



**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

Dados do Processo

Processo: 202054000346
Número Único: 0001417-94.2020.8.25.0040
Classe: Procedimento Comum
Situação: Andamento
Processo Origem: *****

Distribuição: 21/02/2020
Competência: 1ª Vara Cível de Lagarto
Fase: POSTULACAO
Processo Principal: *****

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

1^a 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

Processos Apenasdos:

--

Processos Dependentes:

--



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

1^a 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:

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 anexo, 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 graduação 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 graduação 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 Cézar 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***



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.

Este é para amplo pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : N° 011.836.110

 energisa
Luz, Imaginação, Realização
ENERGISA SERGIPE-DISTRIB.ENERGIA SA
Rua Min Apolinário Sales, 81 - Inácio Barbosa
Aracaju / SE - CEP 49040-150
CNPJ 13.017.452/0001-63 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.energia.com.br

 energisa
Luz, Imaginação, Realização

DESTAQUE AQUI

MARIA NUNES DE SOUZA

Roteiro: 07-180-295-8405

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

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
20/03/2019	R\$ 77,30	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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELENILTON DE SOUZA SANTOS

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/07/2019

Nome: LEIDIANE ALMEIDA NASCIMENTO

CPF: 008.313.345-33

LAERTE PEREIRA FONSECA

LEIDIANE ALMEIDA NASCIMENTO



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:		
3190281583	028.380.195-62	Elenilton De 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:	6 - CPF:		7 - Profissão:	
Elenilton De Souza Santos	028.380.195-62		8 - Endereço:	9 - Número:
Centro	228		Rua sete	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:		13 - Estado:	14 - CEP:
Centro	Dogto		SE	249.400-000
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD):			
lascert@lascert.com.br	1999552089			

DADOS CADASTRAIS

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
 SEM RENDA

 R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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: 045

CONTA: 04299

(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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

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 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.

16 JUL 2019

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 da natureza 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.

GENTE SEGURADORA S/A

www.gentesa.com.br

0800 766 1111 - 11 3020 0000

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, 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

 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, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

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:

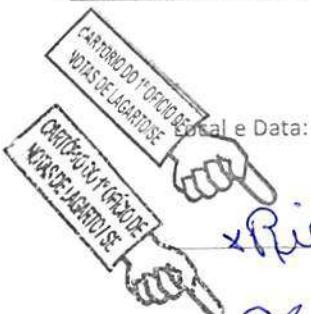
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

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, Ricicleia 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, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
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: ILWV14ANG WY48Q2 Ano: 2012
Placa: QK1 Chassi: LWV14CA20806015193
Data do Acidente: 26/08/2018



Lagarto/SE, 08/10/2019

Ricicleia 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, 60 - Centro - Lagarto - SE - CEP: 49.400-000
Fones: (79) 3821-6301 / (79) 99976-6250 / (79) 99923-8904

TABELIÃO: LAFAIETE LUIZ DO NASCIMENTO
SUBSTITUTO: DANIELA SANTOS LIMA DO NASCIMENTO
ESCREVENTE 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 Indiana Araújo Almeida da verdade Escrevente.
INDIANA ARAUJO ALMEIDA Selo Digital
201929516031393. Site www.tjse.jus.br/x/TU84ED



1º OFÍCIO DA COMARCA DE LAGARTO
Indiana Araújo Almeida
Escrevente

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO

Av. Pres. Vargas, 60 - Centro - Lagarto - SE - CEP: 49.400-000

Fones: (79) 3821-6301 / (79) 99976-6250 / (79) 99923-8904

TABELIÃO: LAFAIETE LUIZ DO NASCIMENTO
SUBSTITUTO: DANIELA SANTOS LIMA DO NASCIMENTO

ESCREVENTE AUTORIZADA: JULIANA OLIVEIRA DE MENEZES

Reconheço por Autenticidade a firma de RICLEIA LEAL DE OLIVEIRA e dou fé: 09 de maio de 2019. Em
testemunho Indiana Araújo Almeida da verdade Escrevente.
INDIANA ARAUJO ALMEIDA Selo Digital
201929516031686. Site www.tjse.jus.br/x/BGX4DJ



1º OFÍCIO DA COMARCA DE LAGARTO
Indiana Araújo Almeida
Escrevente

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - SE N. 012983671900
CS: 57514445703

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PLACA	9140745311	RN/RC 1000000000
NOME/ENDERECO		
JOSE LIDAS ALDAS NEVES R. JOSE MARIA NEVES - N. 156 CASA 49400-000 LARAPITG-SE		
PLACA ANTERIOR		PLACA
064-BZ-155-309		SKY2446
NOME ANTERIOR		
PENASUS COMERCIAL BRASIL LTDA.		
PLACA ANTERIOR	CHASSI	
50151937SE	ENYMCA208D6015193	
ESPECIE/TIPO	COMBUSTIVEL	
PASSEIO/MOTOR	GASOLINA	
MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HUAN YANG NY450-2	2012	2013
CAP/POT/CE	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
EPICV/4900	PARTIC	BRANCA
OBSERVAÇÕES		
DOCUMENTO Válido Somente SEM RESTRIÇÕES		
LOCAL	DATA	
LARAPITG-SE	22/11/2016	
DEPARTAMENTOS DE SISTROS DRIT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

3190281583

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0131752/19

Vítima: ELENILTON DE SOUZA SANTOS

CPF: 028.380.195-62

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/08/2018

Titular do CPF: ELENILTON DE SOUZA
SANTOS

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LAERTE PEREIRA FONSECA

LEIDIANE ALMEIDA NASCIMENTO

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/ [Signature]
Waldemir Lenir Bustos Paiva Neto
Coordenador da 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 Soral de Oliveira

RG nº 1.509.689, data de expedição 24/10/2011
Órgão SSP/SE, portador do CPF nº 004.643.355-40 com
domicílio na cidade de Lagarto, no Estado de
Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua 14, nº 229, Bairro Ademar de Carvalho nº 229,
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
menionado 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: Yiuiyang WY48Q-2

Ano: 2012

Placa: Q KY 2446

Chassi: ZWYMCA208D6015193

Data do Acidente: 26.08.2018

Local e Data: Lagarto/SE, 02/10/2018

Riclecia Soral de Oliveira

Assinatura do Declarante

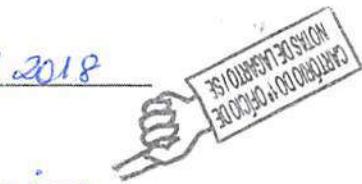
Elenilton de Souza Santos

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

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
Av. Poco, Várzea, 80 - Centro - Lagarto - SE - CEP: 49.400-000
Fones: (79) 3631.6301 / (79) 99976.3255 / (79) 99925.8844

RECONHEÇO por Autenticidade a firma de RICLECIA
SURAL DE OLIVEIRA e dou fé, 02 de outubro de
2018. Em testemunho Deborah Santana Santos da verdade
ESCREVENTE: DEBORAH SANTANA SANTOS. Selo
Digital 201829516070153. Site
www.tjse.jus.br/x/34DTMF DEBORAH SANTANA SANTOS
- ESCRVENTE.

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - SE

N.º 012983671900
CS: 57514445703

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 01163745311 RNTRC 100000000000

NOME/ENDERECO
JOSE LUCAS ANDRADE NERE
R JOSE BATISTA NERE N 155
CASA
43400000 LAGARTO-SE

CRF/CNPJ 064-821-845-70 PLACA DKY2446

NOME ANTERIOR
CENOSUD COMERCIAL BRASIL LTDA

PLACA ANT/UF 60151937/SE CHASSI LWYMCA208D6015193

ESPECIE TIPO PAS/CICLOMOTOR/ COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO T/NUUYANG WY48D-2 ANO FAB 2012 ANO MOD 2013

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

OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO VALIDO SOMENTE PARA USO PESSOAL
SEM RESTRIÇÕES

LOCAL LAGARTO-SE DATA 22/11/2016

EXPIRAÇÃO 12/11/2017

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 ABR 2019

Rua Manoel, 765 Loja 03-Acácias/SE
Gesta Seguradora S/A

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV

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

VALOR RS

1.700,00

NOME DO COMPRADOR:

Dielecia Isel de Oliveira

RG: 1.509.689

CPF/CNPJ:

004.643.355-40

ENDERECO: Rua 14 225, Edifício de Conselho

Logista-SE

LOCAÇÃO DATA: 14-08-2018

Dielecia Isel de Oliveira

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 proceder a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 - CTB).
- c) É obrigatório o reconhecimento de firmas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICIDADE.

DE ACORDO:

Dielecia Isel de Oliveira

ASSINATURA DO COMPRADOR

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



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO

Av. Praça Vargas, 80 - Centro - Lages - SC - CEP: 88.400-000

Fones: (47) 3331-5511 / (47) 99375-0010 / (47) 99325-8844

TABELIÃO: LAFAIETE LIMA DO NASCIMENTO
SUBSTITUTA: DANIELA SANTOS LIMA DO NASCIMENTO
ESCREVENTE AUTORIZADA: JULIMA OLIVEIRA DE MENEZES

Reconheço por Autenticidade a firma de JOSE
LUCAS ANDRADE NEVES e dou fala de agosto de
2013. Em testemunho da verdade
ESCREVENTE SUBSTITUTA: DANIELA SANTOS LIMA DO
NASCIMENTO. Selo Digital 201829516058153. Site
www.tjse.jus.br/x/QCTANU DANIELA SANTOS LIMA DO
NASCIMENTO - ESCRIVANA SUBSTITUTA.

OFÍCIO DA COMARCA DE LAGARTO/SE

Daniela Santos Lima do Nascimento

Escrev. 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 N° 445/2012

Nome completo: *Eduilton De Souza Santos* CPF: *022.370.195-62*
 Profissão: *Conrador* Endereço: *Rua Sete* Número: *228* Complemento: *losa*
 Bairro: *Centro* Cidade: *Flagarto* Estado: *SC* CEP: *49.400-000*
 E-mail: *lante@laertolentes.adv.br* Tel.(DDD): *591 99955-2089*

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

DEADOS CADASTRAIS

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: *61299* 0
 (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA: 0
 (Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DEPARTAMENTO DE VITIMAS
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 ABR 2019

Gen. Seguradora S/A
 Rua Manoel 700, Lote 03- Aracaju-SE

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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:
 Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 é obrigatório)

Local e Data, *Flagarto/SC, 10/04/2019*
 Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

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.

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): Capitals 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

**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.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta da energia elétrica - Nº 012.364.207

 **energisa**
SUL - MAIS ALTO PRAZER NA VIDA
ENERGISA SERGIPE-DISTRIB.ENERGIA SA
Rua Min Apolônio Sales, 81 - Inácio Barbosa
Aracaju / SE - CEP 49040-150
CNPJ 13.017.462/0001-63 Insc.Est. 270.767.436

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 AZUL

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



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 Laurita Pereira Fonseca inscrito (a) no CPF/CNPJ 019.990.755 / 28, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Elmilton de Souza Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.380.195 / 62, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Elmilton 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

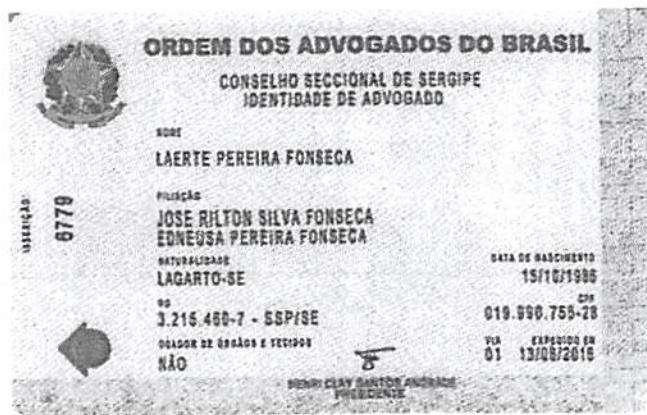
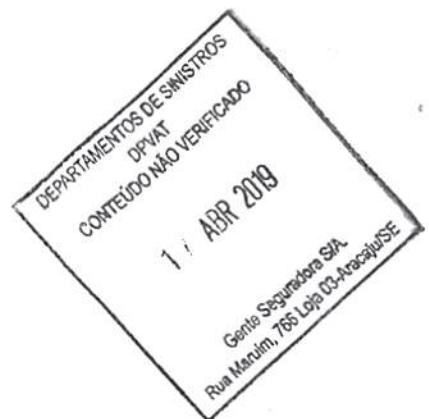
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	<u>Praça Selino Fontes</u>		Número	<u>41</u>	Complemento
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Bagártio</u>	Estado	<u>SE</u> CEP <u>49400-000</u>
Email	<u>Jaurita@lauritapereseca.adv.br</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>79 3631-7735</u>	Telefone celular (DDD)	<u>79999947-7246</u>

Bagártio/SE, 28 de Janeiro de 2019
Local e Data
Assinatura do Declarante





PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Elenilton de Souza Santos

Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro

Profissão: Construtor

Identidade: 3.122.484-9 CPF: 028.380.195-62

Endereço: R. Sítio, 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: Invalidiz Data do acidente: 26.08.2018 Sinistro: _____.

Local: Lagarto UF: SE Data: 18 de Januário de 2019.

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

Reconhecido
Pelo
J. 30 de 2019. Em testemunho
do
ESCREVENTE: DEBORAH SANTANA SANTOS.
Digital 201929516006245. Sítio
www.ajsse.jus.br/x/DXCB2N MILLENA SILVA ROCHA
AUXILIAR DE CARTÓRIO.

Elenilton de Souza Santos



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 APR 2019

Gente Seguradora SIA
Rua Manoel 786 loja 03-Atac-SuSE

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:

Jovrador

Endereço:

Rua Sete

Número:

228

Complemento:

casa

Bairro:

centro

Cidade:

Igaráto

Estado:

SE

CEP:

49400-000

E-mail:

Jante@lantepenseca.adv.br

Tel.(DDD):

4999955-2089

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Nome do BANCO: _____

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

0645

CONTA:

64299

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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: 25/10/2019
 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)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: Marilaine Sacramento Siqueira
 CPF: 043.875.405-08

Marilaine Sacramento Siqueira

Assinatura

2º | Nome: Rose Cleide de Santana Corvalho
 CPF: 007.840.575-08

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, 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:	
	028.380.395-62	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:		CPF:	
Profissão:	Enderéxo:	Número:	Complemento:
chaveador	Rua set	228	Cara
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Centro	Flagato	SE	29.400-000
E-mail:	Tel.(DDD): (49) 99955-2089		
Elenilton De Souza Santos - adv. br			

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO 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				
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____		
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: 0045	CONTA: 64299	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	(Informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir)		(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):				
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou				
<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou				
<input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> 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.				

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: Flagato/SE, 07/05/2019	TESTEMUNHAS
	Nome: _____	1 ^a Nome: _____
	CPF: _____	CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO		Assinatura
Elenilton De Souza Santos		2 ^a Nome: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		CPF: _____
		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, p. 309 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.

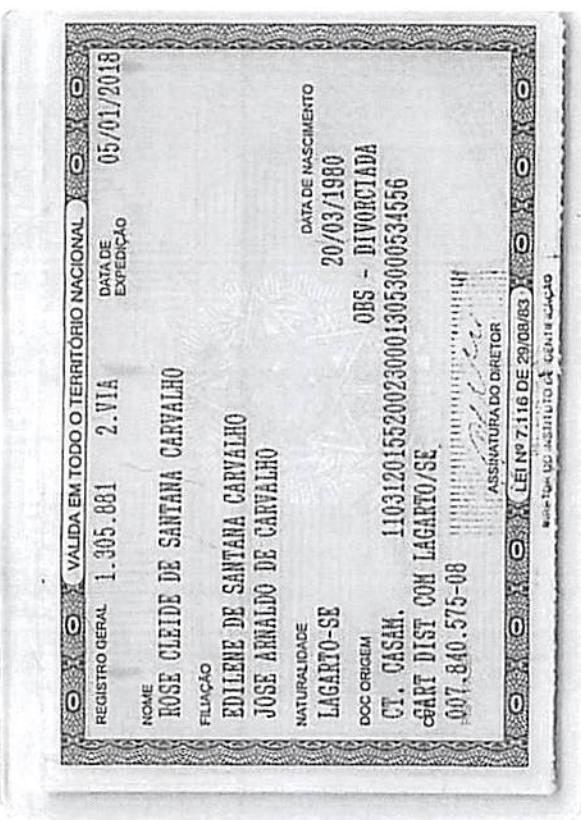
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoraalider.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.











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 LEGALNOME DO RECLAMANTE: Laut Perna FonsenCPF: 029.990.755-28 ENDEREÇO: Braca Felina Fonsen Nº: 41COMPL.: _____ CEP: 49.400.000 BAIRRO: CentroCIDADE: Lagarto ESTADO/UF: SergipeTELEFONE DE CONTATO: (79) 999552089 e-mail: laut@lautperna.adv.br

2. DADOS DA OCORRÊNCIA

DATA DA OCORRÊNCIA: 26/08/2018 Nº DO BOLETIM: 2018/06558.0-004270DELEGACIA: Regional de Lagarto ESTADO/UF: SergipeDATA DO SINISTRO: / /SITUAÇÃO DA VÍTIMA: TRANSPORTADO NÃO TRANSPORTADO MOTORISTAVEÍCULO IDENTIFICADO? SIM NÃO PLACA: QKY 2446 TIPO DE VEÍCULO: Motocicleta

3. DADOS PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

TIPO DE CONTA: CONTA CORRENTE CONTA POUPANÇA BANCO: Caixa EconômicaNº DA AGÊNCIA: 0645 Nº DA CONTA: 64299-0

4. DADOS DO BENEFICIÁRIO

NOME COMPLETO: Eleonilton De Souza SantosCIC/CPF: 028380.195-62 ENDEREÇO: Rua Sítio Nº: 228COMPL.: _____ CEP: 49400.000 BAIRRO: CentroCIDADE: Lagarto ESTADO/UF: _____TELEFONE DE CONTATO: (79) 38317735 e-mail: laut@lautperna.adv.br

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

Lagarto/SC, 25/8/2019

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO RECLAMANTE

NOSSOS ENDEREÇOS:

GENTE SEGURADORA - PORTO ALEGRE
Av. Carlos Gomes, 350 - Boa VistaCEP: 90460-000
Fone: (51) 3027-8888 / (51) 3027-8875GENTE SEGURADORA - SÃO PAULO/SP
Av. 9 de Julho, 432 - Jardim PaulistaCEP: 01405-100
Fone: (11) 3894-3477GENTE SEGURADORA - FLORIANÓPOLIS/SC
Rua Araci Vaz Callado, 433, Loja 08 - CentroCEP: 88070-750
Fone: (48) 3241-8218 / (48) 3241-8217GENTE SEGURADORA - RIO DE JANEIRO/RJ
Rua Seta de Setimbro, 89, Loja P - CentroCEP: 20050-082
Fone: (21) 3549-4483 / (21) 3549-4485GENTE SEGURADORA - CURITIBA/PR
Alameda Dr. Carlos de Carvalho, 625 - CentroCEP: 80430-160
Fone: (41) 3078-4644 / (41) 3018-4345GENTE SEGURADORA - BELO HORIZONTE/MG
Avenida Brasil, 1584, Loja 07 - FuncionáriosCEP: 30140-003
Fone: (31) 3586-8888 / (31) 3586-1899

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: Elmilton De Souza Santos

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

COMPL.: _____ CEP: 49.400-000 BAIRRO: Centro

CIDADE: Raguto ESTADO/UF: Sergipe

TELEFONE DE CONTATO: (79) 999.50.55 e-mail: laento@.internet.sergipe.ach.br

2. DADOS DA OCORRÊNCIA

DATA DA OCORRÊNCIA: 12/09/2018 Nº DO BOLETIM: 2018/06558.0-002894

DELEGACIA: De Raguto ESTADO/UF: Sergipe

DATA DO SINISTRO: / /

SITUAÇÃO DA VÍTIMA: TRANSPORTADO NÃO TRANSPORTADO MOTORISTA

VEÍCULO IDENTIFICADO? SIM NÃO PLACA: QKU2446 TIPO DE VEÍCULO: Chineray

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: Elmilton De Souza Santos

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

COMPL.: _____ CEP: 49.400-000 BAIRRO: Centro

CIDADE: Raguto ESTADO/UF: Sergipe

TELEFONE DE CONTATO: (79) 999.55.2089 e-mail: laento@.internet.sergipe.ach.br

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

Raguto/SC - 16/07/2018

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO RECLAMANTE

NOSSOS ENDEREÇOS:

GENTE SEGURADORA - PORTO ALEGRE	GENTE SEGURADORA - SÃO PAULO/SP	GENTE SEGURADORA - FLORIANÓPOLIS/SC	GENTE SEGURADORA - RIO DE JANEIRO/RJ	GENTE SEGURADORA - CURITIBA/PR	GENTE SEGURADORA - BELO HORIZONTE/MG
Av. Carlos Gomes, 350 - Boa Vista	Av. 9 de Julho, 4312 - Jardim Paulista	Rua Araci Vaz Callado, 433, Loja 08 - Centro	Rua Sete de Setembro, 88, Loja P - Centro	Alameda Dr. Carlos de Carvalho, 625 - Centro	Avenida Brasil, 1584, Loja 07 - Funcionários
CEP: 90480-000	CEP: 01406-100	CEP: 88070-750	CEP: 20050-002	CEP: 80430-180	CEP: 30140-003
Fone: (51) 3027-8888 / (51) 3027-6875	Fone: (11) 3894-3477	Fone: (48) 3241-9216 / (48) 3241-9217	Fone: (21) 3549-4483 / (21) 3549-4485	Fone: (41) 3078-4644 / (41) 3018-4345	Fone: (31) 3586-1888 / (31) 3586-1899

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

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- 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-COMUNICACAO DE VENDA
INCLUSAO TEMPORARIA DE RESTRICAO ADMINISTRATIVA POR DIGITACAO DE SERVICO NO SCV

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,

[Signature]
Drº Érico de Pinho
Chefe da DivMed
EBSERH/HUL
CRM 3561

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



Av. Brasília s/n. Bairro Novo Horizonte.
Lagarto - SE. CEP: 49.400-000
Telefone: [79] 3632-2000

Nome ELENILTON JOSE DOS SANTOS	Nome Social _____	Frontuário 35977/8	
Nome Mãe MARIA NUNES DE SOUZA	Sexo Masculino	Estado Civil Solteiro	Dt Nascimento 06/10/1984
Nome Pai CRELINO JOSE DOS SANTOS	Data cadastro 26/08/2018	Data recadastro _____	Pront. Família _____
PG _____	CPF _____	Cartão SUS _____	
Nome Anterior _____	Cidade de nascimento LAGARTO		
Grau Instrução 1º Grau Incompleto	Nacionalidade BRASILEIRO	UF SE	UF SE
Profissão _____	Código da profissão _____	Cor Parda	Fone ou Recado 79-996403144
Logradouro PRAIA 7	Posto de Referência : _____		
Número 228	Complemento _____	Bairro ADEMAR DE CARVALHO	
Cidade LAGARTO	UF SE	CEP 49400-000	
Identificador ANSELMO APARECIDO SANTOS			
Área Cadastradora CENTRO CUSTO 1			
Observação M DOC DE RG	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> DEPARTAMENTOS DE SINISTROS CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 11 ABR 2019 <small>Rua Manoel Telles 03, Centro, São Luís - MA</small> </div>		
* Declaro para todos os fins de direito e sob as penas da lei que as informações cadastrais contidas no boletim de identificação são verídicas.			
<u>Elenilton Jose dos Santos Bento</u> () () () () Paciente Pai Mãe Representante Legal			
Boletim de Identificação de Paciente			

BUSCA ESPONTÂNEA ENCAMINHAMENTO SAMU Gestante NÃO GESTANTE ACIDENTE DE TRABALHO: SIM NÃO

Quaisas:

Agudo Crônico

Petecigia 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 (pm)	SPO2 (%)	Tax (PC)	PA (mmHg)	GLC (mG/dL)	Peso (Kg)	Abertura Ócular	Resposta Verbal	Resposta Motoria	TOTAL
----------	---------	----------	----------	-----------	-------------	-----------	-----------------	-----------------	------------------	-------

SISTEMA NERVO	SISTEMA RESPIRATÓRIO	SISTEMA CARDIOVASCULAR	SISTEMA GASTROINTESTINAL	SISTEMA GENITURINÁRIO	SISTEMA OSTECARTÍCULAR
<input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Dímnsciente	<input type="checkbox"/> Espasmo <input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Sádias <input type="checkbox"/> Rígido	<input type="checkbox"/> Azia <input type="checkbox"/> Mictina	<input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Artrite
<input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Oropénia <input type="checkbox"/> Bradipneia	<input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Globos <input type="checkbox"/> Hematemeses	<input type="checkbox"/> Colíria <input type="checkbox"/> Hematuria	<input type="checkbox"/> Cervicalgia <input type="checkbox"/> Lombalgia
<input type="checkbox"/> Tonto <input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Êmese <input type="checkbox"/> Melena	<input type="checkbox"/> Órgânia <input type="checkbox"/> Polidipsia	<input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Câimbra
<input type="checkbox"/> Tonto <input type="checkbox"/> Náusea	<input type="checkbox"/> Tr. Intercostal <input type="checkbox"/> Hemoptise	<input type="checkbox"/> P. Rítmico <input type="checkbox"/> P. Arritmico	<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Disuria <input type="checkbox"/> Prispismo	<input type="checkbox"/> Espasmo <input type="checkbox"/> Hemiplegia
<input type="checkbox"/> Tonto <input type="checkbox"/> Náusea	<input type="checkbox"/> Tr. Intercostal <input type="checkbox"/> Sustento	<input type="checkbox"/> Dor torácica <input type="checkbox"/> Pericardialgia	<input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Sedogânia	<input type="checkbox"/> Uúptio e cloro <input type="checkbox"/> Hemiparesia	<input type="checkbox"/> Paraplegia
<input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Míose	<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"/> Bursa <input type="checkbox"/> Giardiano	<input type="checkbox"/> OUTROS:

Classificação do Risco

AZUL AMARELO

VERDE VERMELHO

Especialidade:

CLÍNICO PEDIATRICO

CIRÚRGICO ENFERMAGEM

ORTOPÉDICO

Horas da Class:

A

H

Z

Carimbo e assinatura do Enfermeiro

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Horas da avaliação médica:

17/08/2012 #

17/08/2012 Motivo: dor no corpo, particularmente no abdômen, respiratório, dor na articulação do joelho, dor no crânio, frequentando em protocolo.

De SAMU 192', refere dor cervical e dor no

joelho.

Recomendação: Rx de SAMU 192'.

Medicamento: Rx de SAMU 192'.

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

SISTEMA
ÚNICO DE
SAÚDEMINISTÉRIO
DA
SAÚDELAUDO 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

Elenilton José do Santos

6-Nº DO PRONTUÁRIO

35977/8

7-CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9-SEXO

10-NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

8-DATA DE NASCIMENTO

06/10/1984

Mesa

Pessoal

3

11-TELEFONE DE CONTATO

Ext

Nº DO TELEFONE

499164031144

12-ENDERECO (RUA, N.º, BAIRRO)

13-MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Lagarto

14-COD. IBGE MUNICÍPIO

280.350

15-UF

SE

16-CEP

49400-000

17-PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNACÃO

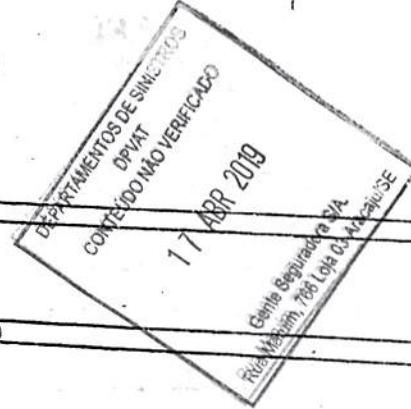
Paciente com fístula subescrínica a D
admitido para tte cirurgia

18-CONDICOES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

Necessidade de tte cirurgia

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

Ex físcos + radiológic



20-DIAGNOSTICO INICIAL

21-CID 10 PRINCIPAL

22-CID 10 SECUNDÁRIO

23-CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Ex subescrínica D

572.2 V29.6

24-DESCRICAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25-CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050646

Ex cirurgia

26-CLÍNICA

27-CARATER DA INTERNACAO

28-DOCUMENTO

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

Ex cirurgia

30-NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31-DATA DA SOLICITAÇÃO

32-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Erico de Lima

27/08/18

Ortopedia

33-) ACIDENTE DE TRÂNSITO

36-CNPJ DA SEGURADORA

37-Nº DO BILHETE

38-SÉRIE

39-CNPJ EMPRESA

40-CNAE DA EMPRESA

41-CBOR

42-VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43-NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44-Nº DO ÓRGÃO EMISSOR

45-DOCUMENTO

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

47-DATA DA AUTORIZAÇÃO

48-ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

0702030821

1 / 1

Identificação do Paciente

Paciente: 61012 Prontuário: 0035977/8
 Nome: ELENILTON JOSE DOS SANTOS
 Nome Mãe: MARIA NUNES DE SOUZA
 Endereço: RUA 7 Cartão SUS:
 Número: 228 Complemento:
 Bairro: ADEMAR DE CARVALHO Telefone: 79 996403144
 Cidade: LAGARTO UF: SE Cep: 49.400-000
 Data Nasc.: 06/10/1984 Idade: 33 Sexo: M Cor: M Est. Civil: S
 Profissão:
 Naturalidade: LAGARTO UF Nascimento: SE
 Nacionalidade: BRASILEIRO

Identificação do Responsável

Nome:
 Endereço:

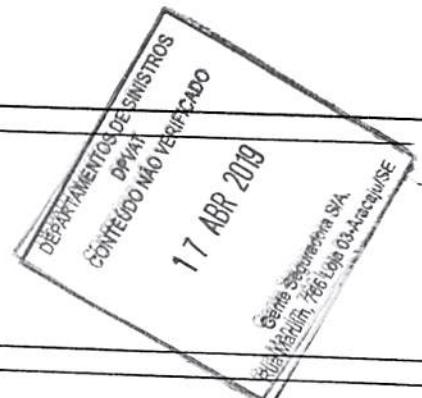
Cidade: UF: CEP: Fone:

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: ORTOPEDIA 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 : AGHURRL
 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

CID : FRATURA SUBTROCANTÉRICA

Folha 1/1

Data da Internação: 27/08/2018

Validade: de 27/08/2018 19:19 h. a 28/08/2018 10:00 h.

1. Livre obs: ZERO A PARTIR DAS 23H

DIETA

1. Livre	obs: ZERO A PARTIR DAS 23H

CUIDADOS

2. Controle de sinais vitais, de 6/6 horas	Aprazamento
3. Repouso no leito, contínuo	<i>ATENÇÃO</i> 1= 12 18 24 06 pm
4. Curativo pequeno, 1 x ao dia	<i>Manhã</i>

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	<i>500</i> 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.	<i>12 18 24 06</i>
7. CETOPROFENO 100MG IV 100 mg	Administrar 100 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: EV: 20 minutos (infusão lenta),	<i>100</i> 100
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.	<i>12 20 06 18</i>
9. METOCLOPRAMIDA INJETÁVEL - 2 ML 5 mg/mL	Administrar 10 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: Se náuseas ou vômitos	<i>10</i> 10
10. OMEPRAZOL INJETÁVEL 40 mg	Administrar 40 mg, IV, de 24/24 horas,	<i>06</i> 06

<i>Dr. Wagner Lima de Lucena</i>	<i>Kleyton Santos</i> A S COREN-DF 37699-ENF
27/08/2018,19:21h.	20:00

ELENILTON JOSE DOS SANTOS	Identificação
H Universitário Lagoa	035977/8

PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - UNIDADE AZUL

CID : FRATURA SUBTROCANTÉRICA

Folha 1/1

Data da Internação: 27/08/2018

Validade: de 27/08/2018 19:19 h. a 28/08/2018 10:00 h.

DIETA

1. Livre obs: ZERO A PARTIR DAS 23H

Aprazamento

Almoço

CUIDADOS

2. Controle de sinais vitais, de 6/6 horas
3. Repouso no leito, contínuo
4. Curativo pequeno, 1 x ao dia

ATENÇÃO
I = T =
Manhã

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 Sopha
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 Vc
7. CETOPROFENO 100MG IV 100 mg	Administrar 100 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: EV: 20 minutos (infusão lenta),	100 16 24 Vc
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 08 Vc
9. METOCLOPRAMIDA INJETÁVEL - 2 ML 5 mg/mL	Administrar 10 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: Se náuseas ou vômitos	05 S
10. OMEPRAZOL INJETÁVEL 40 mg	Administrar 40 mg, IV, de 24/24 horas,	06 Vc

Dr. Wagner Lima de Lucena CRM: 4255 SE
27/08/2018, 19:21h.

Kleyton Santos Santos
COREN-CE 37699-ENF
20:00

ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Identificação

H Universitário
Lagarto
PRESCRIÇÃO

PRESCRIÇÃO

401-c

Unidade: 11 - UNIDADE AZUL

CID : FRATURA SUBTBOCANTÉBICA

Folha 1/2

Data da Internação: 27/08/2018

** Reimpressão **

Validade: de 27/08/2018 00:17 h. a 27/08/2018 10:00 h.

DIETA		Aprazamento
1. Livre		SND, S

CUIDADOS		Aprazamento
2.	Reposo no leito, contínuo	I=8 (18h) T=
3.	Controle de sinais vitais, de 6/6 horas	12 18 24 06
4.	Curativo pequeno, 1 x ao dia	Manhã

MEDICAMENTOS		
POSOLOGIA		DOSAGEM
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, 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.	ENOXAPARINA 40 mg	Administrar 40 mg, SC, de 24/24 horas, obs.: Deverá ser administrado por via subcutânea, na região ântero-lateral do abdômen, alternando a cada aplicação os lados direito e esquerdo.
11.	OMEPRAZOL INJETÁVEL 40 mg	Administrar 40 mg, IV, de 24/24 horas,



Universitário
Lagarto

PRESCRIÇÃO

ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Identificação

Unidade: AZUL

035977/8

PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - UNIDADE AZUL

CID : FRATURA SUBTROCANTÉRICA

Folha 2/2

Data da Internação: 27/08/2018

Validade: de 27/08/2018 00:17 h. a 27/08/2018 10:00 h.

27/08/2018,00:25h.

Dr. ERICO DE PINHO MENEZES CRM: 3501 SE

00 : 30

Lilia Feitosa Filgueira
Lilia Feitosa Filgueira
COREN-SE 360.020
COREN-SE

Identificação

ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Universitário
Universitário
Lagarto
PRESCRIÇÃO

UFSCM_MP_PRCR
27/08/2018 00:25:54
N 1200

035977/8

PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - UNIDADE AZUL

CID : FRATURA SUBROCANTEÍRICA

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

1. Livre	obs.: DIETA LIVRE	<i>28/08/18 - 20/05 - Dieta zero pontos 00/06 HS</i>	<i>Livre</i>
----------	-------------------	--	--------------

CUIDADOS

2. Controle de sinais vitais, de 6/6 horas	<i>J2</i>	<i>Aprazamento</i>
3. Repouso no leito, contínuo	<i>T= cont.</i>	
4. Curativo pequeno, 1 x ao dia	<i>M</i>	

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	<i>500 500</i>
6. DIPIRONA INJETÁVEL 500MG/ML 2 ML 500 mg/mL	Administrar 1.000 mg, IV, de 6/6 horas, obs.: EV, infusão 1mL/min.	<i>J2 18 24 06</i>
7. CETOPROFENO 100MG IV 100 mg	Administrar 100 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: EV: 20 minutos (infusão lenta).	<i>07/8 16 24</i>
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.	<i>505</i>
9. METOCLOPRAMIDA INJETAVEL - 2 ML 5 mg/mL	Administrar 10 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: Se náuseas ou vômitos	<i>505</i>
10. OMEPRAZOL INJETÁVEL 40 mg	Administrar 40 mg, IV, de 24/24 horas,	<i>06/06</i>
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.	<i>20/20</i>



Universitário
Lajeiro

PREScrição

ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Unidade: AZUL

Identificação

Dr. Thiago R. do Nascimento
CRM 3702

Naithony Carvalho Nascimento

Enfermeira

COREN-SE 480 069 035977/8

14.35

PRESCRIÇÃO

Unidade: 1 - 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.

28/08/2018, 14:11h.

Dr. THIAGO FRANCISCO DO NASCIMENTO CRM: 3702 SE

*F. M. T. O.
F. M. T. O.*

ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Unidade: AZUL

**Universitário
Lagarto**

PREScrição

Identificação

035977/8

PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - 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	U.R. 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,	08
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.	S/N



Hospital Universitário
Lagarto

PREScrição

Identificação

ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Unidade: AZUL

035977/8

PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - UNIDADE AZUL

CID : FRATURA SUBTROCANTÉRICA

Folha 2/2

Data da Internação: 27/08/2018

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.	✓ 16 22 09

Dr. JOSE CLEANES NUNES MOTA CRM: 1783 SE

29/08/2018, 17:29h.

Bruna G.F.
CRM: 1783 SE
Ago/18



Universitário
Lagarto

PREScrição

Identificação

ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Unidade: AZUL

035977/8

PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - CLINICA CIRURGICA

CID : FRATURA SUBROCANTEIRA

Data da Internação: 27/08/2018

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 horas 18 horas 24 horas</i>
3. Repouso no leito, contínuo		<i>I= T= curar</i>
4. Curativo pequeno, 1 x ao dia		<i>curar</i>

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	<i>24 horas</i>
6. DIPIRONA INJETÁVEL 500MG/ML 2 ML 500 mg/mL	Administrar 1.000 mg, IV, de 6/6 horas, obs.: EV, infusão 1mL/min.	<i>12 horas 18 horas 24 horas</i>
7. CETOPROFENO 100MG IV 100 mg	Administrar 100 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: EV: 20 minutos (infusão lenta).	<i>12 horas 18 horas 24 horas</i>
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.	<i>12 horas 18 horas 24 horas</i>
9. METOCLOPRAMIDA INJETAVEL - 2 ML 5 mg/mL	Administrar 10 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: Se náuseas ou vômitos	<i>SO, 12 horas 18 horas 24 horas</i>
10. OMEPRAZOL INJETÁVEL 40 mg	Administrar 40 mg, IV, de 24/24 horas,	<i>12 horas 18 horas 24 horas</i>
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.	<i>12 horas 18 horas 24 horas</i>



ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Leito: 401E

Identificação

Rashânia Neneses Mendonça
COREN-SE 140839 ENFE

035977/8

PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - 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.	18 22 02

30/08/2018,09:30h.

Dr. Jaime Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 4530/SE-11983

Dr. JAIME DE ANDRADE CAVALCANTI NETO CRM: 4530SE



Universitário
Lagarto

PREScrição

ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Leito: 401E

Identificação

035977/8

PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - CLINICA CIRURGICA

CID : FRATURA SUBTROCANTÉRICA

Folha 1/2

Data da Internação: 27/08/2018

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

I= T=

3. Repouso no leito, contínuo

4. Curativo grande, 1 x ao dia

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

5/60 5/60

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 12 30 30

7. CETOPROFENO 100MG IV 100 mg

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

12 12 00 00

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.

5/60 5/60

9. METOCLOPRAMIDA INJETAVEL - 2 ML 5 mg/mL

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

5/60 5/60

10. OMEPRAZOL INJETÁVEL 40 mg

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

0/60 0/60

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 20 00 00



Universitário
Lagarto

PRESCRIÇÃO

ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Leito: 401E

Identificação

Rosângela Meneses Mendonça
COREN-SE 148839 ENP
11h.

035977/8

PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - CLINICA CIRURGICA

CID : FRATURA SUBROCANTEIRA

Folha 2/2

Data da Internação: 27/08/2018

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 22 06/08/18</i>
13. LACTULOSE SOLUÇÃO ORAL - 120 ML 667 mg/mL	Administrar 20 mL, VO, de 12/12 horas,	<i>ix 22 06/08/18</i>

Dr. Wagner Lucena
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 4255 CREMED 26023

Dr. WAGNER LIMA DE LUCENA CRM: 4255 SE

31/08/2018, 10:06h.

Dr. Wagner Lucena
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 4255 CREMED 26023




Universitário
Lagarto
PREScrição

ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Identificação

Leito: 401E

035977/8

PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - CLINICA CIRURGICA

CID : FRATURA SUBTROCANTÉRICA

Folha 1/2

Data da Internação: 27/08/2018

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 12 18 24 06
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 Parfa


 Universitário
 Lagarto
PREScrição

Identificação

ELENILTON JOSE DOS SANTOS

 Leito: 401E

PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - 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

12. CEFAZOLINA 1.000 mg

Administrar 1.000 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: Administrar 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

13. LACTULOSE SOLUÇÃO ORAL - 120 ML 667 mg/ml

Administrar 20 mL, VO, de 12/12 horas,

Dr. FRANCISCO GILSON TEIXEIRA SANTOS CRM: 4003

01/09/2018, 09:03h.

16/09/2018
ELENILTON JOSE DOS SANTOS
CRM: 4003

Dr. Gilson Teixeira Santos
CRM: 4003
Onopedia/SE: 4003

ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Leito: 401E

Identificação

Universitário
Legílio

PRESCRIÇÃO

035977/8

PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - CLÍNICA CIRURGICA
CID : FRATURA SUBTROCANTÉRICA

Folha 1/2

Data da Internação: 27/08/2018

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

** Reimpressão **

DIETA	
1. Livre	obs.: DIETA LIVRE

CUIDADOS	
2. Controle de sinais vitais, de 6/6 horas	
3. Repouso no leito, contínuo	= T=
4. Curativo grande, 1 x ao dia	
MEDICAMENTOS	
POSOLOGIA	DOSAGEM
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 0/6 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.

Identificação

Dr. Cláudio Traumatologista
Ortopedista Arq. SE AFISS
0359778

DEPARTAMENTOS DE SANTOS
DEPARTAMENTO DE SINTETICOS
ESTUDO NÃO VERIFICADO

11 ABR 2018

Rua Manoel S. Lopes, 751 - Centro - Santos - SP

ELENILTON JOSE DOS SANTOS
Universitário
Lagarto

PRESCRIÇÃO

Leito: 401E

N 1972

01/09/2018 09:28:16

KPRM_MP_FRCR

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:



Universitário
Lajarto

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, eupnéico, 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 subtrocantérica 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 succção 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
Bruna RAVENA BEZERRA DE SOUSA

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 subtrocantérica fêmur Direito

Notas Adicionais:*Jose Cleanes Nunes
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 1788 TEOF 5516***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, consciente, 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, addome 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
COREN-SE 480.261



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 subtrocantérica 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+.

MMID 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 TEOF-11983

Identificação

Paciente: ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Prontuário: 35977/8



Hospital Universitário
Lagarto
EVOLUÇÃO

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

Nº 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 coloborativo abdome timpânico em uso de dreno sanfonado no leito acordado afebril eupneico

Notas Adicionais:



Rosivania Meneses Mendonça
COREN-SE 140839 ENF³

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 subtrocantérica 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+.

MMID 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

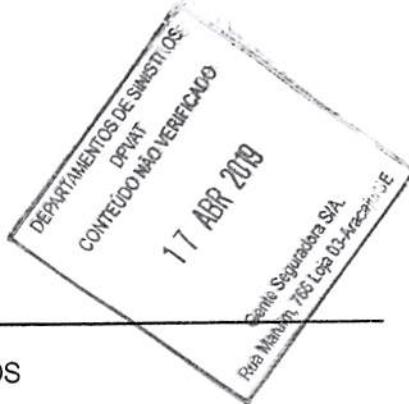
Pós operatório de Redução cirúrgica com fixação da fratura subtrocantérica fêmur direito

CD - RETIRO SVD E DRENO

- SOLICITO NOVO HEMOGRAMA (HB -6,0)
- AGUARDANDO LABORATORIO PARA AVALIAR ALTA

Notas Adicionais:

Dr. Wagner Lima
CRM-SE 14562
Título de Especialista (TEO) 14562
CRM-SE 4255 CREMESP 26023



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

Nº 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 ENF^a

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 PROXIMALD
- 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/Tranumologia
01/09/2018

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:



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



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 subtrocantérica 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 oclusivo.

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 Gonçalves dos Santos
Enfermeira
CORENSE 230461

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

Lilia Feitosa Filgueira
COREN - SE 360.020 - ENF

27/08/2018,01:15 h.

Enf LILIA FEITOSA FILGUEIRA COREN: 360020 SE



PREScrição DO PACIENTE -
ENFERMAGEM

Id
ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Unidade: 11 - UNIDADE AZUL

035977/8

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

Eleuterio de Souza S. de S. S. S.

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

por 90 dia(s).

route

CID: S72



29/11/18
Data: 29 / 11 / 18

Dr. Thiago E. do Nascimento
CRM 3702

Médico (Assinatura e Carimbo)

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

Flávia Lúcia de Souza,

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

por 120 (cento vinte) dia(s).

CID: S72

Data: 26/08/18

Dr. José Célio Nunes Mota
Ortopedia - Traumatologia
CRM 1793 - TECIT 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
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
<p>Lilia Feitosa Filgueira COREN-SE 360.020 - ENF</p>		
27/08/2018,01:14 h.		Enf LILIA FEITOSA FILGUEIRA COREN: 360020 SE

PF
LILIA FEITOSA FILGUEIRA
COREN-SE 360.020

PRESCRIÇÃO DO PACIENTE -
ENFERMAGEM

Id
ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Unidade: 11 - UNIDADE AZUL

035977/8

PRESCRIÇÃO DO PACIENTE - ENFERMAGEM

Folha 1/2

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

DIAGNÓSTICOS/CUIDADOS		DOR AGUDA - TRAUMA	FREQUÊNCIA
1.	Auxiliar na mudança de decúbito	12 X ao dia	10 14 16 18 20 22 24 02 04 06 08
2.	Avaliar dor utilizando escala de intensidade	atenção	10
3.	Comunicar alterações durante a infusão de analgésia	atenção	
4.	Estimular autocuidado	I= T=	
5.	Evitar procedimentos durante sono do paciente	atenção	
6.	Inspecionar 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		manhã	
10.	Realizar curativos	de 6/6 horas	10 14 06
11.	Verificar sinais vitais		
RISCO DE QUEDAS - MOBILIDADE PREJUDICADA		manhã	
12.	Auxiliar no banho de chuveiro	atenção	
13.	Avaliar intensidade da dor	atenção	
14.	Comunicar sinais de dor	atenção	
15.	Manter grades no leito	atenção	

Id: **ELENILTON JOSE DOS SANTOS**

PRESCRIÇÃO DO PACIENTE -
ENFERMAGEM

035977/8

Unidade: 11 - UNIDADE AZUL

27/08/2018 17:02:43

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

27/08/2018,17:02 h.

Carlos Alves dos Santos
Coren-SE 541676-ENF

Enf CARLOS ALVES DOS SANTOS COREN: 541676 SE

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.
<i>Carlos Alves dos Santos</i>	Coren-SE 541676-ENF
Enf CARLOS ALVES DOS SANTOS COREN: 541676 SE	
27/08/2018,17:02 h.	
Folha 2/2	

PREScrição DO PACIENTE - ENFERMAGEM

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

27/08/2018,17:02:43

N 3

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=	cont
5. Evitar procedimentos durante sono do paciente		atenção
6. Inspecionar 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=	cont
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA - EXCREÇÕES		
10. Realizar curativos		manhã
11. Verificar sinais vitais		de 6/6 horas 1 2 1 2 1 2 1 2
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


 Unimed Aracaju
 Unimed

PRESCRIÇÃO DO PACIENTE - ENFERMAGEM



Id _____
ELENILTON JOSE DOS SANTOS

 Unidade: 11 - UNIDADE AZUL. 035977/8

PRESCRIÇÃO DO PACIENTE - ENFERMAGEM

Folha 2/2

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

~~Nathany Carvalho Nascimento~~
~~Enfermeira~~
~~COP-FNACF 480869~~

29/08/2018,09:37 h.

Enf NATHANY CARVALHO NASCIMENTO COREN: 480869 SE

PRESCRIÇÃO DO PACIENTE - ENFERMAGEM

29/08/2018 09:37:11

Unidade: 1 - UNIDADE AZUL

035977/8

ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Elenilton
Unidade Azul
1 - 4º Piso

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, abdomen 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, abdomen globoso, flácido, dieta aceita, AVP fluente. Sem queixas no momento. Segue aos cuidados.

Notas Adicionais:

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



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 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	DOR AGUDA - TRAUMA	FREQUÊNCIA
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. Inspecionar a pele em busca de pontos hiperemiados ou isquêmicos		atenção
6. Tranquilizar paciente		I= T=
7. Realizar banho de leito	DÉFICIT NO AUTOCUIDADO: BANHO E OU HIGIENE - IMOBILIDADE	manhã
8. Realizar curativos	INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA - EXCREÇÕES	manhã
9. Verificar sinais vitais		de 6/6 horas
10. Avaliar intensidade da dor	RISCO DE QUEDAS - MOBILIDADE PREJUDICADA	atenção
11. Comunicar sinais de dor		atenção
12. Manter grades no leito		atenção

Josivaldo Dias da CRUZ
COREN: 230693-ENF

Enf JOSIVALDO DIAS DA CRUZ COREN: 230693 SE

30/08/2018,00:31 h.

ELENILTON JOSE DOS SANTOS


Universidade
Estadual
de São Paulo
São José do Rio Preto

PREScriÇÃO DO PACIENTE -
ENFERMAGEM

035977/8

Leito: 401E

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Registro de Controles do Paciente

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

3. BALANÇO HÍDRICO

Total de Volumes Administrados:
Total de Volumes Eliminados:
Balanço Hídrico:

0,00
0,00
0,00

Identificação

ELENILTON JOSE DOS SANTOS



[Handwritten signature]
Josévaldo Pedrota de Lima
Téc. de Enfermagem
COREN-SE 687159

Registro de Controles do Paciente

Registro de Controles do Paciente

folha: 2 / 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 as 06:20 hs

Total de Volumes Eliminados:
Balanço Hídrico:

Identificaçāo

ELENILTON JOSE DOS SANTOS

H
Universitário
Lagarto

Registro de Controles do Paciente

28/08/2018 06:20:14

035977/8

Registro de Controles do Paciente

folha: 1 / 1

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Prontuário: 0359778

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

	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	FC (bpm)	FR (bpm)	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. Alerídos sutis vilais e verificada glicemia capilar. Sem mais.	Informado por: GEOVANIO 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

*Giovânia de Melo Cavalcante
 COREN/SE/335612-16*

Identificação



Universitário
 Lajarte

Registro de Controles do Paciente

0359778

27/08/2018 18:30:29

Página: 1 / 1

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.

Profissionais						
Anotações				Informado por: GEOVANIO DE MELO CAVALCANTE, COREN: 335612 SE às 12:33		
PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	FC (bpm)	FR (bpm)	Tax (°C)	SAT (%)	GCAP (mg/dl)
27/08 12:00 110	60	84	21	36	96	147

3. BALANÇO HÍDRICO

Total de Volumes Administrados:

0,00

Total de Volumes Eliminados:

0,00

Balanço Hídrico:

0,00

Giovanni de Melo Cavalcante
COREN-SE 335612-TE

Identificação

ELENILTON JOSE DOS SANTOS

 Universitário
Lagarto

Registro de Controles do Paciente

035977/8

27/08/2018 12:33:18

Página: 1 / 1

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 médica de dieta zero a partir das 23h. No momento queixa-se de algia em MID. Administrado tramadol injetável 100mg IV conforme prescrição médica. 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 sf 0,9% 500ml IV conforme prescrição médica. 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 médica. 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 médica. 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 médica. 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

3. BALANÇO HÍDRICO

Total de Volumes Administrados: 0,00



28/08/2018 06:20:14

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: 03597778

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

	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	FC (bpm)	FR (mpm)	Tax (°C)	SAT (%)	GCAP (mg/dL)	Anotações	Prolissionais
28/08 18:00	120	80	100	20	37.2	97	189	Faciente 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. Aleridos sutis vitais e verificada glicemia capilar. Sem mais.	Informado por: GEOVANIO DE MELO CAVALCANTE, COREN: 335612 SE às 18:02

3. BALANÇO HÍDRICO

Total de Volumes Administrados:

Total de Volumes Eliminados:

Balanço Hídrico:

0.00
0.00
0.00

Geovâni de Melo Cavalcante
COREN-SE 335612-11

Identificação

ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Universitário
Iayanto
Registro de Controles do Paciente

03597778

28/08/2018 18:10:23

Página 1 / 1

Registro de Controles do Paciente

folha: 1 / 1

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Prontuário: 0359777/8

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)	PAD (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.	Informado por: CARLOS HENRIQUE ANDRADE DOS SANTOS, COREN: 423848 SE às 20:19
28/08 22:00						Segue em observação sem queixas em companhia de familiar.	Informado por: CARLOS HENRIQUE ANDRADE DOS SANTOS, COREN: 423848 SE às 22:34
29/08 00:00	110	70	72	14	36,8	Aferido SSVV, administrado medicação de horário, segue sem queixas.	Informado por: CARLOS HENRIQUE ANDRADE DOS SANTOS, COREN: 423848 SE às 03:24
29/08 02:00						Encontra-se em repouso no leito.	Informado por: CARLOS HENRIQUE ANDRADE DOS SANTOS, COREN: 423848 SE às 03:25
29/08 04:00						Segue no leito, sem queixas.	Informado por: CARLOS HENRIQUE ANDRADE DOS SANTOS, COREN: 423848 SE às 06:08
29/08 04:30						Renovado soroterapia.	Informado por: CARLOS HENRIQUE ANDRADE DOS SANTOS, COREN: 423848 SE às 06:09
29/08 06:00	140	74	88	14	36	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.	Informado por: CARLOS HENRIQUE ANDRADE DOS SANTOS, COREN: 423848 SE às 06:12

3. BALANÇO HIDRÍCO

Total de Volumes Administrados:

0,00

Total de Volumes Eliminados:

0,00

Balanço Hídrico:

0,00

Identificação



Universitário
Lajardo

Registro de Controles do Paciente

ELENILTON JOSE DOS SANTOS



Carregado no Sistema: 29/08/2018 06:14:28

0359777/8

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.

PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	FC (bpm)	FR (bpm)	Tax (°C)	SAT (%)	GCAP (mg/dL)	Anotações		Profissionais
							Informado por: CLESEMARY SOUZA DOS SANTOS, COREN: 92065 SE às 10:43	Informado por: CLESEMARY SOUZA DOS SANTOS, COREN: 92065 SE às 10:44	
28/08 07:30							Paciente em maca, calmo, orientado, acianótico, eufônico, 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		
28/08 08:00							Administrado profenid IV.		
28/08 09:00							Banho no leito, estética e limpeza do leito. Realizado curativos na perna E e no braço D com S.F. 0,9% e AGE.		
28/08 10:00							Renovado soroterapia.		
28/08 12:00	110	70	80	20	36,3	99	Aferido sinais vitais. Administrado dípirona 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.		

3. BALANÇO HIDRÍCO

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

Identificação

ELENILTON JOSE DOS SANTOS



Registro de Controles do Paciente

035977/8

Página: 1 / 1

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 (bpm)	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. Administrado 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

 <p>Universitário Lagarto</p> <p>Registro de Controles do Paciente</p>	<p>Identificação</p> <p>ELENILTON JOSE DOS SANTOS</p> <p>035977/8</p>
---	---

29/08/2018 12:57:54

Página: 1 / 1

Registro de Controles do Paciente

folha: 2 / 2

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: ALIETE FERREIRA SANTOS

Prontuário: 034136/2

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

2. Controles do Paciente - Período de 29/08/2018 às 07:25 hs até 30/08/2018 às 07:25 hs.

0,00

0,00

0,00

Total de Volumes Eliminados:

Balanço Hídrico:

Identificação

ALIETE FERREIRA SANTOS

H
Hospital Universitário
Lagarto

034136/2

Leito: 403D
Registro de Controles do Paciente
30/08/2018 07:25:52

Página: 2 / 2

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 (bpm)	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. Administrado 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
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, normotensão, 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 subtrocantérica D; consciente e orientado, verbalizando. nega alergia medicamentosa. punctionado 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 - 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



30/08/2018 07:28:24

Identificação

ELENILTON JOSE DOS SANTOS

Leito: 401E

035977/8

Página: 1 / 2

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 (bpm)	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, acampainhado 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



Identificação
ELENILTON JOSE DOS SANTOS
Leito: 401E 035977/8

Valdir Fernandes A. Junior
COREN: 587437-TE

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 (ppm)	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, normotensão, 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 subtrocantéria D; consciente e orientado, verbalizando, nega alergia medicamentosa. punctionado 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 - Anestesista instala cateter nasal de O2 - 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

3. BALANÇO HÍDRICO

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

Rui A. P. Barroso
COREN: SE 211282 TE
[Assinatura]



29/08/2018 18:36:17

Identificação

ELENILTON JOSE DOS SANTOS

035977/8

Página: 1 / 1

Nome do Paciente:

do Paciente: Elenilton José dos Santos

Paciente:

Elenilton José dos Santos

Enfermaria:

401-E

Data da Admissão:

Data / Hora	Evolução
30/08/18 15:00	<p>Paciente evolui restituído ao leito em DD. Alertado de imediato, expreco responso, apresentando boa expansibilidade torácica an- teoposterior em VEF. Aumento de 02, Ssat: 99%, Fi: 14,6pm, FR: 18lpm, PA: 130x60 mmHg, AR: MVT. A/ RA em AHTx. Realizada exodontia e reexpansão torácica d/ int. profunda e exq. fragmento d/ friso fibral.</p> <p><i>R.A.J.</i></p> <p>FISIOTERAPEUTA CREDITO - 488741</p>

01.09.18
01:10

HEMOSE - A.T LAGARTO	
NOME ELENILTON DE SOUZA SANTOS	
Nº REG	GS 0 +
NB	0128180725027 GS 0 +
DT	01.09.18 TEC <u>6/02/18</u>
HI	T ENF

01.09.18
16:45

HEMOSE - A.T LAGARTO	
NOME Elenilton de Souza Santos 352 ml	
Nº REG	GS 0 +
NB	0128180730019 GS 0 +
DT	TEC <u>lumbricoides</u>
HI	T ENF



PRÉ-OPERATÓRIO

Cliente: Elenilton Jose dos Santos

Estado civil: Solteiro Religião:

Cirurgia proposta: Fratura Subtrocanterica Direita

Pot. contaminação cir. proposta: Limpida

Sinais vitais: PA: 132X70 mmHg Peso: 97 b T: 36,5 0°C FR: 18 m Peso: Kg Estatura: cm

CONDICÕES GERAIS

SPO₂ = 98

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

Próteses: não sim Qual? Ritracol

Preparo: higiene corporal tricotomia esvaziamento vesical esvaziamento intestinal jejum a partir de: 23 h

Anotações de enfermagem: Admitido no cc paciente consciente orientado, verbalizando, anestetico eufônico em AA, realizado troca de AVP MSD (julho 20)

8/03/2013
COREN-BA
34

Enfermeira responsável

TRANSOPERATÓRIO

Entrada no Centro Cirúrgico

Horário: 14:30

Data: 29/08/18

Medicação pré-anestésica: sim não

Anotações de enfermagem: Admitido no S04 em mara, eufônico em AA, realizado a instalação da monitorização + oximetria. Realizado cateterismo venoso 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 raqui local sedação

Horário início: 14:40 h Horário término: _____ h

Cirurgia realizada: Fratura Subtrocanterica Direita Pot. de contaminação: Limpida

Posição cirúrgica: Decúbito Dorsal

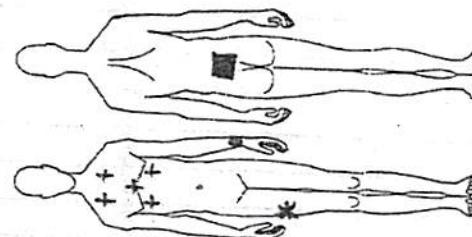
Cirurgião: Blamer

Exames: Anatomopatológico: sim não

Biópsia: sim não

Cultura: sim não

Localização de equipamentos: ver legenda



Número de compressas:

oferecidas: _____

recolhidas: _____

Curativos: não sim local: _____

Aspecto: limpo secreção sanguinolenta

secreção purulenta

Drenos/Sondas/Cateteres: sim não

Dreno: KHER PENROSE SUCTOR DVP TÓRAX

cordas

Sondas: SNG vesical

Cateter: peridural oxigênio outros: _____

local: _____

Gesso: sim não

Local: MSD MSE MID MIE outros: _____

Evolução/intercorrências de enfermagem: Procedimento cirúrgico realizado sem intercorrências

Enfermeiro(a): _____

ZW

Circulante: _____

BS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Entrada REPAI: 18:20 h

Saida 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	1	1	
Cor da Pele	1	1	1	1	
ÍNDICE AK					
PA	159/128	131/63	129/56	126/64	
FC	112	77	95	73	
FR	—	—	—	—	
Temperatura	—	—	—	—	
SpO2	93	92	91	97	
Diurese	+/SVD	+/SVD	+/SVD	+/SVD	
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 ictericia	Corada
Escala de Dor			
	0	Ausente	
	1	Leve	
	2	Moderada	
	3	Intensa	
	4	Insuportável	

Anotações/prescrições de enfermagem: Paciente admitido no SRPA em PO I, fratura subtroclear direita, vindo sob efeito do anestesiota. Fosciente, orientado, verbalizando, anestetico. Espneico em AA, curativo limpo e seco em MI D. Ausência de dor, diurese presente com volume de 300 ml (presença de grumos). Segui sob os cuidados da equipe de enfermagem. Em tempo com dreno (d) suco no local direita. Acadêmico de Enfermagem - UFS - Fanny Karine M. do Nascimento. *30/07/2014*

Medicações administradas:

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

Qual?

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

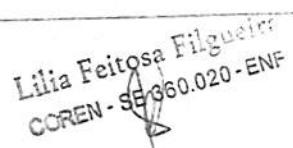
Evolução (Corrente)

E. J. S., 33 anos, sexo masculino, solteiro, pardo, estudou 1º grau incompleto, proveniente de Lagarto. Trazido p vitima 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 clínica.

11248 caracteres restantes.

Concluir

Deixar Pendente



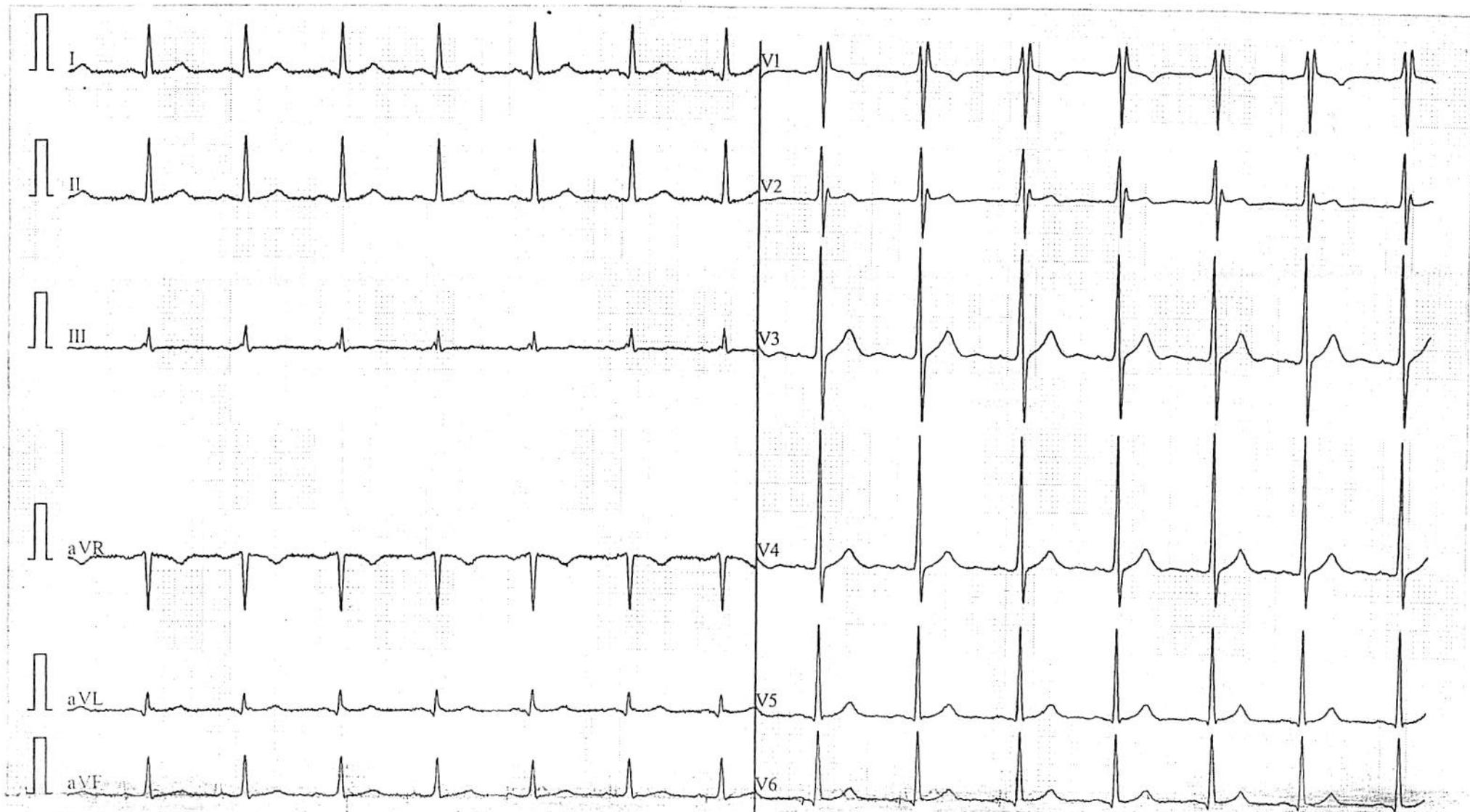
Nota Adicional

ID : 1 ELENILTON JOSE SANTOS

33Anos

Homem

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/SVI	: 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.Media:	32	(32,0 a 36,0 g/dL)
RDW.....	12,5	(11,0 a 14,5 %)

LEUCOGRAMA

	Leucocitos /mm ³ ..:	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

INICA BIOEXAME

dereco: AV. BRASILIA S/N - EXPOSICAO/LAGARTO
ciente: ELENILTON JOSE DOS SANTOS
ta....: 27/08/2018 - 02:08
dico...: DR(a) ERICO MENEZES

FOLHA: 2

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

ME -GLICOSE

Metodo....: 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

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

FOLHA: 1

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

DEPARTAMENTO DE HEMATOLOGIA**ME -HEMOGRAMA COMPLETO**

Método....: AUTOMATICO ABX MICRO 60

Material..: SANGUE

Resultado.: ERITROGRAMA

	V. Encontrado	V. Normal
Eritrocitos.....	2,0	(4,3 a 6,0 milh/mm ³)
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.Media:	32	(32,0 a 36,0 g/dL)
RDW.....	13,5	(11,0 a 14,5 %)

LEUCOGRAMA		
	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)

AME -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

LINICA BIOEXAME

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

Paciente: ELENILTON DE SOUZA SANTOS

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

Medico...: DR(a) JAIME NETO

FOLHA: 1

Ara: 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/mm ³)
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 /mm ³ ..	(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)
(: Criança 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

José Leite do Nascimento
CRBM-NI 8874
Biomédica

Obs.: P. 118 O valor preditivo dos testes laboratoriais depende de situação clínico-epidemiológica do(a) paciente

CLINICA BIOEXAME

Endereço: AV. BRASILIA S/N - EXPOSICAO/LAGARTO
 Paciente: ELENILTON JOSE DOS SANTOS
 Data: 02/09/2018 - 12:39
 Clinico.: DR(a) GILSON TEIXEIRA

FOLHA: 1

DEPARTAMENTO DE HEMATOLOGIA**-HEMOGRAMA COMPLETO**

Metodo....: AUTOMATICO ABX MICRO 60

Material...: SANGUE

Resultado.: ERITROGRAMA

	V.Encontrado	V.Normal	LEUCOGRAMA
Leucocitos /mm ³ ..:	9.500	(3.600 a 11.000)	Leucocitos /mm ³ ..: 9.500 (3.600 a 11.000)
	N.Relativos	N.Absolutos	
Eritrocitos.....:	2,9 (4,3 a 6,0 mil/h/mm ³)	Basofilo.....: 0,0 (0-2)	Basofilo.....: 0,0 (0-2)
Hemoglobina.....:	8,9 (13,6 a 17,8 g/dL)	Eosinofilo.....: 1,0 (1-4)	Eosinofilo.....: 1,0 (1-4)
Hematocrito.....:	26,8 (41,0 a 54,0 %)	Metamielocitos...: 0,0 (0-1)	Metamielocitos...: 0,0 (0-1)
Vol. Globular Medio..:	92 (80,0 a 100,0 f1)	Bastões.....: 5,0 (2-5)	Bastões.....: 5,0 (2-5)
Hemogl.Glob. Media..:	31 (27,0 a 33,0 pg)	Segmentados....: 69,0 (36-66)	Segmentados....: 69,0 (36-66)
Conc. de Hem.Gl.Media:	33 (32,0 a 36,0 g/dL)	Linfocitos.....: 20,0 (22-44)	Linfocitos.....: 20,0 (22-44)
RDW.....:	14,7 (11,0 a 14,5 %)	Monocitos.....: 5,0 (3-10)	Monocitos.....: 5,0 (3-10)

-CONTAGEM DE PLAQUETAS

Metodo....: AUTOMATICO ABX MICRO 60

Material...: SANGUE

Resultado.: 311.000 /mm³(140.000 a 400.000 /mm³)

JUSSARA LEITE DO NASCIMENTO
 CRBM: 8874

TERMO DE CONSENTIMENTO

INFORMADO PARA CIRURGIA

Pelo presente instrumento, eu _____, RG: _____, responsável legal pelo paciente Elenilton Lox dos Santos, declaro que fui suficientemente esclarecido(a) pelo médico(a) _____, Cirurgião, CRM _____, sobre o diagnóstico Fratura Subtrocante 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.

Elenilton Lox 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) Yani Machado 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 tópica, 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 frequentes 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.

Elenilton Lox dos Santos
Responsável pelo paciente

Cirurgião/ Carimbo/ Assinatura
Dr. Yani Machado Rodrigues
CRM-SE 4106

Unidade de Origem: _____ Leito: _____ Matrícula: _____
 Paciente: Elaine de Souza Idade: 36
 Diagnóstico Pré-Operatório: FRACTURA SUBSTACANTILIS FEMORAL
 Cirurgia Realizada: Redução fechada c/ Fixo
 Cirurgião: Edmilia Auxiliar: Clarice + Rinaldo
 Anestesiologista: Yrene Anestesia: Regional
 Diag. Pós-Operatório: _____

Tipo de Cirurgia

- Cirurgia Limpa Cirurgia Potencialmente Contaminada
 Cirurgia Contaminada Cirurgia Infectada

Infecção presente à admissão

- Sim Não

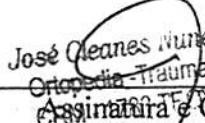
Topologia desta infecção

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

Descrição do ato cirúrgico

- ① Pô DDH Sob sustent em pare de fer
- ② Assg + Antiss
- ③ Colocar coxim grande
- ④ Incisão lateral p/ ferir flexur
- ⑤ Ferir p/ glau + Hemor
- ⑥ Fixar o fustur c/ Plau DES 95° d
- ⑦ 08 ferir dilatfur dilat 75x6 parafer intus
- ⑧ Frotar
- ⑨ Colocar p/ glau
- ⑩ Colocar

Data: 27/8/18


 José Cleunes Nunes Mota
 Ortopedia - Traumatologia
 Assinatura e Círculo do Cirurgião

Entalado 02 bolsa C-H.
 Alessandra Kely Pires Vieira
 Esfermeira
 CORENSE 247.053
 01-09-38
 02:25



SOLICITAÇÃO NOMINAL DE HEMOCOMPONENTES – SNH

Código:
 FSPH/HC.RQ001
 Revisão nº:03

I – INSTITUIÇÃO SOLICITANTE

Nome: **HOSPITAL REGIONAL MONSENHOR DALTRÔ**

Sigla: **LAGARTO**

II – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo: *Elmerton de Souza Souza*

Cidade/Estado

Data de nascimento: *06/10/84*

Idade:

COR

Sexo: F M

Nome da Mãe

Enfermaria:

C.C.I.R.

Nome do Pai

401

III – TIPO DE TRANSFUSÃO

Reserva para: *11*

Nº DE REGISTRO:

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)

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 Cítricos

Indicação da Transfusão:

Hb 6.0

IV – HISTÓRICO TRANSFUSIONAL

Sim

Hospital:

Não

Não informado

Politransfusional

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:

Alta-metildopa:

Imunossupressores:

Quimioterápicos:

Outros:

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

CH Ht: *111* % Hb: *9.2* g/dL data: *39/09/11*

CR Fibrinogênio: _____ data: *1/1/11*

CP Cont. de plaquetas: _____ data: *1/1/11*

PF TAP: _____ PTT: _____ data: *1/1/11*

IX – PRODUTOS HEMOTERÁPICOS SOLICITADOS

HEMOCOMPONENTE	UNIDADE(S)	VOLUMES	TEMPO DE INFUSÃO
Concentrado de Hemácias	<i>02</i>		
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

JUCENO
 Dr. Wuyi
 Ortopedista e Traumatologista
 Titular da Especialidade (201) 14552
 CRM-SE 26023
 CRM-BA 44744 e CRM

Data: *39/09/11*

Hora: *12.05*

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

Unidades de Saúde que realizam prova de compatibilidade e testes pré-transfusais no HEMOSE enviar AMOSTRA DO PACIENTE, coletada em 01 (1mL) 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, localizar (não, 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 pacienteponente. (RDC 57/ANVISA - Seção XI - "Terapia Transfusional" § 2º - O serviço de hemoterapia não deve aceitar requisitões incompletas, resuadas ou ilegíveis).

XI - PRESENÇA EXCLUSIVA DO LABORATÓRIO DE INUNQUIMATRO S.A.

RECEPÇÃO DA SNH		RECEPÇÃO DA AMOSTRA	LIBERAÇÃO TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS
01.09.18		Data: 01.09.18	Data: 01.09.18
01:05		Hora: 01:07	Hora: _____
Gabio		Técnico: A. DO 2013.	Técnico: Fábio
TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS			

TESTS PRÉ-TRANSFUSIONNAIS

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

DISPENSACAO DO HEMOCOMPONENTE AO SERVICO DE ENFERMAGEM PARA TRANSFUSAO ATRAVES DE DUPLA CONFERENCIA

Sumário de Alta

folha: 1 / 1

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome/ Elenilton Jose Dos Santos
Idade: 33 anos 10 meses Sexo: Masculino
Data internação: 27/08/2018 Data Alta: 03/09/2018
Convênio: Sus
Equipe responsável: Dr. Erico de Pinho Menezes
Centro Custo 1

Prontuário: 035977/8

Leito: 401E

Permanência: 7 dias

DEPARTAMENTOS DE SISTEMAS
DP-VAT
CONTROLE NÃO VERIFICADO

17 ABR 2018

Genésia Andrade Silveira
Rua Manoel, 781 - Centro
Aracaju/SE

2. DIAGNÓSTICOS

Motivos da Internação
fratura subtrocantérica (s72.2)
Diagnóstico principal na Alta
Fratura subtrocantérica (S72.2)

3. EVOLUÇÃO

Subjetivo
5ºDPO de Redução cirúrgica com fixação da fratura subtrocantérica 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+.

MMID 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 subtrocantérica (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
Reconstrutor
CRM: 4354 TOT 14723

Identificação



Hospital Universitário
Lagarto

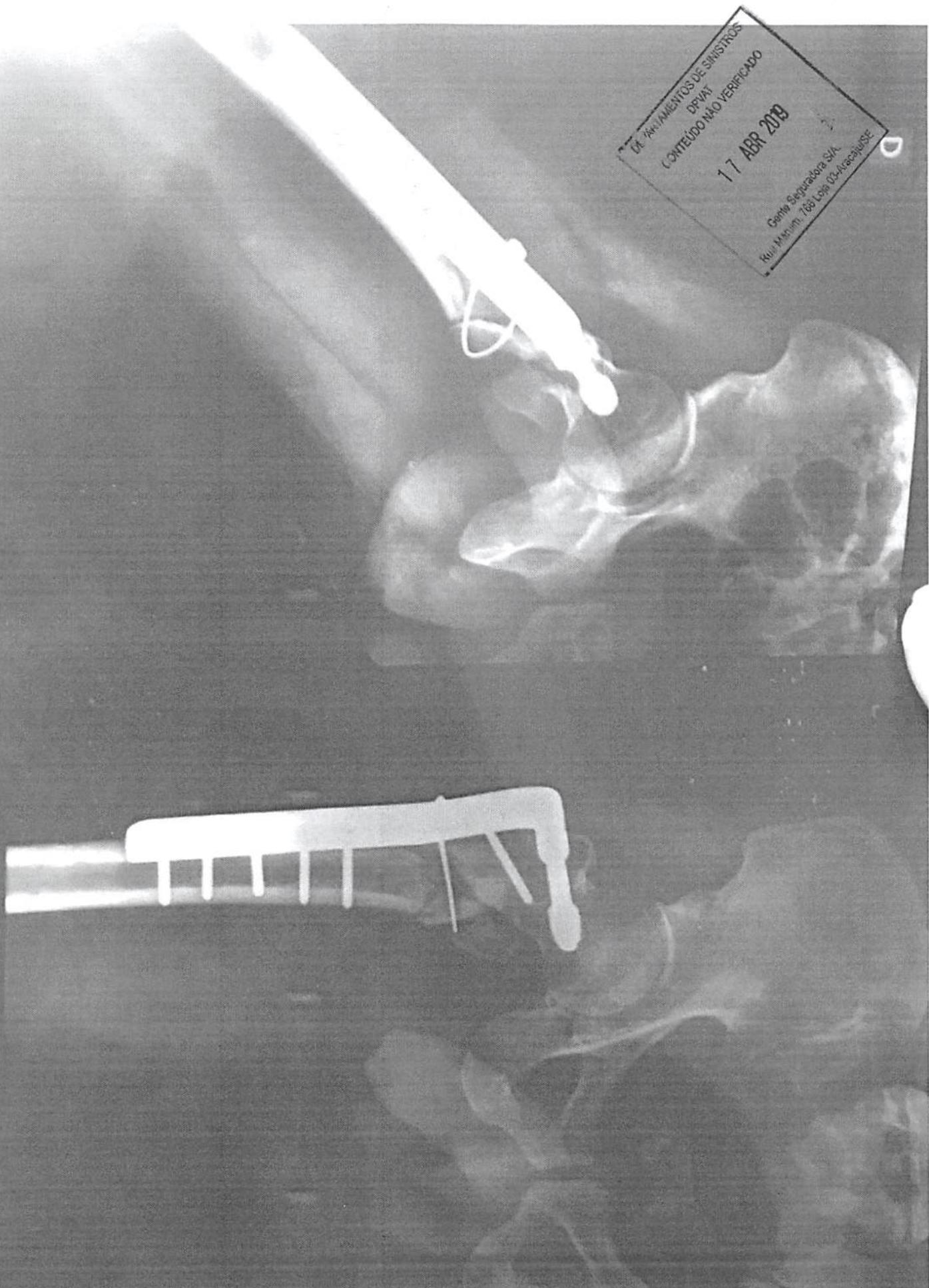
Sumário de Alta

Elenilton Jose Dos Santos

Leito: 401E

035977/8

04. AVALIAÇÕES DE SINISTROS
DPIAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 ABR 2019
Gema Separadora SIA
Kui-Machin, 769 Loja 03-Loja 02-
Scanned with CamScanner



D

Nome: ELENILTON JOSE DOS SANTOS
Data: 30/08/2018

DI 57 FEMUR

ID: 358178

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

Rio de Janeiro, 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, retorno ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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 importando 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



Correios
R\$ 01,95
17.01.20 - 16:50
CARTA
ADF Mariz - RJ

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

DEVOLUGA
Seguradora Líder - DPVAT
CEP: 20.270-971
www.seguradoralider.com.br

Para uso dos correios
Responsável pela informação
Mudou-se Desconhecido Endereço insuficiente Não existe o nº indicado Morador Assente Recusado Falecido Não procurado Data Entregador

CEP: 20.270-970
CAXIA POSTAL 40.970
www.seguradoralider.com.br

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



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**

Dígito 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
DeclaraçãoSituação 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

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/actualize-sua-pagina>) Versão: v.01R

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/actualize-sua-pagina>) Versão: v.01R

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/actualize-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.


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



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

1^a 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:

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 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:

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).

Advista-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**

1^a 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:

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 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:

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**

1^a 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:

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 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:

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, dispenso 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 SILENCIO 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 escrivinha 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 (seiscentsos 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, dispenso 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 escrivinha 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 1^a 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**

1^a 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:

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 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:

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, dispenso 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 SILENCIO 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 escrivaninha 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:

p. 150

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**

1^a 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:

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