SF 140839 ENFª



Hospital Universitário

Lagarto

EVOLUÇÃO

Evolução

Dados do Paciente

Referência: 01/09/2018

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: CLINICA CIRURGICA

Data Criação: 01/09/2018 09:03 Atendimento 6676

Nome do Responsável: FRANCISCO GILSON
TEIXEIRA SANTOS

Data Confirmação: 02/09/2018 11:00

Evolução:

Subjetivo

Objetivo

Impressão

Conduta

- 3 DPO FRATURA DE FEMUR PROXIMAL D
- PCT REG, LOTE, QUEIXANDO-SE DE DOR LEVE NO QUADRIL D
FO; DE BOM ASPECTO
CONDUTA
AGUARDO TRANSFUSÃO DO SEGUNDO CH E HEMOGRTAMA PARA ALTA

Notas Adicionais:

Dr. Gilson Teixeira
Ortopedia/Traumatologia
CRM-SE 4003



Hospital Universitário
Lagarto
EVOLUÇÃO

Identificação

Paciente: ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Prontuário: 35977/8

Evolução

Dados do Paciente

Referência: 02/09/2018

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: CLINICA CIRURGICA

Paciente: ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Nome Social:

Data de Nascimento: 06/10/1984

Nº do Cartão SUS: 0

Prontuário: 35977/8

Data Criação: 02/09/2018 20:55 Atendimento 6676

Nome do Responsável: THAYLA FERNANDA LIMA SANTOS

Data Confirmação: 03/09/2018 11:00

Evolução:

20:10- Pct no leito em semi Fowler, consciente, orientado, verbalizando, eupnéico, hipocorado, afebril, normocárdico, acianótico e anictérico. Ao exame: Tórax simétrico, AP: MV+, ausência de RA, abdome plano, flácido, indolor a palpação, presença de curativo em coxa D, MMII sem edemas. Diurese presente e dejeções ausentes(SIC). Tax: 36,2%, Sat: 98%, FC: 85bpm, PA: 120X70mmhg. Segue aos cuidados da equipe.

Notas Adicionais:

Thayla Fernanda L. Santos
Enfermeira
COREN/SE 196174



Hospital Universitário

Lagarto

EVOLUÇÃO

Evolução

Dados do Paciente

Referência: 02/09/2018

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: CLINICA CIRURGICA

Data Criação: 02/09/2018 09:44

Atendimento 6676

Nome do Responsável: FRANCISCO GILSON
TEIXEIRA SANTOS

Data Confirmação: 03/09/2018 11:00

Evolução:

Subjetivo

Objetivo

Impressão

Conduta

4 DPO DE FRATURA DE FEMUR PROXIMAL D
PCT ESTÁVEL, LOTE, AFEBRIL, SEM QUEIXAS
FO: DE BOM ASPECTO, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS

CONDUTA

POR FALTA DE SANGUE, SÓ FOI FEITA A SEGUNDA BOLSA HJ PELA MANHA

CONDUTA

SOLICITO NOVO HB PARA AVALIAR POSSIBILIDADE DE ALTA PARA AMANHA

Notas Adicionais:

Dr. Gilson Teixeira
Ortopedia/Traumatologia
CRM-SE 4003



Hospital Universitário
Lagarto
EVOLUÇÃO

Identificação

Paciente: ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Prontuário: 35977/8

Evolução

Dados do Paciente

Referência: 03/09/2018

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: CLINICA CIRURGICA

Paciente: ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Nome Social:

Data de Nascimento: 06/10/1984

N° do Cartão SUS: 0

Prontuário: 35977/8

Data Criação: 03/09/2018 14:27 Atendimento 6676

Nome do Responsável: ERIKA GONCALVES DOS SANTOS

Data Confirmação: 04/09/2018 11:00

Evolução:

Cliente no 5 DPO de redução cirúrgica com fixação de fratura subtrocanterica de fêmur direito.

Encontra-se de alta hospitalar. Calmo, comunicativo, sem queixas no momento. Eupneico, afebril ao toque, normocardio e normotenso.

Em uso de acesso venoso periférico em braço esquerdo fluindo soroterapia; curativo oclusivo em antebraço direito e em fêmur direito, retirado cobertura para avaliação médica.

Realizado curativo em ferida operatória em coxa direita com soro fisiológico e feito cobertura oclusiva; incisão limpa e seca com boa evolução da cicatrização; escoriações em antebraço direito apresentando secreção

serosanguinolenta, referiu algia leve durante o procedimento, cobertura primária com AGE, deixado cobertura secundária oclusiva.

* Orientado quanto os cuidados com o curativo e uso de medicamentos em casa. Saiu em companhia de familiar e funcionário do setor levando pertences pessoais.

Notas Adicionais:

Erika
Erika Gonçalves dos Santos
Enfermeira
COREN/SE 230461



Hospital Universitário

Lagarto

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO DO PACIENTE - ENFERMAGEM

Folha 1/1

Validade: de 27/08/2018 01:12 h. a 27/08/2018 10:00 h.

DIAGNÓSTICOS/CUIDADOS		FREQUÊNCIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA - EXCREÇÕES		
1.	Realizar curativos	manhã
2.	Verificar sinais vitais	de 6/6 horas 12 13 24 06
RISCO DE QUEDAS - MOBILIDADE PREJUDICADA		
3.	Auxiliar no banho de chuveiro	manhã
4.	Avaliar intensidade da dor	atenção
5.	Comunicar sinais de dor	atenção
6.	Manter grades no leito	atenção

27/08/2018,01:15 h.

Líliã Feitosa Filgueira
COREN - SE 360020 - ENF

Enf LILIA FEITOSA FILGUEIRA COREN: 360020 SE

**PRESCRIÇÃO DO PACIENTE -
ENFERMAGEM**

Id
ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Unidade: 1 1 - UNIDADE AZUL

035977/8

Atesto para os devidos fins que o (a) Sr. (a)

Eleuterio de Souza S&S

atendido (a) neste serviço, necessita afastar-se de suas atividades

por 90 dia (s).

route

CID:

S72



Dr. Thiago F. do Nascimento
CRM 3702

Data:

29/11/18



Fundação
Hospitalar
de Saúde

HOSPITAL REGIONAL DE LAGARTO
MONS. JOÃO BATISTA DE CARVALHO DALTRIO

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr.(a)

Flavilhon de Souza Junior,

atendido(a) neste serviço, necessita afastar-se de suas atividades

por 120 (cento e vinte) dia(s).

CID: S72

Data: 26/08/18

Dr. José Cleane Nunes Mota
Ortopedia - Traumatologia
CRM 2783 - RCD 5516

Médico (Assinatura e Carimbo)

PRESCRIÇÃO DO PACIENTE - ENFERMAGEM

Folha 1/1

Validade: de 27/08/2018 01:12 h. a 27/08/2018 10:00 h.

DIAGNÓSTICOS/CUIDADOS		FREQUÊNCIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA - EXCREÇÕES		
1.	Realizar curativos	manhã
2.	Verificar sinais vitais	de 6/6 horas <i>15 15 24 02</i>
RISCO DE QUEDAS - MOBILIDADE PREJUDICADA		
3.	Auxiliar no banho de chuveiro	manhã
4.	Avaliar intensidade da dor	atenção
5.	Comunicar sinais de dor	atenção
6.	Manter grades no leito	atenção

Lilia Feitosa Filgueira
COREN: SE 360.020 - ENF

27/08/2018,01:14 h.

Enf LILIA FEITOSA FILGUEIRA COREN: 360020 SE



**PRESCRIÇÃO DO PACIENTE -
ENFERMAGEM**

Id
ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Unidade: 11 - UNIDADE AZUL

035977/8

Validade: de 28/08/2018 10:00 h. a 29/08/2018 10:00 h.

Folha 1/2

DIAGNÓSTICOS/CUIDADOS		DOR AGUDA - TRAUMA		FREQUÊNCIA
1. Auxiliar na mudança de decúbito		12 X ao dia	12	14 16 18 20 22 24 26 28 30 32 34 36 38 40 42 44 46 48 50 52 54 56 58 60
2. Avaliar dor utilizando escala de intensidade		atenção		
3. Comunicar alterações durante a infusão de analgesia		atenção		
4. Estimular autocuidado		I= T=		
5. Evitar procedimentos durante sono do paciente		atenção		
6. Inspeccionar a pele em busca de pontos hiperemiados ou isquêmicos		atenção		
7. Manter posição adequada ao procedimento		atenção		
8. Registrar a dor como 5º sinal vital		quando necessário		
9. Tranquilizar paciente		I= T=		
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA - EXCREÇÕES				
10. Realizar curativos		manhã		
11. Verificar sinais vitais		de 6/6 horas		12 14 16 18 20 22 24 26 28 30 32 34 36 38 40 42 44 46 48 50 52 54 56 58 60
RISCO DE QUEDAS - MOBILIDADE PREJUDICADA				
12. Auxiliar no banho de chuveiro		manhã		
13. Avaliar intensidade da dor		atenção		
14. Comunicar sinais de dor		atenção		
15. Manter grades no leito		atenção		

—Id—
EI ENILTON JOSE DOS SANTOS

Unidade: 11 - UNIDADE AZUL
0359778

PRESCRIÇÃO DO PACIENTE - ENFERMAGEM

27/08/2018.17:02:43

34

PRESCRIÇÃO DO PACIENTE - ENFERMAGEM

Carlos Alves dos Santos

Coren-SF 541676-ENF
Validade: de 28/08/2018 10:00 h. a 29/08/2018 10:00 h.

Folha 2/2

Carlos Alves dos Santos

Coren-SF 541676-ENF

Enf CARLOS ALVES DOS SANTOS COREN: 541676 SE

27/08/2018, 17:02 h.

27/08/2018, 17:02:43

PRESCRIÇÃO DO PACIENTE -
ENFERMAGEM

ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Unidade: 1 1 - UNIDADE AZUL

035977/8

PRESCRIÇÃO DO PACIENTE - ENFERMAGEM

Folha 1/2

Validade: de 29/08/2018 10:00 h. a 30/08/2018 10:00 h.

DIAGNÓSTICOS/CUIDADOS		FREQUÊNCIA
DOR AGUDA - TRAUMA		
1. Auxiliar na mudança de decúbito		12 X ao dia
2. Avaliar dor utilizando escala de intensidade		atenção
3. Comunicar alterações durante a infusão de analgesia		atenção
4. Estimular autocuidado	I= T= <i>Corl</i>	
5. Evitar procedimentos durante sono do paciente		atenção
6. Inspeccionar a pele em busca de pontos hiperemiados ou isquêmicos		atenção
7. Manter posição adequada ao procedimento		atenção
8. Registrar a dor como 5º sinal vital		quando necessário
9. Tranquilizar paciente	I= T= <i>W</i>	
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA - EXCREÇÕES		
10. Realizar curativos		manhã
11. Verificar sinais vitais		de 6/6 horas <i>12 18 24 06</i>
RISCO DE QUEDAS - MOBILIDADE PREJUDICADA		
12. Auxiliar no banho de chuveiro		manhã
13. Avaliar intensidade da dor		atenção
14. Comunicar sinais de dor		atenção
15. Manter grades no leito		atenção

**PRESCRIÇÃO DO PACIENTE -
ENFERMAGEM**

29/08/2018 09:37:11

N 4



Id
ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Unidade: 11 - UNIDADE AZUL.

035977/8

PRESCRIÇÃO DO PACIENTE - ENFERMAGEM	
Folha 2/2	Validade: de 29/08/2018 10:00 h. a 30/08/2018 10:00 h.
Nathany Carvalho Nascimento	
Enfermeira	
COREN/CE 480.869	
29/08/2018,09:37 h.	Enf NATHANY CARVALHO NASCIMENTO COREN: 480869 SE

 Universidade Federal do Rio Grande
PRESCRIÇÃO DO PACIENTE - ENFERMAGEM

29/08/2018 09:37:11

N 4

Id _____	
ELENILTON JOSE DOS SANTOS	
Unidade: 1 1.- UNIDADE AZUL	035977/8

Evolução

Dados do Paciente

Referência: 01/09/2018

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: CLINICA CIRURGICA

Paciente: ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Nome Social:

Data de Nascimento: 06/10/1984

Nº do Cartão SUS: 0

Prontuário: 35977/8

Data Criação: 01/09/2018 11:52 Atendimento 6676

Nome do Responsável: SAMARA OLIVEIRA LOPES

Data Confirmação: 02/09/2018 11:00

Evolução:

Paciente acordado, consciente, orientado, verbalizando, eupneica, normocorada, acianótica, tórax simétrico, abdômen globoso, flácido, dieta aceita, AVP fluente. Sem queixas no momento. Segue aos cuidados.

Notas Adicionais:



Hospital Universitário

Lagarto

EVOLUÇÃO

Evolução

Dados do Paciente

Referência: 01/09/2018

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: CLINICA CIRURGICA

Paciente: ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Nome Social:

Data de Nascimento: 06/10/1984

Nº do Cartão SUS: 0

Prontuário: 35977/8

Data Criação: 01/09/2018 11:52 Atendimento 6676

Nome do Responsável: SAMARA OLIVEIRA LOPES

Data Confirmação: 02/09/2018 11:00

Evolução:

Paciente acordado, consciente, orientado, verbalizando, eupneica, normocorada, acianótica, tórax simétrico, abdômen globoso, flácido, dieta aceita, AVP fluente. Sem queixas no momento. Segue aos cuidados.

Notas Adicionais:

30/17:30h
SAMARA OLIVEIRA LOPES: Infundido CH, PA- 120X70, T-37°C. Pacientes sem queixas no momento.



Universitário

Lagarto

EVOLUÇÃO

Evolução

Dados do Paciente

Referência: 01/09/2018

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: CLINICA CIRURGICA

Paciente: ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Nome Social:

Data de Nascimento: 06/10/1984

Nº do Cartão SUS: 0

Prontuário: 35977/8

Data Criação: 01/09/2018 02:52 Atendimento 6676

Nome do Responsável: ALESSANDRA KELY PIRES VIEIRA

Data Confirmação: 02/09/2018 11:00

Evolução:

02:25 Paciente segue no leito acordado porem sonolento, apresentando os seguintes SSVV: PA 105X65, BC 84, TA 36,9, Spo2 96%. Instalado 01 concentrado de hemácias em MSE, gelco nº 20, infusão segue fluente.

Notas Adicionais:

Alessandra Kely Pires Vieira
Enfermeira
COREN/SE 247.053



Hospital Universitário

Lagarto

EVOLUÇÃO

Prescrição do Paciente - Enfermagem

Folha 1/1

Validade: de 30/08/2018 10:00 h. a 30/08/2018 11:00 h.

DIAGNÓSTICOS/CUIDADOS		FREQUÊNCIA
DOR AGUDA - TRAUMA		
1. Auxiliar na mudança de decúbito	12 X ao dia	
2. Avaliar dor utilizando escala de intensidade	atenção	
3. Comunicar alterações durante a infusão de analgesia	atenção	
4. Estimular autocuidado	I= T=	
5. Inspeccionar a pele em busca de pontos hiperemiados ou isquêmicos	atenção	
6. Tranquilizar paciente	I= T=	
DÉFICIT NO AUTOCAUIDADO: BANHO E OU HIGIENE - IMOBILIDADE		
7. Realizar banho de leito	manhã	
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA - EXCREÇÕES		
8. Realizar curativos	manhã	
9. Verificar sinais vitais	de 6/6 horas	
RISCO DE QUEDAS - MOBILIDADE PREJUDICADA		
10. Avaliar intensidade da dor	atenção	
11. Comunicar sinais de dor	atenção	
12. Manter grades no leito	atenção	

30/08/2018,00:31 h.

Josivaldo Dias da Cruz

COREN: 230693-ENF

Assinatura Profissional

Enf JOSIVALDO DIAS DA CRUZ COREN: 230693 SE

Prescrição do Paciente - Enfermagem

30/08/2018,00:31 h.

Prescrição do Paciente - Enfermagem

30/08/2018,00:31 h.

ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Id

Leito: 401E

035977/8

E 30/08/2018,00:31 h. N. 5

Registro de Controles do Paciente

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Prontuário: 035977/8

2. Controles do Paciente - Período de 26/08/2018 às 06:33 hs até 27/08/2018 às 06:33 hs.

	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	FC (bpm)	FR (mpm)	Tax (°C)	SAT (%)	GCAP (mg/dL)	Anotações	Profissionais
27/08 01:00	125	60	69	16		98		paciente admitido neste setor após avaliação da ortopedia com fratura em MID com imobilização, hemodinamicamente estável mantendo AVP em MSE, taxa em MSD. Segue aguardando exames e posteriormente cirurgia.	Informado por: JOSEVALDO PEDREIRA DE LIMA, COREN: 687159 às 01:56
27/08 04:00								administrado Tramal 01 amp CPM	Informado por: LUCIANA ROOS KURTZ, COREN: 178402 SE às 04:21
27/08 06:00	100	64	81	19	35,6	98	113	paciente no leito sonolento sem queixas álgicas. Feito medicação de horário segue aguardando exames e cirurgia.	Informado por: JOSEVALDO PEDREIRA DE LIMA, COREN: 687159 às 06:24

3. BALANÇO HÍDRICO

Total de Volumes Administrados: 0,00
 Total de Volumes Eliminados: 0,00
 Balanço Hídrico: 0,00

Josevaldo Pedreira de Lima
 Téc. de Enfermagem
 COREN-SE 687159

H
 Universitário
 Lagarto

Registro de Controles do Paciente

Identificação

ELENILTON JOSE DOS SANTOS

035977/8

Registro de Controles do Paciente

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Prontuário: 035977/8

2. Controles do Paciente - Período de 27/08/2018 às 18:20 hs até 28/08/2018 às 06:20 hs.

Total de Volumes Eliminados:	0,00
Balanco Hídrico:	0,00
	0,00



Registro de Controles do Paciente

Identificação

ELENILTON JOSE DOS SANTOS

035977/8

Registro de Controles do Paciente

folha: 1 / 1

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Prontuário: 035977/8

2. Controles do Paciente - Período de 27/08/2018 às 12:30 hs até 27/08/2018 às 18:30 hs.

2. CONTINÚE AQUI									
	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	FC (bpm)	FR (mpm)	Tax (°C)	SAT (%)	GCAP (mg/dL)	Anotações	Profissionais
27/08 18:00	100	60	86	20	36	97	126	Paciente segue internado, sem queixas no momento, sendo medicado de horário. Aferidos sinais vitais e verificada glicemia capilar. Sem mais.	Informado por: GEOVÂNIO DE MELO CAVALCANTE, COREN: 335612 SE às 18:30

3. BALANÇO HÍDRICO

Total de Volumes Administrados: 0,00
Total de Volumes Eliminados: 0,00
Balanço Hídrico: 0,00

Geovânio de Melo Cavalcante
COREN/SE 335612 - T6

Identificação



ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Registro de Controles do Paciente

035977/8

Registro de Controles do Paciente

folha: 1 / 1

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Prontuário: 035977/8

2. Controles do Paciente - Período de 27/08/2018 às 11:33 hs até 27/08/2018 às 12:33 hs.

	Anotações					Profissionais	
	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	FC (bpm)	FR (mpm)	Tax (°C)	SAT (%)	GCAP (mg/dL)
27/08 12:00	110	60	84	21	36	96	147
Paciente segue internado, realizado banho no leito (maca) e curativos; com tala (SAMU) em membro inferior direito. Orientado, sendo medicado de horário conforme prescrição médica. Aferidos sinais vitais e verificada glicemia capilar.							

3. BALANÇO HÍDRICO

Total de Volumes Administrados: 0,00
Total de Volumes Eliminados: 0,00
Balanço Hídrico: 0,00

Geovânio de Melo Cavalcante
COREN-SE 335612-TE

Identificação

ELENILTON JOSE DOS SANTOS

035977/8



Registro de Controles do Paciente

Registro de Controles do Paciente

Folha: 1 / 2

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Prontuário: 035977/8

2. Controles do Paciente - Período de 27/08/2018 às 18:20 hs até 28/08/2018 às 06:20 hs.

	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	FC (bpm)	Tax (°C)	SAT (%)	GCAP (mg/dL)		Anotações	Profissionais
27/08 20:00	120	70	84	36,4	97			Paciente encontra-se em repouso no leito acompanhado por familiar acordado, calmo, consciente, orientado, responsivo as solicitações verbais, eupneico ventilação espontânea sem suporte de O2, afebril, Em uso de AVP em MSE com término de soroterapia, curativo oclusivo limpo e seco em MSD, curativo oclusivo imobilizado com tala limpo e seco em MID, curativo oclusivo limpo e seco em MIE. Refere aceitar dieta, diurese e dejeções presentes (sic). Esta com prescrição medica de dieta zero a partir das 23h. No momento queixa-se de algia em MID. Administrado tramadol injetável 100mg IV conforme prescrição medica. Aferido sinais vitais. Dado os cuidados gerais. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem.	Informado por: JEANE SANTOS DA PAIXAO às 20:43
27/08 21:45								Paciente refere melhora do quadro de algia em MID. Instalado sif 0,9% 500ml IV conforme prescrição medica. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem.	Informado por: JEANE SANTOS DA PAIXAO às 22:12
28/08 00:00	110	70	74	35,8	96	109		Paciente segue em repouso no leito calmo acompanhado por familiar. Administrado dipirona injetável 1.000mg IV, cetoprofeno 100mg IV, conforme prescrição medica. Realizado glicemia capilar apresentando resultado de 109 mg/dL. Aferido sinais vitais. Dado os cuidados gerais. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem.	Informado por: JEANE SANTOS DA PAIXAO às 00:07
28/08 04:00								Administrado tramadol injetável 100mg IV, conforme prescrição medica. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem.	Informado por: JEANE SANTOS DA PAIXAO às 04:07
28/08 06:00	120	80	77	35,5	97	147		Paciente em repouso no leito acordado, calmo, acompanhado por familiar. Administrado dipirona injetável 1.000mg IV, omeprazol injetável 40mg IV, conforme prescrição medica. Realizado glicemia capilar apresentando resultado de 147 mg/dL. Aferido sinais vitais. Dado os cuidados gerais. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem.	Informado por: JEANE SANTOS DA PAIXAO às 06:06

Cron 6-628780

3. BALANÇO HÍDRICO

Total de Volumes Administrados: 0,00



Universitário
Lagarto

Registro de Controles do Paciente

28/08/2018 08:20:14

Identificação

ELENILTON JOSE DOS SANTOS

035977/8

Página: 1 / 2

Registro de Controles do Paciente

folha: 1 / 1

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Prontuário: 035977/8

2. Controles do Paciente - Período de 28/08/2018 às 12:10 hs até 28/08/2018 às 18:10 hs.

	Anotações				Profissionais	
	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	FC (bpm)	FR (mpm)	Tax (°C)	SAT (%)
28/08 18:00	120	80	100	20	37,2	97
Paciente segue internado, sem queixas, apenas reclama de dor quando move o membro inferior direito (fraturado). Suspensa cirurgia prevista para o dia de hoje, sendo liberada dieta livre. Sendo medicado de horário. Aferidos sinais vitais e verificada glicemia capilar. Sem mais.						
Informado por: GEOVÂNIO DE MELO CAVALCANTE, COREN: 335612 SE às 18:02						

3. BALANÇO HÍDRICO

Total de Volumes Administrados: 0,00
Total de Volumes Eliminados: 0,00
Balanço Hídrico: 0,00

Assinatura de Melo Cavalcante
COREN-SE 335612-11

Identificação



ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Registro de Controles do Paciente

035977/8

Registro de Controles do Paciente

folha: 1 / 1

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Prontuário: 035977/8

2. Controles do Paciente - Período de 28/08/2018 às 18:13 hs até 29/08/2018 às 06:13 hs.

	Anotações					Profissionais	
	PAS (mmHg)	PAAD (mmHg)	FC (bpm)	FR (mpm)	Tax (°C)	SAT (%)	
28/08 20:00							Paciente encontra-se no leito, acordado, calmo, consciente, orientado, verbalizando, em uso de AVP em MSD e imobilização em MID, sem queixas em companhia de familiar. Administrado medicação de horário ao redor da região umbilical.
28/08 22:00							Segue em observação sem queixas em companhia de familiar.
29/08 00:00	110	70	72	14	36,8	99	Aferido SSVV, administrado medicação de horário, segue sem queixas.
29/08 02:00							Encontra-se em repouso no leito.
29/08 04:00							Segue no leito, sem queixas.
29/08 04:30							Renovado soroterapia.
29/08 06:00	140	74	88	14	36	99	Segue no leito, em uso de soroterapia por AVP e imobilização em MID, sem queixas em companhia de familiar. Administrado medicação de horário e aferido SSVV.

3. BALANÇO HÍDRICO

Total de Volumes Administrados: 0,00
Total de Volumes Eliminados: 0,00
Balanço Hídrico: 0,00

Identificação



ELENILTON JOSE DOS SANTOS
Tóxico em Emergência
Prontuário 423848
CORENSE 423848

Registro de Controles do Paciente

035977/8

Registro de Controles do Paciente

folha: 1 / 1

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Prontuário: 035977/8

2. Controles do Paciente - Período de 28/08/2018 às 06:22 hs até 28/08/2018 às 12:22 hs.

					Profissionais	
					Anotações	
PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	FC (bpm)	FR (mpm)	Tax (°C)	SAT (%)	GCAP (mg/dL)
28/08 07:30						
28/08 08:00						
28/08 09:00						
28/08 10:00						
28/08 12:00	110	70	80	36,3	99	98
					Paciente em maca, calmo, orientado, acianótico, eupneico, respondendo as solicitações verbais, com fratura em fêmur D, em uso venoclise por AVP em MSE. Paciente em dieta zero, aguardando chamado do centro cirúrgico	Informado por: CLESEMARY SOUZA DOS SANTOS, COREN: 92065 SE às 10:43
					Administrado profenid IV.	Informado por: CLESEMARY SOUZA DOS SANTOS, COREN: 92065 SE às 10:44
					Banho no leito, estética e limpeza do leito. Realizado curativos na perna E e no braço D com S.F. 0,9% e AGE.	Informado por: CLESEMARY SOUZA DOS SANTOS, COREN: 92065 SE às 10:45
					Renovado soroterapia.	Informado por: CLESEMARY SOUZA DOS SANTOS, COREN: 92065 SE às 10:46
					Alerta sinais vitais. Administrado dipirona IV, não foi administrado tramal, não foi dispensado pela farmácia comunicado a enfermeira do setor. Paciente permanece em dieta zero aguardando chamado do centro cirúrgico.	Informado por: CLESEMARY SOUZA DOS SANTOS, COREN: 92065 SE às 12:21

3. BALANÇO HÍDRICO

Total de Volumes Administrados: 0,00
Total de Volumes Eliminados: 0,00
Balanço Hídrico: 0,00

Clesemery Souza dos Santos
Clesemery Souza dos Santos
COREN-SE 100.092.065 TE

Identificação



ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Registro de Controles do Paciente

035977/8

Registro de Controles do Paciente

folha: 1 / 1

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Prontuário: 035977/8

2. Controles do Paciente - Período de 29/08/2018 às 06:57 hs até 29/08/2018 às 12:57 hs.

	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	FC (bpm)	FR (mpm)	Tax (°C)	SAT (%)	GCAP (mg/dL)		Anotações	Profissionais
29/08 08:00									Paciente acordado no leito, calmo, consciente, orientado, verbalizando, eupneico, acianótico, anictérico. Em uso de soroterapia por AVP em MSE, tala em MID. Administrado cetoprofeno 100mg diluído em 100ml de S.F.	Informado por: ROSANGELA APARECIDA BELIZARIO BARRETO, COREN: 370474 SE às 10:33
29/08 10:00									Realizado banho no leito, feito curativo com AGE em escoriações de MSD, região dorsal e MIE. Segue em companhia de familiares aos cuidados da equipe de enfermagem.	Informado por: ROSANGELA APARECIDA BELIZARIO BARRETO, COREN: 370474 SE às 10:33
29/08 12:00	130	70	98	18	36,6	98	106		Aferido SSVV. Administado dipirona 01 ampola EV por avp em mse. renovado soroterapia. Mantendo quadro anterior	Informado por: ROSANGELA APARECIDA BELIZARIO BARRETO, COREN: 370474 SE às 12:50

3. BALANÇO HÍDRICO

Total de Volumes Administrados: 0,00
 Total de Volumes Eliminados: 0,00
 Balanço Hídrico: 0,00

Rosângela Aparecida Belizário Barreto
 COREN-SE 370474 - TE



Universitário
Lagarto

Registro de Controles do Paciente

Identificação

ELENILTON JOSE DOS SANTOS

035977/8

29/08/2018 12:57:54

Página: 1 / 1

Registro de Controles do Paciente

folha: 2 / 2

Prontuário: 034136/2

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: ALIETE FERREIRA SANTOS

Período de 29/08/2018 às 07:25 hs até 30/08/2018 às 07:25 hs.

2. Controles do Paciente

Total de Volumes Eliminados:
Balança Hidrôica:

0,00
0,00
0,00

Identificação

ALIETE FERREIRA SANTOS

034136/2

Leito: 403D

Página: 2 / 2

 **Hospital Universitário**
Lagarto

Registro de Controles do Paciente

Validar e Assinar
CONECT-SIST-2017-12

Registro de Controles do Paciente

folha: 1 / 2

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Prontuário: 035977/8

2. Controles do Paciente - Período de 29/08/2018 às 07:27 hs até 30/08/2018 às 07:27 hs.

	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	FC (bpm)	FR (mpm)	Tax (°C)	SAT (%)	GCAP (mg/dL)		Anotações	Profissionais
29/08 08:00									Paciente acordado no leito, calmo, consciente, orientado, verbalizando, eupneico, acianótico, anictérico. Em uso de soroterapia por AVP em MSE, tala em MID. Administrado cetoprofeno 100mg diluído em 100ml de S.F.	Informado por: ROSANGELA APARECIDA BELIZARIO BARRETO, COREN: 370474 SE às 10:33
29/08 10:00									Realizado banho no leito, feito curativo com AGE em escoriações de MSD, região dorsal e MIE. Segue em companhia de familiares aos cuidados da equipe de enfermagem.	Informado por: ROSANGELA APARECIDA BELIZARIO BARRETO, COREN: 370474 SE às 10:33
29/08 12:00	130	70	98	18	36,6	98	106		Aferido SSVV. Administado dipirone 01 ampola EV por avp em mse. renovado soroterapia. Mantendo quadro anterior	Informado por: ROSANGELA APARECIDA BELIZARIO BARRETO, COREN: 370474 SE às 12:50
29/08 13:48	110	60	88	20	36,2	99	100		Paciente vítima de acidente motociclistico evolui em repouso no leito calmo, consciente, orientado, eupnéico sem suporte de O ₂ , bom padrão respiratório SPO ₂ 99% acianótico, anictérico, normocorado, normotenso, hidratado, AVO com HV em MSE pérvio, apresentando fratura em MID sendo em dieta zero sendo encaminhado ao bloco cirúrgico para correção cirúrgica, aferido SSVV.	Informado por: JULIANA DE ARAUJO SANTOS, COREN: 67729 PE às 13:51
29/08 17:00	134	74	92	14	36	97			As 14:05 admitido no CC para realização de cirurgia em fratura subtrocanterária D; consciente e orientado, verbalizando. nega alergia medicamentosa. puncionado novo AVP para HV. 14:20 - Admitido na SO4, realizado monitorização e preparado para anestesia. 14:40: Realizado procedimento anestésico com Raqui anestesia por Dr. Yuri com agulha de Raqui nº 26. 14:50- Realizado cateterismo vesical de demora pela enfermeira Bruna - Sonda Fowler nº 16 com sucesso. 15:30 - Início do procedimento cirúrgico pelo Dr. Cleanes e Eduardo. 15:50 - Anestesista instala cateter nasal de O ₂ - 3l/min. 18:15 - Término do procedimento cirúrgico com paciente estável, em uso de dreno de sucção na face lateral da coxa D e diurese por SVD. Consciente e orientado. Encaminhado à SRPA.	Informado por: MARLEIDE SANTOS PAIXAO DE SOUZA, COREN: 530012 SE às 16:59



Registro de Controles do Paciente

Identificação

ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Leito: 401E

035977/8

Registro de Controles do Paciente

folha: 2 / 2

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Prontuário: 035977/8

2. Controles do Paciente - Período de 29/08/2018 às 07:27 hs até 30/08/2018 às 07:27 hs.

	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	FC (bpm)	FR (mpm)	Tax (°C)	SAT (%)	GCAP (mg/dL)		Anotações	Profissionais
29/08 18:25	130	80	92	16		99			Admitido na SRPA, acordado, calmo, consciente, orientado, uso de soroterapia em AVP em MSE, com boa perfusão, dreno de sucção em MID, com pouco débito sanguinolento, SVD, diurese + com 350 ml, com presença de grumos.	Informado por: RUI ALBERTO PEREIRA BARROSO, COREN: 211282 AL às 18:33
30/08 01:26	120	75	87	19					Em tempo: 20:35 Paciente 33 A, admito na clínica médica, proveniente do centro cirúrgico, foi submetido a cirurgia ortopédica (fêmur) encaminhado pra este setor em maca, paciente LOTE, verbalizando, em uso de dreno de sucção, sonda de foley, AVP em MSD com G 20, paciente não refere queixa no momento segue a cuidados da equipe. Em tempo: 22:00 administrado medicação conforme prescrição (dipirona EV) Em tempo 24:00 Administrado medicação conforme prescrição, realizado SSVV	Informado por: VALDIR FERNANDES DE ALMEIDA JUNIOR, COREN: 587437 BA às 01:37
30/08 06:53	100	60	81			99			Em tempo: 04:05 Administrado medicação conforme prescrição (dipirona EV) Paciente em leito, acampinhado de familiar, não refere queixa no período segue a cuidado da equipe administrado medicação conforme prescrição (Omeprazol EV).	Informado por: VALDIR FERNANDES DE ALMEIDA JUNIOR, COREN: 587437 BA às 07:03

3. BALANÇO HÍDRICO

Total de Volumes Administrados: 0,00
Total de Volumes Eliminados: 0,00
Balanço Hídrico: 0,00



Hospital Universitário
Lagarto

Registro de Controles do Paciente

Identificação

ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Leito: 401E

035977/8

30/08/2018 07:28:24

Página: 2 / 2

Valdir Fernandes de Almeida Junior
COREN: 587437 BA

Registro de Controles do Paciente

folha: 1 / 1

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Prontuário: 035977/8

2. Controles do Paciente - Período de 29/08/2018 às 12:35 hs até 29/08/2018 às 18:35 hs.

	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	FC (bpm)	FR (mpm)	Tax (°C)	SAT (%)	GCAP (mg/dL)	Anotações	Profissionais
29/08 13:48	110	60	88	20	36,2	99	100	Paciente vítima de acidente motociclistico evolui em repouso no leito calmo, consciente, orientado, eupnéico sem suporte de O ₂ , bom padrão respiratório SPO ₂ 99% acianótico, anictérico, normocorado, normotenso, hidratado, AVO com HV em MSE pérvio, apresentando fratura em MID sendo em dieta zero sendo encaminhado ao bloco cirúrgico para correção cirúrgica, aferido SSVV.	Informado por: JULLIANA DE ARAUJO SANTOS, COREN: 67729 PE às 13:51
29/08 17:00	134	74	92	14	36	97		As 14:05 admitido no CC para realização de cirurgia em fratura subtrocanterária D; consciente e orientado, verbalizando. nega alergia medicamentosa. punção novo AVP para HV. 14:20 - Admitido na SO4, realizado monitorização e preparado para anestesia. 14:40: Realizado procedimento anestésico com Raquianestesia por Dr. Yuri com agulha de Raqui nº 26. 14:50- Realizado cateterismo vesical de demora pela enfermeira Bruna - Sonda Fowler nº 16 com sucesso. 15:30 - Início do procedimento cirúrgico pelo Dr. Cleanes e Eduardo. 15:50 - Anestesiologista instala cateter nasal de O ₂ - 3l/min. 18:15 - Término do procedimento cirúrgico com paciente estável, em uso de dreno de sucção na face lateral da coxa D e diurese por SVD. Consciente e orientado. Encaminhado à SRPA.	Informado por: MARLEIDE SANTOS PAIXAO DE SOUZA, COREN: 530012 SE às 16:59 Marleide Santos Paixão Téc. de Enfermagem - COREN: SE 530012 Instrumentadora Cirúrgica - ANIC: 3162
29/08 18:25	130	80	92	16		99		Admitido na SRPA, acordado, calmo, consciente, orientado, uso de soroterapia em AVP em MSE, com boa perfusão, dreno de sucção em MID, com pouco débito sanguinolento, SVD, diurese + com 350 ml, com presença de grumos.	Informado por: RUI ALBERTO PEREIRA BARROSO, COREN: 211282 AL às 18:33 Rui A. P. Barroso COREN-SE 211282 TE

3. BALANÇO HÍDRICO

Total de Volumes Administrados: 0,00
Total de Volumes Eliminados: 0,00
Balanço Hídrico: 0,00


Hospital Universitário
Lagarto

Registro de Controles do Paciente

Identificação

ELENILTON JOSE DOS SANTOS

035977/8

29/08/2018 18:36:17

Página: 1 / 1

Nome do Paciente:

Nome do Paciente: Elmilton José dos Santos

Idade:

Sexo:

mas

U.P.:

Matrícula:

3597718

Data	Hora	Evolução	Temp.	Pulso	Resp.	Pressão Arterial	Glicemia
29/08/78	19:15	Paciente em SRPA acordado, consciente, orientado. Não rep. de Quedas. Aferido Sinais vitais. Administrado cloro. 40 mg. Conforme prescrição médica.		75	99%	128x65mmHg	
	20:00	Paciente encaminhado à Clínica Cirúrgica.					
	20:30	Paciente encaminhado à Clínica Cirúrgica.					

Paciente:

Elenilton José dos Santos

Enfermaria:

401-E

Data da Admissão:

Data / Hora	Evolução
30/08/18 15:00	Paciente evolui restrito ao leito em DD. Adiantado dielutante eugneico respirando, apresentando boa expansibilidade torácica an proporcional, em VT A/ suporte de O ₂ , Sat: 99%, FC: 94bpm, FR: 18irpm, PA: 130x60 mmHg, AR: MVF A/ RA em ATR. Realizando exercícios de reexpansão torácica A/ resp. profunda e oxg. fracionada A/ sítio cefálico.

FISIOTERAPEUTA
CREFITO - 488741

01.09.18
05:10

HEMOSE - A.T LAGARTO	
NOME	ELENILTON DE SOUZA SANTOS
Nº REG	— GS 0 +
NB	0128180725027 GS 0 +
DT	01.09.18 TEC. F. ALV. D.
HI	— T — ENF —

01.09.18
16:45

HEMOSE - A.T LAGARTO	
NOME	Elenilton de Souza Santos
Nº REG	— GS 0 +
NB	0128180730019 GS 0 +
DT	— TEC. L. M. M. C.
HI	— T — ENF —

352 ml



HOSPITAL REGIONAL DE LAGARTO
MONSENHOR JOÃO BATISTA DE
CARVALHO DALTRO

SISTEMATIZAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
PERIOPERATÓRIA - SAEP

PRÉ-OPERATÓRIO

Cliente: Elielton Jose das Santos Reg.: 131519778 Clínica: Reabilitação
Estado civil: Solteiro Religião: _____ Idade: 33 anos Procedência: _____
Cirurgia proposta: Fratura (de Serrador) Direita Data cirurgia: 29/08/18 Horário: [] M [X] T
Pot. contaminação cir. proposta: limpa Cir. anterior: [X] não [X] sim Tipo: _____
Sinais vitais: PA: 120x70 mmHg Pulso: 97 b T: _____ °C FR: _____ m Peso: _____ Kg Estatura: _____ cm
SpO₂ = 98

CONDIÇÕES GERAIS

Comportamento: [] ansioso [] muito ansioso [X] não apresenta ansiedade
Locomoção: [] deambula [X] não deambula
Acuidade visual: [X] boa [] diminuição: [] direito [] esquerdo [] ausência de visão: [] direito [] esquerdo
Acuidade auditiva: [X] boa [] diminuição: [] direito [] esquerdo [] ausência de audição: [] direito [] esquerdo
Articulações: [] normal [] impossibilidade cervical [] escápula-umeral [] radiocárpico [] coxofemoral
Revest. Cutâneo/mucos: [] íntegro [X] lesões/região: _____ [] manchas/região: _____
[] drenos/sondas/região: _____ [] alergia/medicamentos: Nega

Doenças crônicas: Nega
Próteses: [] não [X] sim Qual? Retinado
Preparo: [] higiene corporal [] tricotomia [] esvaziamento vesical [] esvaziamento intestinal jejum a partir de: 23 h
Notações de enfermagem: Admitido no CC paciente consciente, orientado, verbalizando, anictérico, eupneico em AA, realizado traço de AUP MSD (fev 20)

Bruna
COSTA

Enfermeira responsável

TRANSOPERATÓRIO

Entrada no Centro Cirúrgico

Horário: 14:30 Data: 29/08/18 Medicação pré-anestésica: [] sim [X] não
Anotações de enfermagem: Admitido no 504 em maca, eupneico em AA, realizado a instalação da monitorização + oximetria. Realizado cateterismo vesical demora.
Horários: Entrada na sala de cirurgia: 14:20 h Início da cirurgia: 15:30 h
Término da cirurgia: 18:05 h Saída da sala de cirurgia: _____ h
Anestesia: [] geral [] peridural [X] raqui [] local [] sedação Horário início: 14:40 h Horário término: _____ h
Cirurgia realizada: Fratura Subtrocanterica Direita Pot. de contaminação: limpa
Posição cirúrgica: Decubito Dorsal Cirurgião: Almeida
Exames: Anatomopatológico: [] sim [X] não Biópsia: [] sim [X] não Cultura: [] sim [X] não
Localização de equipamentos: ver legenda

Eletródos

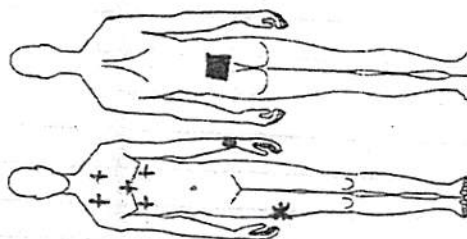
♥ Punção arterial

■ Placa de bisturi elétrico

▲ Restrições

● Punção venosa

★ Sítio cirúrgico



Número de compressas:

oferecidas: _____

recolhidas: _____

Curativos: [] não [X] sim local: _____

Aspecto: [] limpo [] secreção sanguinolenta
[] secreção purulenta

Drenos/Sondas/Cateteres: [X] sim [] não

Dreno: [] KHER [] PENROSE

central (D)

Sondas: [] SNG [X] vesical

Cateter: [] peridural [] oxigênio outros: _____

[X] SUCTOR [] DVP [] TÓRAX

Gesso: [] sim [X] não

Local: [] MSD [] MSE [X] MID [] MIE outros: _____

local: _____

Evolução/intercorrências de enfermagem: Procedimento cirúrgico realizado sem intercorrências

Enfermeiro(a):

Circulante:

BS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Entrada REPAI: 18:20 h

Saída REPAI: _____ h

Horário	18:20	18:35	18:50	19:05
Ativ. Motora	1	1	1	1
Respiração	2	2	2	2
Circulação	1	2	2	2
Consciência	2	1	2	1
Cor da Pele	1	1	1	1
ÍNDICE AK				
PA	130/120	131/63	129/56	126/64
FC	112	77	95	73
FR	-	-	-	-
Temperatura	-	-	-	-
SpO2	93	92	91	97
Diurese	+1SVD	+1SVD	+1SVD	+1SVD
Dor	0	0	0	0
Tremores	+	-	-	-
Náusea/Vômito	-	-	-	-
Prurido	-	-	-	-
Oxigênio	-	-	-	-
Líquidos	-	-	-	-
Sudorese	-	-	-	-
Agitação	-	-	-	-

Nota	0	1	2
Atividade Motora	Ausente	Movimenta os 2 membros	Movimenta os 4 membros
Respiração	Apneia	Dispneia	Tosse
Circulação	PA varia >50% pré-anestesia	PA varia 20 a 50%	PA varia <20% pré-anestesia
Consciência	Não responde	Sonolento responde quando solicitado	Acordado responde quando solicitado
Cor da Pele	Cianose	Palidez Icterícia	Corada

Escala de Dor	
0	Ausente
1	Leve
2	Moderada
3	Intensa
4	Insuportável

Anotações/prescrições de enfermagem: Paciente admitida na SRPA em POI, história subtração trica direita, sendo sob efeito da raqui-anestesia. Paciente, orientado, verbalizando, orientado. Exame em AA, curativo limpo e seco em M.I.D. Ausência de dor, diurese presente com volume de 300 ml (pre-urina de grumos). Segue sob os cuidados da equipe de enfermagem. Em tempo com dreno (da) sução na cava direita. Acadêmico de Enfermagem - UES - Jony Karine M. do Nascimento.

Medicações administradas: _____

Destino do paciente: [] setor de origem [] UTI [] óbito [] outro setor

Qual? _____

p. 112

Circulante: _____



Versão: 6.9.186134



Início

Lista de Pacientes



Elaborar Evolução de Enfermagem / PDT / Outros Módulos

Paciente: ELENILTON JOSE DOS SANTOS Data de Nascimento: 06/10/1984 Prontuário: 0035977/8

Nome Social:

Nº Cartão SUS:

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Unidade: UNIDADE AZUL Profissional: ERICO DE F

Consulta Evolução

Histórico/Anamnese

Evolução

Evolução (Corrente)

E. J. S., 33 anos, sexo masculino, solteiro, pardo, estudou 1º grau incompleto, proveniente de Lagarto. Trazido vítima de colisão carro-moto, com relatos de uso de capacete, sem perda de consciência, apresentando fratura ferimento em MSD. Acompanhado de cunhada, queixa-se de dor em MID. Calmo, consciente e orientado em ter eliminações vesico-intestinais presentes, dieta via oral livre, sono preservado. Anictérico, acianótico, hipocorado normocárdico, sat 97% ao ar ambiente. Ao exame físico: BEG, hipocorado, tórax simétrico, abdome plano, flácido palpação, com imobilização em MID e curativo em MSD. Segue aos cuidados da equipe aguardando vaga na cli

11248 caracteres restantes.

Concluir

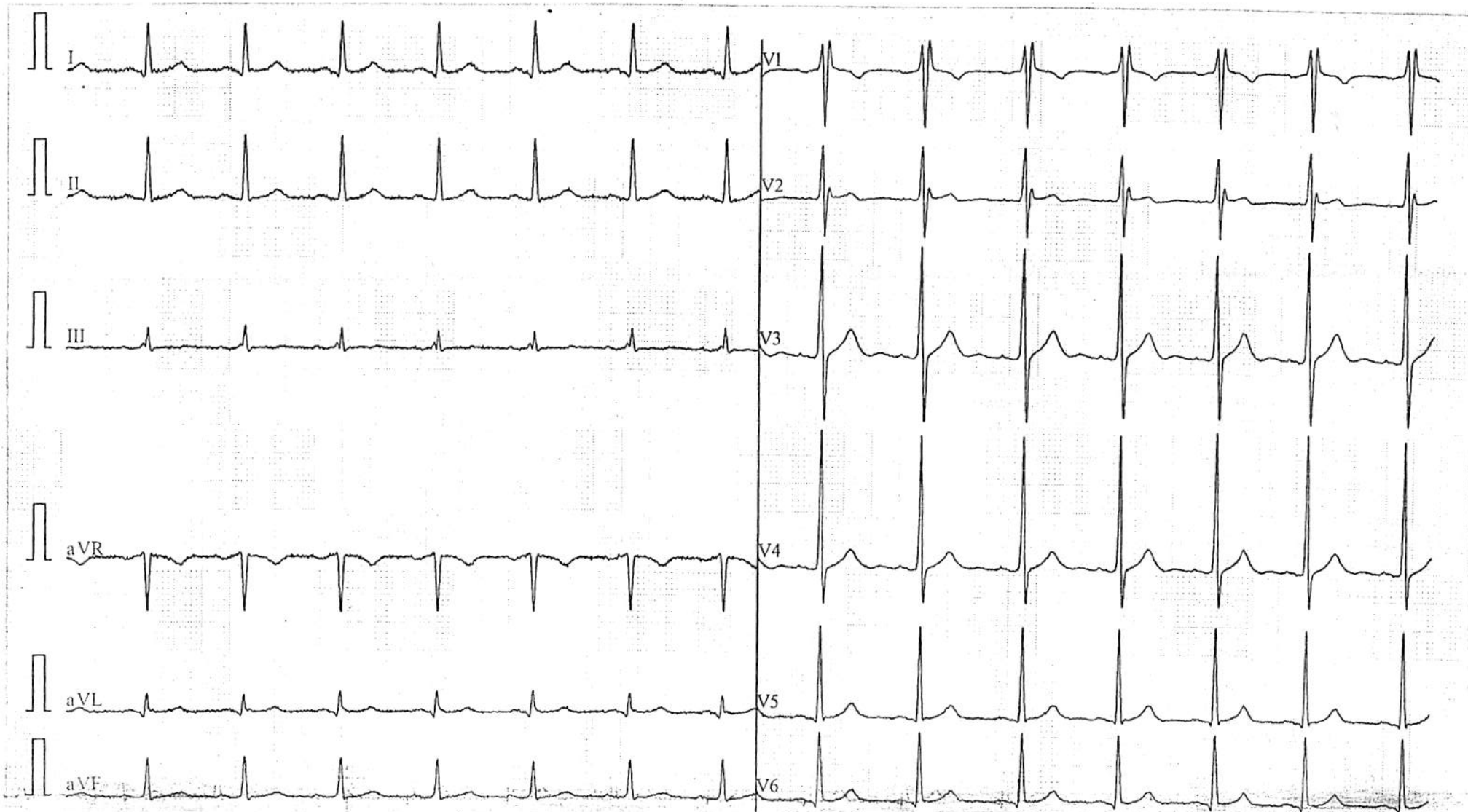
Deixar Pendente

Lilia Feitosa Filgueira
COREN - SE 060.020 - ENF

Nota Adicional

FC : 84 bpm Info Diagnóstico:
 P : 114 ms Sinus rhythm
 PR : 140 ms rSr'(V1) - probable normal variant
 QRS : 96 ms Normal ECG
 QT/QTc : 370/438 ms
 P/QRS/T : 34/45/36 °
 RV5/SV1 : 1.645/1.000 mV

Técnico : ACAD ENF BARBARA
 Relatório confirmado por:



CLINICA BIOEXAME

Endereço: AV. BRASILIA S/N - EXPOSICAO/LAGARTO
Paciente: ELENILTON JOSE DOS SANTOS
Data....: 27/08/2018 - 02:08
Médico...: DR(a) ERICO MENEZES

FOLHA: 1

Reid
Ala: ~~OBS PED~~ BE.: 35977/
No.: 70115 Idade: 33 Ano(s)
Conv.: HRL

DEPARTAMENTO DE HEMATOLOGIA**EXAME -HEMOGRAMA COMPLETO**

Método....: AUTOMATICO ABX MICRO 60
Material...: SANGUE
Resultado.: ERITROGRAMA

	V.Encontrado	V.Normal
Eritrocitos.....	4,5	(4,3 a 6,0 milh/mm ³)
Hemoglobina.....	12,4	(13,6 a 17,8 g/dL)
Hematocrito.....	38,7	(41,0 a 54,0 %)
Vol. Globular Medio..	86	(80,0 a 100,0 fL)
Hemogl.Glob. Media..	28	(27,0 a 33,0 pg)
Conc.de Hem.Gl.Midia:	32	(32,0 a 36,0 g/dL)
RDW.....	12,5	(11,0 a 14,5 %)

LEUCOGRAMALeucocitos /mm³...: 14.200 (3.600 a 11.000)

	N.Relativos	N.Absolutos
Basofilo.....	0,0 (0-2)	0 (0-200)
Eosinofilo.....	2,0 (1-4)	284 (50-400)
Metamielocitos...	0,0 (0-1)	0 (0-100)
Bastões.....	10,0 (2-5)	1.420 (100-500)
Segmentados.....	75,0 (36-66)	10.650 (1800-6600)
Linfocitos.....	6,0 (22-44)	852 (1100-4400)
Monocitos.....	7,0 (3-10)	994 (150-1000)

EXAME -TEMPO DE COAGULACAO

Método....: LEE E WHITE
Material...: SANGUE
Resultado.: 6 Minutos e 0 Segundos (5 a 10 minutos)

EXAME -TEMPO DE SANGRAMENTO

• Método....: DUKE
Material...: SANGUE
• Resultado.: 1 Minutos e 0 Segundos (1 a 3 minutos)

EXAME -TEMPO DE PROTROMBINA

Método....: QUICK
Material...: PLASMA
Resultado.: 16,2 Segundos (11 a 13 segundos)
INR.: 1,43 (Ate 1,20)

EXAME -CONTAGEM DE PLAQUETAS

Método....: AUTOMATICO ABX MICRO 60
Material...: SANGUE
Resultado.: 269.000 /mm³ (140.000 a 400.000 /mm³)

EXAME -TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO

Material...: PLASMA
Resultado.: 33,0 segundos (26 a 43 segundos)

DEPARTAMENTO DE BIOQUIMICA


ANA MARIA A. RODRIGUES BARRETO
CRBM: 0891

CLINICA BIOEXAME

FOLHA: 2

Endereço: AV. BRASILIA S/N - EXPOSICAO/LAGARTO
Paciente: ELENILTON JOSE DOS SANTOS
Data....: 27/08/2018 - 02:08
Médico...: DR(a) ERICO MENEZES

Ala: OBS PED BE.: 35977/
No.:70115 Idade: 33 Ano(s)
Conv.: HRL

ME -GLICOSE

Método....: ENZIMATICO (TRINDER)

Material...: SORO

Resultado.: 133,0 mg/dL (Crianças - Jejum : 1 a 6 anos 74 a 127 mg/dL)
(: 7 a 19 anos 70 a 106 mg/dL)
(Adultos - Jejum : 70 a 115 mg/dL)


ANA MARIA A. RODRIGUES BARRETO
CRBM: 0891

CLINICA BIOEXAME

FOLHA: 1

Endereço: AV. BRASILIA S/N - EXPOSICAO/LAGARTO
Paciente: ELENILTON DE SOUZA SANTOS
Data....: 31/08/2018 - 15:33
Médico...: DR(a) DR.WAGNER LUCENA

Ala: CLI CIR BE.: 70358/
No.:70468 Idade: 33 Ano(s)
Conv.: HRL

DEPARTAMENTO DE HEMATOLOGIA**EXAME -HEMOGRAMA COMPLETO**

Método....: AUTOMATICO ABX MICRO 60
Material...: SANGUE
Resultado.: ERITROGRAMA

	V.Encontrado	V.Normal
Eritrocitos.....	2,0 (4,3 a 6,0 milh/mm3)	
Hemoglobina.....	5,7 (13,6 a 17,8 g/dL)	
Hematocrito.....	17,7 (41,0 a 54,0 %)	
Vol. Globular Medio..	89 (80,0 a 100,0 fL)	
Hemogl.Glob. Media...	29 (27,0 a 33,0 pg)	
Conc.de Hem.Gl.Midia:	32 (32,0 a 36,0 g/dL)	
RDW.....	13,5 (11,0 a 14,5 %)	

LEUCOGRAMA

Leucocitos /mm3...: 6.900 (3.600 a 11.000)

	N.Relativos	N.Absolutos
Basofilo.....	0,0 (0-2)	0 (0-200)
Eosinofilo.....	1,0 (1-4)	69 (50-400)
Metamielocitos...	0,0 (0-1)	0 (0-100)
Bastões.....	0,0 (2-5)	0 (100-500)
Segmentados.....	65,0 (36-66)	4.485 (1800-6600)
Linfocitos.....	32,0 (22-44)	2.208 (1100-4400)
Monocitos.....	2,0 (3-10)	138 (150-1000)

EXAME -CONTAGEM DE PLAQUETAS

Método....: AUTOMATICO ABX MICRO 60
Material...: SANGUE
Resultado.: 221.000 /mm3 (140.000 a 400.000 /mm3)



JESSICA SANTANA SOUSA
CRBM: 6998

CLINICA BIOEXAME

FOLHA: 1

Endereco: AV. BRASILIA S/N - EXPOSICAO/LAGARTO

Paciente: ELENILTON DE SOUZA SANTOS

Data....: 30/08/2018 - 13:01

Medico...: DR(a) JAIME NETO

Ala: CC

BE.: 35977/

No.: 70358 Idade: 33 Ano(s)

Conv.: HRL

DEPARTAMENTO DE HEMATOLOGIA**EXAME - HEMOGRAMA COMPLETO**

Metodo....: AUTOMATICO ABX MICRO 60

Material...: SANGUE

Resultado.: ERITROGRAMA

	V.Encontrado	V.Normal
Eritrocitos.....	2,1 (4,3 a 6,0 milh/mm3)	
Hemoglobina.....	6,0 (13,6 a 17,8 g/dL)	
Hematocrito.....	18,7 (41,0 a 54,0 %)	
Vol. Globular Medio..	89 (80,0 a 100,0 fl)	
Hemogl.Glob. Media..	29 (27,0 a 33,0 pg)	
Conc.de Hem.Gl.Media:	32 (32,0 a 36,0 g/dL)	
RDW.....	12,9 (11,0 a 14,5 %)	

LEUCOGRAMA

Leucocitos /mm3...: 5.700 (3.600 a 11.000)

	N.Relativos	N.Absolutos
Basofilo.....	0,0 (0-2)	0 (0-200)
Eosinofilo.....	1,0 (1-4)	57 (50-400)
Metamielocitos...	0,0 (0-1)	0 (0-100)
Bastoes.....	1,0 (2-5)	57 (100-500)
Segmentados.....	62,0 (36-66)	3.534 (1800-6600)
Linfocitos.....	33,0 (22-44)	1.881 (1100-4400)
Monocitos.....	3,0 (3-10)	171 (150-1000)

EXAME - CONTAGEM DE PLAQUETAS

Metodo....: AUTOMATICO ABX MICRO 60

Material...: SANGUE

Resultado.: 203.000 /mm3 (140.000 a 400.000 /mm3)

DEPARTAMENTO DE BIOQUIMICA**EXAME - CREATININA**

Metodo....: CINETICO

Material...: SORO

Resultado.: 0,40 mg/dL (Homem : 0,90 a 1,30 mg/dL)
(Mulher : 0,60 a 1,10 mg/dL)
(Crianças : Recem Nascido 0,50 a 1,20 mg/dL)
(: Primeiros anos 0,40 a 0,70 mg/dL)
(: Crianca 0,50 a 1,20 mg/dL)

EXAME - UREIA

Metodo....: ENZIMATICO UV

Material...: SORO

Resultado.: 20 mg/dL	Adultos	Crianças
(Mulher < 50 anos : 15 - 40 mg/dL)	(1 - 3 anos : 11 - 36 mg/dL)	
(Mulher > 50 anos : 21 - 43 mg/dL)	(4 - 13 anos : 15 - 36 mg/dL)	
(Homem < 50 anos : 19 - 44 mg/dL)	(14 - 19 anos : 18 - 45 mg/dL)	
(Homem > 50 anos : 18 - 55 mg/dL)		

RIVALBERGUES B. DE SOUSA

CRBM: 1064

Obs.: O valor preditivo dos testes laboratoriais depende de situacao clinico-epidemiologica do(a) paciente

Josely Leite do Nascimento
CRBM-SI 8873
Biomédica

INICA BIOEXAME

Endereço: AV. BRASILIA S/N - EXPOSICAO/LAGARTO

Paciente: ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Data.: 02/09/2018 - 12:39

Médico.: DR(a) GILSON TEIXEIRA

DEPARTAMENTO DE HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA COMPLETO

Método.....: AUTOMATICO ABX MICRO 60
 Material...: SANGUE
 Resultado.: ERITROGRAMA

	V. Encontrado	V. Normal
Eritrócitos.....	2,9 (4,3 a 6,0 milh/mm ³)	
Hemoglobina.....	8,9 (13,6 a 17,8 g/dl)	
Hematócrito.....	26,8 (41,0 a 54,0 %)	
Hemoglob. Médio..	92 (80,0 a 100,0 fl)	
Hemogl. Glob. Média..	31 (27,0 a 33,0 pg)	
Conc. de Hem. Gl. Média:	33 (32,0 a 36,0 g/dl)	
RDW.....	14,7 (11,0 a 14,5 %)	

ME - CONTAGEM DE PLAQUETAS

Método.....: AUTOMATICO ABX MICRO 60
 Material...: SANGUE
 Resultado.: 311.000 /mm³ (140.000 a 400.000 /mm³)

LEUCOGRAMA		
Leucócitos /mm ³ ...	9.500 (3.600 a 11.000)	
	N. Relativos	N. Absolutos
Basófilo.....	0,0 (0-2)	0 (0-200)
Eosinófilo.....	1,0 (1-4)	95 (50-400)
Metamielócitos...	0,0 (0-1)	0 (0-100)
Bastões.....	5,0 (2-5)	475 (100-500)
Segmentados.....	69,0 (36-66)	6.555 (1800-6600)
Linfócitos.....	20,0 (22-44)	1.900 (1100-4400)
Monócitos.....	5,0 (3-10)	475 (150-1000)

Ala: CLI CIR BE.: 35977/
 No.: 70576 Idade: 33 Ano(s)
 Conv.: HRL

JUSSARA LEITE DO NASCIMENTO
 CRBM: 8874

TERMO DE CONSENTIMENTO

INFORMADO PARA CIRURGIA

Pelo presente instrumento, eu _____,
RG: _____, responsável legal pelo paciente Elmilton José dos Santos,
declaro que fui suficientemente esclarecido(a) pelo médico(a)
_____, Cirurgião, CRM _____, sobre o diagnóstico
Fratura subtrocanter direita, e o procedimento cirúrgico a ser realizado para este
caso _____, com o qual concordo. Fui devidamente
informado(a) quanto aos riscos inerentes e prognóstico objetivo do tratamento, independentes de todos
os cuidados tomados, experiência profissional e técnica adequada que poderão levar a complicações
conhecidas, como também imprevisíveis.

Comprometo-me em seguir todas as orientações pós-operatórias necessárias ao
restabelecimento, que constarão em prontuário e/ou receituário médico por ocasião da alta.

Lagarto/SE, 29 de Agosto de 2018.

Elmilton José dos Santos
Responsável pelo paciente

Cirurgião/ Carimbo/ Assinatura

INFORMADO PARA ANESTESIA

Declaro que fui informado(a) sobre a opção anestésica/sedação indicada para o caso em
questão, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis, pelo(a) médico(a)
anestesista Dr.(a) Yuri Roberto Rodrigues, CRM 4106.

Informo que relatei a equipe médica responsável, pelos antecedentes patológicos e progressos
do paciente a ser submetido ao processo cirúrgico proposto, medicações usadas ou em uso, alergias
medicamentosas, alergias sistêmicas ou tópicas, assim como quaisquer informações que possam
interferir na condução do caso.

Autorizo, ainda, qualquer outro procedimento que se faça necessário, exames, transferências,
adequação da abordagem cirúrgica, transfusões de sangue e hemoderivados, além de condutas
tomadas em situações imprevistas, que possam ocorrer ou acarretar qualquer risco ao paciente,
diferente daquelas inicialmente propostas, sempre objetivando a integridade física e recuperação da
saúde do paciente.

Estou ciente que seria impossível para o(a) médico(a) a descrição de TODAS as complicações
ou riscos possíveis de acontecer no tratamento proposto, mas fui informado a respeito dos mais
frequentemente e entendo não existir garantia absoluta de segurança no resultado da cirurgia ou no processo
de cura de algumas doenças.

Lagarto/SE, 29 de Agosto de 2018.

Elmilton José dos Santos
Responsável pelo paciente

Cirurgião/ Carimbo/ Assinatura

Yuri Roberto Rodrigues
Anestesiologista
CRM-SE 4106

Unidade de Origem: _____ Leito: _____ Matrícula: _____
 Paciente: Elenilson José da Silva Idade: 362
 Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA SUBTANTOINTE FEMORAL
 Cirurgia Realizada: Redução cirúrgica e fixação
 Cirurgião: Eduardo Auxiliar: Cláudio + Bruno
 Anestesiologista: Vire Anestesia: Rogério
 Diag. Pós-Operatório: _____

Tipo de Cirurgia

- ☒ Cirurgia Limpa ☐ Cirurgia Potencialmente Contaminada
☐ Cirurgia Contaminada ☐ Cirurgia Infectada

Infecção presente à admissão

- ☐ Sim ☒ Não

Topologia desta infecção

- ☐ Vias aéreas superiores ☐ Urinária ☐ Sistema Cardio Vascular ☐ Pulmonar ☐ Sist. Nerv. Central
☐ Gastro Intestinal ☐ Cutânea ☐ _____ ☐ _____

Descrição do ato cirúrgico

- ① PT DDH Sob anestesia em mesa de insuflação
- ② Assépsia + Antissépsia
- ③ Colocar curativos grandes
- ④ Incisão lateral na femur proximal
- ⑤ Quebra da placa + Hemorria
- ⑥ Fixação da fratura c/ Placa DES 95° de 08 furos distais e 75° 6 furos laterais
- ⑦ Ponto VAE
- ⑧ Sutura da pele
- ⑨ Curativos
- ⑩ Recontato

Data: 27/8/18

José Cleane Nunes Mota
 Ortopedia - Traumatologia
 Assinatura e Carimbo do Cirurgião

Instalado 01 bolsa C-HI.
Alessandra Kely Pires Vieira
Enfermeira
COREN/SE 247.053
01-09-88
02:25



SOLICITAÇÃO NOMINAL DE HEMOCOMPONENTES - SNH

Código:
FSPH/HC.RQ001
Revisão nº:03

I - INSTITUIÇÃO SOLICITANTE

Nome: **HOSPITAL REGIONAL MONSENHOR DALTRO**

Sigla: **LAGARTO**

II - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo: Edilson de Souza Santos

Cidade/Estado

Data de nascimento: 06.10.84

Idade:

COR

Sexo: ☐ F ☐ M

Nome da Mãe

Enfermaria:

C.C.R.

Nome do Pai

Endereço:

401

III - TIPO DE TRANSFUSÃO

- ☐ Reserva para: _____
- ☒ NÃO URGENTE (a ser realizada dentro de 24 horas a partir do horário da solicitação)
- ☐ URGENTE (a ser realizada dentro de 3 horas a partir do horário da solicitação)

Nº DE REGISTRO:

☐ EXTREMA EMERGÊNCIA (o retardo na transfusão do ST ou CH pode acarretar risco para a vida do paciente). Autorizo a expedição da(s) unidade(s) de Sangue Total e/ou Concentrado(s) de Hemácia(s) solicitada(s) sem a finalização dos testes pré-transfusionais, justificada por risco de vida do paciente, caso a transfusão não seja realizada imediatamente.

Assinatura e CRM legível

Diagnóstico principal:

Enterite de Círculo

Indicação da Transfusão:

10 e 6.0

IV - HISTÓRICO TRANSFUSIONAL

- ☐ Sim
- Hospital: _____
- ☒ Não
- ☐ Não informado
- ☐ Politransfundido
- Data da Última Transfusão:

V - REAÇÕES TRANSFUSIONAIS

- ☐ Sim
- Tipo: _____
- ☒ Não
- ☐ Não informado

VI - HISTÓRICO GESTACIONAL

- ☐ Não
- ☐ Sim
- Número: _____
- ☐ Natimortos
- Número: _____
- Uso de imunoglobulina Anti-RhD:
- ☐ Sim ☐ Não

VII - USO DE MEDICAMENTOS

- ☐ Antibióticos:
- ☐ Alfa-metil dopa:
- ☐ Imunossupressores:
- ☐ Quimioterápicos:
- ☐ Outros:

VIII - DADOS LABORATORIAIS/COMPONENTE(S) SOLICITADO(S)

CH Ht: 11 % Hb: 5 g/dL data: 27.08.12 CR Fibrinogênio: _____ data: _____

CP Cont. de plaquetas: _____ data: _____ PF TAP: _____ PTT: _____ data: _____

IX - PRODUTOS HEMOTERÁPICOS SOLICITADOS

HEMOCOMPONENTE	UNIDADE(S)	VOLUMES	TEMPO DE INFUSÃO
Concentrado de Hemácias	<u>02</u>		
Concentrado de Hemácias Filtradas			
Concentrado de Hemácias Buffy-Coat			
Concentrado de Hemácias Lavadas			
Concentrado de Plaquetas			
Plasma Fresco Concentrado			
Crioprecipitado			
Sangue Total (Exsanguíneo)			

X - MÉDICO SOLICITANTE

Dr. Wagner Lucena
Ortopedia e Traumatologia
Título de Especialista (R20T) 14552
CREMESP 26023
CRM-SE 247.053

Data: 27.08.12

Hora: 12.05

Av. Tancredo Neves, s/n - Centro Administrativo Governador Augusto Franco - Bairro Capucho - Aracaju-SE
CEP 49095-300 - Telefone: (79) 3225-8000 - <http://www.fsph.se.gov.br/>

Outros:				
PARA USO DO HEMOSE	RECEPÇÃO DA SNH			Entregue ao setor de Produção e Distribuição por:
	Data: ____/____/____	Hora: ____:____	Técnico: _____	

Unidades de Saúde que realizam prova de compatibilidade e testes pré-transfusinais no HEMOSE enviar AMOSTRA DO PACIENTE, coletada em 01 (um) tubo com EDTA. Adulto (5mL); Criança (3mL); Recém-nascidos (1mL).

- 1 - A AMOSTRA deve ser coletada na MESMA DATA do envio da solicitação da transfusão.
 - 2 - A IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA deve conter nome completo do paciente (sem abreviações), matrícula ou registro da Unidade de Saúde, localização, leito, data de coleta, rubrica do responsável pela coleta, nome da Unidade de Saúde.
- Por questões de segurança, amostras identificadas inadequadamente, com divergência de identificação ou de grupo sanguíneo/ fator Rh (D) em relação à solicitação ou ao cadastro do paciente no HEMOSE serão descartadas, devendo ser enviada nova amostra para liberação do hemocomponente. (RDC 57/ANVISA - Seção XI - "Terapia Transfusional" § 2º - O serviço de hemoterapia não deve aceitar requisições incompletas, rasuradas ou ilegíveis).

XI - PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO LABORATÓRIO DE IMUNOHEMATOLOGIA

RECEPÇÃO DA SNH

Data: 01.09.18

Hora: 01:05

Técnico: Fábio

RECEPÇÃO DA AMOSTRA

Data: 01.09.18

Hora: 01:07

Técnico: A. DO ZOR.

LIBERAÇÃO TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS

Data: 01.09.18

Hora: _____

Técnico: Fábio

TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS

Nome do Receptor: ELENILTON DE SOUZA SANTOS (P.C.R.)

Nº da Ordem	ABO - Rh (D)	PAI	Técnico	Data	Hora
<u>1</u>	<u>O POS.</u>	<u>I, II A = neg.</u>	<u>Fábio</u>	<u>01.09.18</u>	

Nº da Bolsa	Nº do Segmento	Produto	Validade	ABO Rh (D) da Bolsa	Prova Cruzada	Técnico
<u>0128180730019</u>	<u>401330</u>	<u>C.H.</u>	<u>09.09.18</u>	<u>O POS.</u>	<u>Compat.</u>	<u>Fábio</u>
<u>0128180729027</u>	<u>401330</u>	<u>C.H.</u>	<u>04.09.18</u>	<u>O POS.</u>	<u>Compat.</u>	<u>Fábio</u>

LIBERAÇÃO DO HEMOCOMPONENTE AO SERVIÇO DE ENFERMAGEM PARA TRANSFUÇÃO ATRAVÉS DE DUPLA CONFERÊNCIA

Nº da Bolsa	Nº do Segmento	Produto	Data	Hora	Assinatura (legível) Técnico Responsável Liberação	Assinatura (legível) Técnico Responsável pela transfusão

Av. Tancredo Neves, s/n - Centro Administrativo Governador Augusto Franco - Bairro Capucho - Aracaju-SE
CEP 49095-300 - Telefone: (79) 3225-8000 - <http://www.fsph.se.gov.br/>

Sumário de Alta

folha: 1 / 1

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome/ Elenilton Jose Dos Santos

Prontuário: 035977/8

Idade: 33 anos 10 meses

Sexo: Masculino

Leito: 401E

Data internação: 27/08/2018

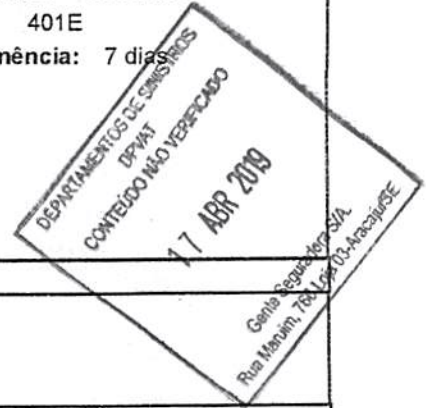
Data Alta: 03/09/2018

Permanência: 7 dias

Convênio: Sus

Equipe responsável: Dr. Erico de Pinho Menezes

Centro Custo 1



2. DIAGNÓSTICOS

Motivos da internação

fratura subtrocanterica (S72.2)

Diagnóstico principal na Alta

Fratura subtrocanterica (S72.2)

3. EVOLUÇÃO

Subjetivo

5ºDPO de Redução cirúrgica com fixação da fratura subtrocanterica fêmur direito. Nega febre. Nega êmese. Nega dejeções há 2 dias. Relata diurese. Nega alterações em demais sistemas.

Objetivo

BEG, LOTE, AAA, eupneico, FC:68bpm, SatO2: 99%.

Tórax: simétrico e atípico, MVF sem RA, BRNF2T sem sopros e outras alterações, edemas ausentes. Presença de escoriações em dorso. Queimadura e corte suturado em antebraço direito e corte suturado em perna esquerda, ambos sem sinais de infecção, com bom aspecto cicatricial.

Abdome: plano, timpânico, visceromegalias não palpáveis, RHA+.

MMII bem perfundido (satO2 95%), neurovascular sem alterações, FO com bom aspecto e edema 2+/4+

Exames laboratoriais: Apresentou valores de eritrócitos (2,9), hemoglobina (8,9), hematócrito (26,8) diminuídos e demais

valores dentro da normalidade. Plaquetas e leucócitos dentro da normalidade.

Impressão

Pós operatório de fratura subtrocanterica (fêmur direito)

CD - ALTA HOSPITALAR

4. PLANO PÓS-ALTA

Motivo da Alta

Alta médica

Recomendações da Alta

Encaminhamento ao ambulatório do hospital

Retirar pontos após 20 dias

Retorno ao hospital (ambulatório de ortopedia) em 15 dias

Medicamentos Prescritos na Alta

NIMESULIDA SUSPENSÃO ORAL 50.0 MG/ML -- 1 caixa -- Uso Interno

DIPIRONA SÓDICA 500 MG 500.0 MG -- 1 caixa -- Uso Interno

CIPROFLOXACINO 500.0 MG -- 14 cp -- Uso Interno

5. ESTADO DO PACIENTE NA ALTA

ALTA MELHORADO (12)

03/09/2018, 10:11 h.

Dr. EDUARDO CARDOSO FILHO CRM 4354

Dr. Eduardo Cardoso Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM: 4354 TEO: 14723



Hospital Universitário
Lagarto

Sumário de Alta

Identificação

Elenilton Jose Dos Santos

Leito: 401E

035977/8



LA FANTASIA DE SINISTROS
DE VAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
17 ABR 2019
Gentle Seguradora S/A
Rua Marinho, 768 Lapa Ocidental

01.9.7%

ID 36077/9

BACIA AP

Nasc. ID

Tec MICHAEL ENIO

D

Nome ELENILTON JOSE DOS SANTOS
Data 30/08/2018

DI 57 FEMUR

ID: 359778

STN. GONCALVES, 700

Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190281583

Vítima: ELENILTON DE SOUZA SANTOS

Data do Acidente: 26/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LAERTE PEREIRA FONSECA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ELENILTON DE SOUZA SANTOS

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

saiba +
www.seguradoralider.com.br

O Seguro DPVAT (Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre ou por sua Carga a Pessoas Transportadas ou Não) foi criado em 1974, para amparar as vítimas de acidentes com veículos em todo o território nacional, não impondo de quem seja a culpa. Como se vê, trata-se de um seguro eminentemente social.

Seguro DPVAT - Proteção para todos



Seguradora

LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT

ELENILTON DE SOUZA SANTOS
RUA SETE, 228
CENTRO
CEP 49400-000 - LAGARTO - SE



95203971
E00600



Correios

R\$01,95

17.01.20 - 16:50

CARTA

AGF Mariz - RJ

DEVOLUÇÃO

www.seguradoralider.com.br

CEP: 20.270-971

CAIXA POSTAL 40.970

Seguradora Líder - DPVAT

Para uso dos correios

- ☐ Mudou-se
- ☐ Desconhecido
- ☐ Recusado
- ☐ Ausente
- ☐ Não procurado
- ☐ Endereço insuficiente
- ☐ Não existe o nº indicado
- ☐ Falecido

Data ____/____/____

Responsável pela informação

- ☐ Morador
- ☐ Síndico
- ☐ Porteiro

Entregador

Entre em contato conosco
SAC DPVAT 0800 022 12 04
www.seguradoralider.com.br



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **028.380.195-62**

Nome: **ELENILTON DE SOUZA SANTOS**

Data de Nascimento: **22/08/1985**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **23/06/2004**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **17:50:30** do dia **19/02/2020** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **EDE9.6868.9431.5DBA**



Este documento não substitui o ["Comprovante de Inscrição no CPF"](#).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

Declaração de Imposto sobre a Renda Retido na Fonte - Dirf
Relação de Dirf's Entregues

CPF: 028.380.195-62
Nome: ELENILTON DE SOUZA SANTOS

Ano- Calendário	Entrega Data e Hora	Tipo de Declaração	Situação da Declaração	Serviço
--------------------	------------------------	-----------------------	---------------------------	---------

Não Consta Entrega de Declarações

Somente serão disponibilizadas informações sobre declarações a partir do Ano-Calendário 1999. Caso tenha transmitido a Dirf hoje, consulte novamente mais tarde.

ATENÇÃO contribuinte PESSOA FÍSICA !
Esta consulta refere-se as Declarações de Imposto Retido na Fonte - Dirf. A Dirf é apresentada por pessoas (físicas ou jurídicas) que realizaram pagamentos a outras pessoas com retenção de imposto na fonte.

Caso esteja procurando informações sobre Declaração do Imposto de Renda - DIRPF, verifique em <http://receita.economia.gov.br/>, na seção referente ao IRPF.

Data: 19/02/2020 17:49:53

BRASIL

(HTTPS://GOV.BR)

Situação das Declarações IRPF 2017

Prezado Contribuinte (CPF 028.380.195-62),

ELENILTON DE SOUZA SANTOS

Sua declaração não consta na base de dados da Receita Federal.

Em Brasília - DF

19/02/2020

17:48

versão 01.20180815

Voltar



(javascript:window.print())

A Receita Federal agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, clique aqui (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade>).

Atualize sua página (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade/avisos/2014/atualize-sua-pagina>) Versão: v.01R

BRASIL

(HTTPS://GOV.BR)

Situação das Declarações IRPF 2018

Prezado Contribuinte (CPF 028.380.195-62),

ELENILTON DE SOUZA SANTOS

Sua declaração não consta na base de dados da Receita Federal.

Em Brasília - DF

19/02/2020

17:47

versão 01.20180815

Voltar



(javascript:window.print())

A Receita Federal agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, clique aqui (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade>).

Atualize sua página (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade/avisos/2014/atualize-sua-pagina>) Versão: v.01R

BRASIL

(HTTPS://GOV.BR)

Situação das Declarações IRPF 2019

Prezado Contribuinte (CPF 028.380.195-62),

ELENILTON DE SOUZA SANTOS

Sua declaração não consta na base de dados da Receita Federal.

Em Brasília - DF

19/02/2020

17:42

versão 01.20180815

Voltar



(javascript:window.print())

A Receita Federal agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, clique aqui (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade>).

Atualize sua página (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade/avisos/2014/atualize-sua-pagina>) Versão: v.01R



SUBSTABELECIMENTO

Pelo presente, substabeleço, com reservas dos mesmos, a **Bel. Laerte Pereira Fonseca, OAB/SE nº 6.779, Bela. Naiane Santos Carvalho Dória, OAB/SE 7.569, Bel. Yuri Andrade Chaves, OAB/SE 11.736**, os poderes a mim conferidos e relativos pelo Sr.(a) **ELENILTON DE SOUZA SANTOS**, inscrito no CPF:028.380.195-62, que ora tramitará nesta vara.

Lagarto (SE), 19 de fevereiro de 2020.


LAERTE FONSECA ADVOGADOS ASSOCIADOS



CERTIDÃO

O Secretário-Geral da Ordem dos Advogados do Brasil – Seccional de Sergipe certifica que, o registro da Sociedade de Advogados **LAERTE FONSECA ADVOGADOS ASSOCIADOS**, protocolado sob nº 464/2017, livro A-5, fls. 64, registrado em 02/05/2017, sob nº 464/2017, no livro B-46, fls. 11/15, foi deferido pela Comissão de Sociedade de Advogados em 02/05/2017, conforme Art. 15/17 do EOAB, Artigo 37/43 do Regimento Geral e o Artigo 8º do Provimento 112/2006 do Conselho Federal da OAB.//

Aracaju, 02 de Maio de 2017.


AURÉLIO BELEM DO ESPÍRITO SANTO
Secretário-Geral da OAB/SE



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

1ª VARA CÍVEL DE LAGARTO DA COMARCA DE LAGARTO
Rod. Lourival Batista, km 36, Bairro Horta, Lagarto/SE, CEP 49400000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202054000346

DATA:

21/02/2020

MOVIMENTO:

Conclusão

DESCRIÇÃO:

Nesta data faço o processo eletrônico concluso.

LOCALIZAÇÃO:

Juiz

PUBLICAÇÃO:

Não



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

1ª VARA CÍVEL DE LAGARTO DA COMARCA DE LAGARTO
Rod. Lourival Batista, km 36, Bairro Horta, Lagarto/SE, CEP 49400000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202054000346

DATA:

16/03/2020

MOVIMENTO:

Despacho

DESCRIÇÃO:

DECISÃO Defiro os benefícios da justiça gratuita, nos termos do art. 98 do CPC. Considerando a regularidade da inicial, cite-se a parte ré para comparecer à audiência de conciliação/mediação, acompanhada de procurador devidamente constituído, designada para o dia 02/04/2020, às 10:00h, a ser realizada neste Fórum, devendo constar no mandado, a advertência de que o réu disporá do prazo de 15 (quinze) dias, contados da realização desta, para, querendo, apresentar resposta, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos articulados pelo autor, nos termos do art. 344 do CPC. Caso o requerido não tenha interesse na conciliação, deverá fazê-lo, por petição, apresentada com dez dias de antecedência, contados da data aprazada da audiência. Em havendo manifestação expressa no desinteresse em conciliar de ambas as partes, o prazo de contestação começará a fluir na data do protocolo do pedido de cancelamento apresentado pelo demandado. Nos casos em que apenas uma das partes manifestar desinteresse em conciliar ou que não tenha comparecido à audiência de conciliação, o prazo para contestar fluirá a partir da assentada. Ressalte-se que 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 (art. 334, §8º, CPC). Advirta-se as partes, que, na hipótese de serem beneficiários da justiça gratuita, tal fato não as excluem do pagamento da multa pelo não comparecimento injustificado à audiência, especificada acima, nos moldes do art. 98, §4º, do CPC. Caso haja levantamento de preliminares de mérito arroladas pelo art. 337 do CPC, defesas de mérito indiretas (fatos extintivos, modificativos ou impeditivos nos termos do art. 350 do CPC), intime-se a parte autoral para replicar, no prazo de 15 (quinze) dias, inclusive, quanto à possibilidade do art. 338 do CPC. Optando a parte autora, no momento da manifestação à contestação, em juntar novos documentos, intime-se a parte ré para se manifestar no prazo de 15 (quinze) dias, nos termos do art. 437. §1º do CPC. Proceda-se a marcação de perícia com um ortopedista através do SCP, devendo o perito responder ao questionário abaixo, aos quesitos porventura apresentados pelas partes, no prazo de 30 (trinta) dias, bem como informar o diagnóstico com a descrição do nome da doença, não se limitando a informação do CID: 1. Em razão do acidente de trânsito ocorrido, o(a) requerente é portador(a) de alguma invalidez permanente? 2. Em caso positivo, qual seria o dano corporal sofrido, com base no anexo da Lei nº 6.194/74? 3. Qual seria o grau de invalidez sofrido pelo periciando? 4. O valor pago de forma administrativa foi realizado de forma adequada aos patamares fixados na Lei nº 11.945/09? Qual seria o valor proporcional a lesão constatada? Fixo os honorários periciais em R\$ 626,49 (seiscentos

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria
p. 138

PUBLICAÇÃO:

Sim



**Poder Judiciário do Estado de Sergipe
1ª Vara Cível de Lagarto**

Nº Processo 202054000346 - Número Único: 0001417-94.2020.8.25.0040
Autor: ELENILTON DE SOUZA SANTOS
Réu: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Movimento: Despacho >> Mero Expediente

DECISÃO

Defiro os benefícios da justiça gratuita, nos termos do art. 98 do CPC.

Considerando a regularidade da inicial, cite-se a parte ré para **comparecer à audiência de conciliação/mediação, acompanhada de procurador devidamente constituído, designada para o dia 02/04/2020, às 10:00h, a ser realizada neste Fórum, devendo constar no mandado, a advertência de que o réu disporá do prazo de 15 (quinze) dias, contados da realização desta, para, querendo, apresentar resposta**, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos articulados pelo autor, nos termos do art. 344 do CPC.

Caso o requerido não tenha interesse na conciliação, deverá fazê-lo, por petição, **apresentada com dez dias de antecedência**, contados da data aprazada da audiência. Em havendo manifestação expressa no desinteresse em conciliar de ambas as partes, **o prazo de contestação começará a fluir na data do protocolo do pedido de cancelamento apresentado pelo demandado**.

Nos casos em que apenas uma das partes manifestar desinteresse em conciliar ou que não tenha comparecido à audiência de conciliação, **o prazo para contestar fluirá a partir da assentada**.

Ressalte-se que 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 (art. 334, §8º, CPC).

Advirta-se as partes, que, na hipótese de serem beneficiários da justiça gratuita, tal fato não as excluem do pagamento da multa pelo não comparecimento injustificado à audiência, especificada acima, nos moldes do art. 98, §4º, do CPC.

Caso haja levantamento de preliminares de mérito arroladas pelo art. 337 do CPC, defesas de mérito indiretas (fatos extintivos, modificativos ou impeditivos nos termos do art. 350 do CPC), intime-se a parte autoral para replicar, no prazo de 15 (quinze) dias, inclusive, quanto à possibilidade do art. 338 do CPC.

Optando a parte autora, no momento da manifestação à contestação, em juntar novos documentos, intime-se a parte ré para se manifestar no prazo de 15 (quinze) dias, nos termos do art. 437. §1º do CPC.

Proceda-se a marcação de perícia com um **ortopedista** através do SCP, **devendo o perito responder ao questionário abaixo, aos quesitos porventura apresentados pelas partes, no prazo de 30 (trinta) dias, bem como informar o diagnóstico com a descrição do nome da doença, não se limitando a informação do CID:**

1. Em razão do acidente de trânsito ocorrido, o(a) requerente é portador(a) de alguma invalidez permanente?
2. Em caso positivo, qual seria o dano corporal sofrido, com base no anexo da Lei nº 6.194/74?
3. Qual seria o grau de invalidez sofrido pelo periciando?

4. O valor pago de forma administrativa foi realizado de forma adequada aos patamares fixados na Lei nº 11.945/09? Qual seria o valor proporcional a lesão constatada?

Fixo os honorários periciais em R\$ 626,49 (seiscentos e vinte e seis reais e quarenta e nove centavos).

Intimem-se as partes para, no prazo de 15 (quinze) dias, apresentarem quesitos e indicarem assistente técnico, tudo em conformidade com o art. 465 do CPC.

Juntado o laudo pericial, cientifiquem-se as partes, podendo os assistentes técnicos oferecer seus pareceres e as partes manifestarem-se, no prazo comum de 15 dias, conforme o §1º do art. 477 do CPC.



Documento assinado eletronicamente por **CAROLINA VALADARES BITENCOURT**, Juiz(a) de 1ª Vara Cível de Lagarto, em 16/03/2020, às 13:00:47, 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 **2020000596847-37**.



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

1ª VARA CÍVEL DE LAGARTO DA COMARCA DE LAGARTO
Rod. Lourival Batista, km 36, Bairro Horta, Lagarto/SE, CEP 49400000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202054000346

DATA:

25/03/2020

MOVIMENTO:

Ato Ordinatório

DESCRIÇÃO:

Pelas razões constantes da Resolução nº 313/2020 do CNJ, em que prevê a suspensão dos atendimentos presenciais pelo Judiciário Nacional, até o dia 30/04/2020, de ordem da MM. Juíza promovo o cancelamento da audiência designada para o dia 02/04/2020, às 10:00 horas, a qual será redesignada em momento oportuno.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Sim



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

1ª VARA CÍVEL DE LAGARTO DA COMARCA DE LAGARTO
Rod. Lourival Batista, km 36, Bairro Horta, Lagarto/SE, CEP 49400000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202054000346

DATA:

07/04/2020

MOVIMENTO:

Certidão

DESCRIÇÃO:

De acordo com as portarias 13/2020 e 16/2020 do TJSE, assim como a Resolução 313/2020 do CNJ, fica vedada a expedição de mandados em processos judiciais em todas as unidades jurisdicionais do Estado de Sergipe enquanto perdurar a suspensão dos prazos judiciais.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

1ª VARA CÍVEL DE LAGARTO DA COMARCA DE LAGARTO
Rod. Lourival Batista, km 36, Bairro Horta, Lagarto/SE, CEP 49400000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202054000346

DATA:

09/06/2020

MOVIMENTO:

Conclusão

DESCRIÇÃO:

Nesta data faço o processo eletrônico concluso.

LOCALIZAÇÃO:

Juiz

PUBLICAÇÃO:

Não



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

1ª VARA CÍVEL DE LAGARTO DA COMARCA DE LAGARTO
Rod. Lourival Batista, km 36, Bairro Horta, Lagarto/SE, CEP 49400000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202054000346

DATA:

23/06/2020

MOVIMENTO:

Despacho

DESCRIÇÃO:

Considerando a impossibilidade da realização de audiências físicas de conciliação em razão dos impedimentos sanitários decorrentes da pandemia do coronavírus e a necessidade de compatibilizar os princípios da busca da composição com os da razoável duração do processo e da efetividade da prestação jurisdicional, dispensei a realização de audiência de conciliação presencial e determino: I a citação/intimação do(s) requerido(s) para responder à pretensão formulada, no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de revelia (art. 344 do CPC), oportunidade em que deverá produzir a prova documental que entender pertinente, manifestar interesse em produzir prova em audiência e dizer do interesse em conciliar, formulando eventual proposta de acordo escrita. II contestado, intime-se o polo autor para apresentar réplica no prazo de 15 (quinze) dias, oportunidade em que deverá, também, responder à proposta de acordo eventualmente formulada pela parte demandada e informar do interesse em produzir prova em audiência. Ficam as partes advertidas de que o SILÊNCIO às indagações contidas nos itens I e II será interpretado como desinteresse em conciliar e em produzir prova em audiência. Havendo interesse recíproco em conciliar, será admitida a realização de sessão virtual de conciliação (Lei n. 13.994 de 24/04/2020 e Portaria n. 29, de 16/04/2020, TJ-SE) através da plataforma CISCO WEBEX de videoconferência, disponibilizada pelo CNJ, ou via whatsapp, excepcionalmente, devendo as partes e advogados declinarem seus respectivos dados telefônicos e e-mail. Caso optem pela via presencial ou não possuam aparato tecnológico necessário para participar das assentadas virtuais, as partes deverão comunicar a este Juízo, ocasião em que o feito será suspenso e encaminhado à escrivania até o retorno das atividades presenciais, quando será possível a designação de nova assentada conciliatória. Ademais, proceda-se a marcação de perícia com um ortopedista através do SCP, devendo o perito responder ao questionário abaixo, aos quesitos porventura apresentados pelas partes, no prazo de 30 (trinta) dias, bem como informar o diagnóstico com a descrição do nome da doença, não se limitando a informação do CID: 1. Em razão do acidente de trânsito ocorrido, o(a) requerente é portador(a) de alguma invalidez permanente? 2. Em caso positivo, qual seria o dano corporal sofrido, com base no anexo da Lei nº 6.194/74? 3. Qual seria o grau de invalidez sofrido pelo periciando? 4. O valor pago de forma administrativa foi realizado de forma adequada aos patamares fixados na Lei nº 11.945/09? Qual seria o valor proporcional a lesão constatada? Fixo os honorários periciais em R\$ 626,49 (seiscentos e vinte e seis reais e quarenta e nove centavos). Intimem-se as partes para, no prazo de 15 (quinze) dias, apresentarem quesitos e indicarem assistente técnico, tudo em conformidade com o art. 465 do CPC. Juntado o laudo pericial, cientifiquem-se as partes, podendo os assistentes técnicos oferecer s

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria
p. 145

PUBLICAÇÃO:

Sim



Poder Judiciário do Estado de Sergipe
1ª Vara Cível de Lagarto

Nº Processo 202054000346 - Número Único: 0001417-94.2020.8.25.0040

Autor: ELENILTON DE SOUZA SANTOS

Réu: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Movimento: Despacho >> Mero Expediente

Considerando a impossibilidade da realização de audiências físicas de conciliação em razão dos impedimentos sanitários decorrentes da pandemia do coronavírus e a necessidade de compatibilizar os princípios da busca da composição com os da razoável duração do processo e da efetividade da prestação jurisdicional, dispensei a realização de audiência de conciliação presencial e determino:

I – a citação/intimação do(s) requerido(s) para responder à pretensão formulada, no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de revelia (art. 344 do CPC), oportunidade em que deverá produzir a prova documental que entender pertinente, manifestar interesse em produzir prova em audiência e dizer do interesse em conciliar, formulando eventual proposta de acordo escrita.

II – contestado, intime-se o polo autor para apresentar réplica no prazo de 15 (quinze) dias, oportunidade em que deverá, também, responder à proposta de acordo eventualmente formulada pela parte demandada e informar do interesse em produzir prova em audiência.

Ficam as partes advertidas de que o SILÊNCIO às indagações contidas nos itens I e II será interpretado como desinteresse em conciliar e em produzir prova em audiência.

Havendo interesse recíproco em conciliar, será admitida a realização de sessão virtual de conciliação (Lei n. 13.994 de 24/04/2020 e Portaria n. 29, de 16/04/2020, TJ-SE) através da plataforma CISCO WEBEX de videoconferência, disponibilizada pelo CNJ, ou via whatsapp, excepcionalmente, devendo as partes e advogados declinarem seus respectivos dados telefônicos e e-mail.

Caso optem pela via presencial ou não possuam aparato tecnológico necessário para participar das assentadas virtuais, as partes deverão comunicar a este Juízo, ocasião em que o feito será suspenso e encaminhado à escrivania até o retorno das atividades presenciais, quando será possível a designação de nova assentada conciliatória.

Ademais, proceda-se a marcação de perícia com um ortopedista através do SCP, devendo o perito responder ao questionário abaixo, aos quesitos porventura apresentados pelas partes, no prazo de 30 (trinta) dias, bem como informar o diagnóstico com a descrição do nome da doença, não se limitando a informação do CID:

1. Em razão do acidente de trânsito ocorrido, o(a) requerente é portador(a) de alguma invalidez permanente?
2. Em caso positivo, qual seria o dano corporal sofrido, com base no anexo da Lei nº 6.194/74?
3. Qual seria o grau de invalidez sofrido pelo periciando?
4. O valor pago de forma administrativa foi realizado de forma adequada aos patamares fixados na Lei nº 11.945/09? Qual seria o valor proporcional a lesão constatada?

Fixo os honorários periciais em R\$ 626,49 (seiscentos e vinte e seis reais e quarenta e nove centavos).

Intimem-se as partes para, no prazo de 15 (quinze) dias, apresentarem quesitos e indicarem assistente técnico, tudo em conformidade com o art. 465 do CPC.

Juntado o laudo pericial, cientifiquem-se as partes, podendo os assistentes técnicos oferecer seus pareceres e as partes manifestarem-se, no prazo comum de 15 dias, conforme o §1º do art. 477 do CPC.

Cumpra-se.

p. 147



Assinado eletronicamente por CAROLINA VALADARES BITENCOURT, Juiz(a) de 1ª Vara Cível de Lagarto, em 23/06/2020 às 11:09:35, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Conferência em www.tjse.jus.br/portal/servicos/judiciais/autenticacao-de-documentos. Número de Consulta: 2020001139553-03. fl: 1/2



Documento assinado eletronicamente por **CAROLINA VALADARES BITENCOURT**, Juiz(a) de 1ª Vara Cível de Lagarto, em 23/06/2020, às 11:09:35, 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 **2020001139553-03**.



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

1ª VARA CÍVEL DE LAGARTO DA COMARCA DE LAGARTO
Rod. Lourival Batista, km 36, Bairro Horta, Lagarto/SE, CEP 49400000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202054000346

DATA:

08/07/2020

MOVIMENTO:

Certidão

DESCRIÇÃO:

Certifico que nos casos em que não há a possibilidade de efetivar o cumprimento de mandados por meio de aplicativos multiplataformas, sua expedição permanece suspensa.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

1ª VARA CÍVEL DE LAGARTO DA COMARCA DE LAGARTO
Rod. Lourival Batista, km 36, Bairro Horta, Lagarto/SE, CEP 49400000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202054000346

DATA:

06/08/2020

MOVIMENTO:

Citação Eletrônica

DESCRIÇÃO:

Citação Eletrônica enviada à Empresa Privada - SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A. Considerando a impossibilidade da realização de audiências físicas de conciliação em razão dos impedimentos sanitários decorrentes da pandemia do coronavírus e a necessidade de compatibilizar os princípios da busca da composição com os da razoável duração do processo e da efetividade da prestação jurisdicional, dispensei a realização de audiência de conciliação presencial e determino: I a citação/intimação do(s) requerido(s) para responder à pretensão formulada, no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de revelia (art. 344 do CPC), oportunidade em que deverá produzir a prova documental que entender pertinente, manifestar interesse em produzir prova em audiência e dizer do interesse em conciliar, formulando eventual proposta de acordo escrita. II contestado, intime-se o polo autor para apresentar réplica no prazo de 15 (quinze) dias, oportunidade em que deverá, também, responder à proposta de acordo eventualmente formulada pela parte demandada e informar do interesse em produzir prova em audiência. Ficam as partes advertidas de que o SILÊNCIO às indagações contidas nos itens I e II será interpretado como desinteresse em conciliar e em produzir prova em audiência. Havendo interesse recíproco em conciliar, será admitida a realização de sessão virtual de conciliação (Lei n. 13.994 de 24/04/2020 e Portaria n. 29, de 16/04/2020, TJ-SE) através da plataforma CISCO WEBEX de videoconferência, disponibilizada pelo CNJ, ou via whatsapp, excepcionalmente, devendo as partes e advogados declinarem seus respectivos dados telefônicos e e-mail. Caso optem pela via presencial ou não possuam aparato tecnológico necessário para participar das assentadas virtuais, as partes deverão comunicar a este Juízo, ocasião em que o feito será suspenso e encaminhado à escrivania até o retorno das atividades presenciais, quando será possível a designação de nova assentada conciliatória. Ademais, proceda-se a marcação de perícia com um ortopedista através do SCP, devendo o perito responder ao questionário abaixo, aos quesitos porventura apresentados pelas partes, no prazo de 30 (trinta) dias, bem como informar o diagnóstico com a descrição do nome da doença, não se limitando a informação do CID: 1. Em razão do acidente de trânsito ocorrido, o(a) requerente é portador(a) de alguma invalidez permanente? 2. Em caso positivo, qual seria o dano corporal sofrido, com base no anexo da Lei nº 6.194/74? 3. Qual seria o grau de invalidez sofrido pelo periciando? 4. O valor pago de forma administrativa foi realizado de forma adequada aos patamares fixados na Lei nº 11.945/09? Qual seria o valor proporcional a lesão constatada? Fixo os honorários periciais em R\$ 626,49 (seiscentos e vinte e seis reais e quarenta e nove centavos). Intimem-se as partes para, no prazo de 15 (quinze) dias, apresentarem quesitos e indicarem assistente técnico, tudo em conformidade com o art. 465 do CPC. Juntado o laudo pericial, cientifiquem-se as partes, podendo os assistentes técnicos oferecer s

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

1ª VARA CIVEL DE LAGARTO DA COMARCA DE LAGARTO
Rod. Lourival Batista, km 36, Bairro Horta, Lagarto/SE, CEP 49400000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202054000346

DATA:

06/08/2020

MOVIMENTO:

Outras Informações

DESCRIÇÃO:

Perícia agendada para o dia 09/11/2020 de 07:00 às 10:00 hs para o Perito Leandro Koiti Tomiyoshi - DPVAT.
Endereço: Avenida Tancredo Neves, s/n Fórum Gumersindo Bessa - Setor de Perícias, Capucho, Aracaju-SE.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Sim



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

1ª VARA CÍVEL DE LAGARTO DA COMARCA DE LAGARTO
Rod. Lourival Batista, km 36, Bairro Horta, Lagarto/SE, CEP 49400000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202054000346

DATA:

11/08/2020

MOVIMENTO:

Outras Informações

DESCRIÇÃO:

Citação Eletrônica do(a) Empresa Privada - SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A. considerada em 12/08/2020, mediante consulta processual realizada por seu representante legal, referente ao movimento de Intimação, do dia 06/08/2020, às 10:52:04.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não