



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª 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: 202054101356
Número Único: 0006188-18.2020.8.25.0040
Classe: Procedimento Comum
Situação: Andamento
Processo Origem: *****

Distribuição: 03/11/2020
Competência: 2ª 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: JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES

Endereço: RUA JOSE ALMEIDA BISPO

Complemento:

Bairro: CENTRO

Cidade: LAGARTO - Estado: SE - CEP: 49400000

Requerente: Advogado(a): LAERTE PEREIRA FONSECA 6779/SE

Requerido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

Endereço: Rua Senador Dantas

Complemento:

Bairro: Centro

Cidade: Rio de Janeiro - Estado: RJ - CEP: 20031204

Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

2ª 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**

2ª 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:

202054101356

DATA:

11/12/2020

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20201211160903438 às 16:09 em 11/12/2020.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00645

CONTA: 000000030745-8

Nr. da Autenticação 88DBCE75E77223E5

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200099011 **Cidade:** Uruçuí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES **Data do acidente:** 19/10/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ACETÁBULO Á ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA. (P2/3/8/24/26FC/37/45)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO QUADRIL ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--|--|--|---------------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um quadril | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |

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, 05 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200099011

Vítima: JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES

Data do Acidente: 19/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LAERTE PEREIRA FONSECA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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, 18 de Março de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200099011**

Vítima: JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES

Data do Acidente: 19/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LAERTE PEREIRA FONSECA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

| | |
|------------------|--------------|
| Multa: | R\$ 0,00 |
| Juros: | R\$ 0,00 |
| Total creditado: | R\$ 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000645

Conta: 0000030745-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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: | |
| | 626.485.785-87 | Jackson de Oliveira Tavares | |

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: | | |
| Jackson de Oliveira Tavares | | | 626.485.785-87 |
| 7 - Profissão: | 8 - Endereço: | 9 - Número: | 10 - Complemento: |
| Motorista | Rua José Almada Bispo | 24 | |
| 11 - Bairro: | 12 - Cidade: | 13 - Estado: | 14 - CEP: |
| Centro | Lagarto | SE | 49400-000 |
| 15 - E-mail: | 16 - Tel. (DDD): | | |
| laert@laertfernseca.adv.br | 49 3631-7735 | | |

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: | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 | | |
| 21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | | |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | | |
| AGÊNCIA: 0645 | CONTA: 30745 | 8 |
| (Informar o dígito se existir) | (Informar o dígito se existir) | (Informar o dígito se existir) |
| <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____ | | |
| AGÊNCIA: _____ | CONTA: _____ | (Informar o dígito se existir) |
| (Informar o dígito se existir) | | |

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

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

| | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|
| 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 atenda 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

| | | | | | | |
|--|--|---|--|---|---|-------------------------------|
| 23 - 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 | 24 - Data do óbito da vítima: |
| 25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a): | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: | | |
| 28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou nascituro (varizes)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - 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.

| | | | |
|------------------|---|--|-------------------------------------|
| MORTE | 34 | 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido | 38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ |
| | Impressão digital da vítima ou beneficiário na assinatura | 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido | Assinatura da testemunha |
| NÃO ALFABETIZADO | 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido | 39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ | |
| | 40 - Local e Data, _____ | Assinatura da testemunha | |

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

p. 8

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323

Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinhá

ATESTADO MÉDICO

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

Jackson da Oliveira Carvalho

a) no CPF: _____ paciente sob meus
los. Foi atendido(a) no dia 23/10/19 às _____ apresentando quadro
_____ e necessitando de 15 dias de
so CID-10 S43.0

S3C.4

Dr. Alexandre Magno
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PIA 3520 / CRM-PI 101

Data: 23/10/19

Assinatura e Carimbo



NOME DO PACIENTE:

Joséson de Oliveira Tarales

DATA DA ENTRADA:

08/11/2019 BI - 79985

DATA DA SAÍDA:

23/11/2019

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

INTERNAMENTO:

PS ()

ENFERMARIA ()

UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Henr. de lo no 05 HU SE / O. O. pedra, com histó-
rico de taquicardia e de lesão tibial na
me - PIAUÍ, flog. do pé do SAMU, seguidas de
osteopéia / WA / N. P.

Historia de epizootia-minto serrado em outubro
de 2019, tendo fato de mortalidade naquele
mês e em consequência ao HU SE / O. O.
tumores de natureza de neoplasia.

Artefato pelo corpo geral no 05.
Peculiaridade: exsudado seroso, o exsudado, verda-
do, de falso vermelho, med. das 15, med. das 15, e
tumores, corado, exsudado, exsudado, tor-
cedor, oco.

Exsudado de falso vermelho, o exsudado.
Exsudado em causa coberto, sujo, ver-
so, seu leucos. Resumo - é re-É exsudado.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Abordado d'neurocirurgia que o liberou.

Artefato que agravou geral.

Exsudado que agravou a exsudado de falso ver-
melho, exsudado de falso vermelho, exsudado de falso ver-
melho.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Ex. bora, Ex. coxa d.e.F. Ax. joelho d.e.F. Ax.
exsudado exsudado, Ax. mudo F.

ECG

TC

MÉDICOS ASSISTENTES:

Thiago Leal ORTOPEDISTA CRM 4728 SE
Silviano Fracito Coriol ORTOPEDISTA CRM 380 SE
Joniel Bispo de Andrade Filho-CRMO CRM 1295 SE
Aline Amorim exsudado CRM 5560 SE

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

ARACAJU, 04 de dezembro de 2019

Marco Aurelio Facanha
MÉDICO
CRM - 1814

NCR +

DPO-Transfer
PL VPC

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 79985
CNS:DATA: 08/11/2019 HORA: 15:51 USUARIO: FFCROLIVEIRA
SETOR: 05-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: JACKSON DE OLIVEIRA TAVAERES
 IDADE: 45 ANOS NASC: 13/08/1974
 ENDERECO:
 COMPLEMENTO: BAIRRO:
 MUNICIPIO: LAGARTO
 NOME PAI/MAE: POMPILIO TAVARES
 RESPONSAVEL: SAMU
 PROCEDENCIA: LAGARTO
 ATENDIMENTO: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO
 CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO
 TRAUMA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

Paciente encaminhado do HR Tibério Nunes Fluviano - Piau, trazido pelo SAMU, regulado com Ortopedia via VLR.

Paciente com relato de capotamento em outubro/2019, permanecendo internado no Piau, veio para este hospital para tratamento.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM: mento de fratura em HIE. Equipe multidisciplinar solicitou avaliação da cirurgia geral do PS.

Paciente acordado, consciente e orientado, verbalizando, gesticulando, respondendo perguntas, pupilas isocirculares CID: fotonegativo.

DIAGNOSTICO: fractura de tibia e fíbula ao toque. CID: fotonegativo.

(A) sem cervicalgia PRESCRICAO (B) sem alterações HORAARIO DA MEDICACAO de dor - sem MTD - não consegue fazer classificação do paciente (C) ferimento aberto contuso em couro cabeludo já suturado, siro, sem lesão de visceros frontais, perna - pé esquerdo engessado.

Conduita: (1) Realizar higiene de ferimento em perna esquerda
(2) Avaliação NCR

DATA DA SAIDA: (3) Alta cirurgia Geral
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO HORA DA SAIDA: :
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO [] DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL: ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA-PS

EXAME DE RADIOLOGIA - HUSE
REALIZADO EM: 08/11/19
AS: 14:35 HORAS

REGISTRO: 9366

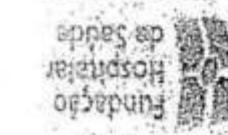
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA-PS

n.t.i.m.

TC Quadril E

n.t.i.m.

| | |
|--|--|
| ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO - SISTEMA DE MANCHESTER | |
| FICHA DE ATENDIMENTO | |
| <p>HUSE</p> <p>Nome: ...</p> <p>Endereço: ...</p> <p>CEP: ...</p> <p>UF: ...</p> <p>City: ...</p> <p>Country: ...</p> | |
| HOspITAL DE IRGENOIA DE SERAPIE GOVERNADOR JOAo ALVES FILHO | |
| ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO - SISTEMA DE MANCHESTER | |
| <p>Nome do Paciente (Sem abreviações):</p> <p>DATA:</p> <p>ETNIA:</p> <p>Nome da Mae:</p> <p>DATA DE NASCIMENTO:</p> <p>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:</p> <p>SITUAÇÃO / OUÉIXA:</p> <p>FLUXOGRAMA:</p> <p>ALERGIAS (MEDICAMENTOS E ALIMENTOS):</p> <p>VERMELHO</p> <p>AMARELO</p> <p>AMARALIA</p> <p>LARANJA</p> <p>MULTO URGENTE</p> <p>URGENTE</p> <p>POUCO</p> <p>POUCO</p> <p>0 MIN</p> <p>10 MIN</p> <p>60 MIN</p> <p>120 MIN</p> <p>240 MIN</p> <p>OBSERVAÇÃO:</p> <p>ENF:</p> <p>ASSINATURA:</p> <p>CORRN:</p> <p>DATA:</p> <p>HORA:</p> <p>RECLASIFICACAO PARA A PRIORIDADE:</p> <p>COORDENADOR:</p> <p>ENF:</p> <p>CORRN:</p> <p>CONFIRMAÇÃO IDENTIFICAÇÃO COM O PACIENTE / FAE / PULSEIRA? (S/N)</p> <p>EM QUALEMPO? (PULSO E / PULSO D / TORNOCLEO E / TORNOCLEO D)</p> <p>COLOCADA PULSEIRA? (S/N)</p> <p>CONFIRMAÇÃO IDENTIFICAÇÃO COM O PACIENTE / FAE / PULSEIRA? (S/N)</p> <p>DISCRIMINADOR:</p> <p>DATA:</p> <p>HORA:</p> <p>CORRN:</p> <p>ENF:</p> <p>ASSINATURA:</p> <p>CORRN:</p> <p>ENF:</p> <p>DESTINO / ENCAMINHAMENTO:</p> | |



Ficha de Encaminhamento

| | |
|------------|----------------------|
| Da Unidade | Para: |
| HATN | Ponta grossa - Anapu |

| | |
|-----------------------------|----------|
| Nome da Pessoa Encaminhada | Registro |
| Jailice de Oliveira Tavares | |

| |
|--|
| Motivo do Encaminhamento |
| 45 dias de uso de cintos de segurança em 19/01/2019 apontando-se potencializado levemente fatores de agravante (b), levando que haja à Envi- mento este paciente em um estabelecimento de referência. Nesse ato outorgado com tal anti-instituição por transcrever. |

| |
|--------------|
| Observações: |
| |

| | |
|---|--|
| John Henrique da Cunha Responsável Pelo Encaminhamento | Obs.: Deve ser arquivada no Centro de Saúde, Unidade Mista e Hospital Local ou Regional. Data: 08 / 11 / 2019 |
|---|--|

Ficha de Retorno

| | |
|------------|-------|
| Da Unidade | Para: |
|------------|-------|

| | |
|------------------|-------------------|
| Nome do Cliente: | Registro Original |
|------------------|-------------------|

| |
|----------------------------|
| Diagnóstico e Orientações: |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| | |
|---|---|
| ____ / ____ / ____ Responsável Pelo Diagnóstico | Obs.: Esta ficha deverá ser devolvida ao local de origem através do próprio paciente devidamente fechada. |
|---|---|

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 9010
 Numero do CNS....: 00000000000000
 Nome.....: JACKSON DE OLIVEIRA TAVAERES
 Documento.....: Tipo :
 Data de Nascimento: 13/08/1974 Idade: 45 anos
 Sexo.....: MASCULINO
 Responsavel.....: POMPILIO TAVARES
 Nome da Mae....: ISABEL ALVES DE OLIVEIRA
 Endereco.....:
 Bairro.....: Cep.: 00000-000
 Telefone.....:
 Municipio.....: 2803500 - - SE
 Nacionalidade....: BRASILEIRO
 Naturalidade....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

DADOS DA INTERNACAO
Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 79985
Clinica.....: 945 - PS VERDE TRAUMA II
Leito.....: 945.0004
Data da Internacao: 08/11/2019
Hora da Internacao: 18:51
Medico Solicitante: 532.948.405-78 - FABIO FRANCA FONTES
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: TSANTOS

INFORMAÇÕES DE SAÍDA

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

EXAME DE RADIOLOGI
REALIZADO EM ____ /
AS ____

DATA: 23 / 11 / 2019.

15º DIH

07

NOME: Jackson de Oliveira Tavares 45anos - A 4.3

DIAGNÓSTICO (S): Fratura Acetáculo à E (OP)

EVOLUÇÃO MÉDICA:

| Medicamentos (Princípio ativo + Concentração) | Horários de Administração |
|---|------------------------------------|
| 1º. Dieta Livre | |
| 2º. Gelco Salinizado | SOS |
| 3º. Kefazol 1 g EV 8/8hs ou Keflin 1 g EV 6/6hs SUSP | 8/8hs |
| 4º. Gentamicina 240mg + SF 0,9% 200 ml EV Ix dia SUSP | - |
| 5º. Dipirona 2ml + 8 ml AD EV ou Paracetamol 40gts VO 6/6hs | - |
| 6º. Nauseodron 8mg EV 08/08hs SOS | 12 18 24 06 SOS |
| 7º. Antak 50mg EV ou 150mg VO 12/12hs / Omeprazol 40mg EV ou VO às 12/12hs | 18 06 - |
| 8º. Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% EV ou VO 8/8hs SOS | SOS |
| 9º. Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% EV 12/12hs SOS | SOS |
| 10º. Captopril 25mg VO 8/8hs se PAS > 180 mmHg e PAD > 110 mmHg SOS | SOS |
| 11º. Glicose 25% 04amp. EV se Glicemia < ou = 80mg/dl SOS | SOS |
| 12º. Clexane 40mg SC 1 x dia ou Heparina 5000UI SC 12/12hs | 20 |
| 13º. Dextro 6/6hs SUSP | |
| 14º Insulina Regular SC, após o dextro. 201 - 250: 02UI 251 - 300: 04UI > ou = 401: 10UI | 301 - 350: 06UI 351 - 400: 08UI |
| 15º. Curativos Diários 1 x dia | (x) SF 0,9% + Gazes. |

| | |
|---------------------------------|---|
| 16º SSVV 6/6hs | |
| 17º Cipro 400mg EV 12/12hs | 5 |
| 18º Clindamicina 600mg EV 6/6hs | |
| 19º Desametasona 1ml EV 6/6hs | |
| 20º Diazepam 10mg VO às 21hs | |
| 21º | |

Enferm. Renata
24/11/2019

Ortopedia e Traumatologia
Centro de Reabilitação
Hospitalar de São Cristóvão

Médico

07

Nome do Paciente: Jackie de Oliveira Tavares Idade: _____ Página: _____
Unidade de Produção: _____ Leito: _____ Nº do Prontuário: _____ Sexo: _____

PEPE LIMA MAIS ALIMENTE COM CAVIAR IN
AMOR 14 MTR, PROLIFERA COM 100% DE AGRAVE (E)
REFUGIO "MIL FIM" LON: MINA
NEON DAWNS AMERICAS E CAVIAR
CAVIA SI INVERNO

2. VIT. ASMA

2/11/19: Pôli Gafanhoto
21m: Possivel infestação de gafanhotos no interior pônei Bandeirante
além de gafanhotos espalhados espalhados Volume 10-75 ml

Dr. Raimundo Cesar S. Santos
Enfermeiro
COPEN 1992



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



Nome do Paciente:

Yock Koon de Oliveira

Idade:

Sexo:

Unidade de Produção:

UFC

Leito;

Nº do Prontuário:

| DATA | HORA | ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM |
|-------|-------|---|
| 03.11 | 18:55 | Paciente adentro na sala procedente sala agradável, acolhedor, visões amarela e azul, segredos auditivos do ego. |
| | 19:15 | Paciente calmo, comuns manifestações de sonhos, apesar, verbalizando. Sem falar |
| | 21:45 | Relaxado, depois do café, calmo, apre- senteu sonho; fumado SF + durou pe- nhum instante de sono de volta ao sono |
| | 23:00 | Alucinado - medo de dorio, paciente pediu auxílio, realizada nova ação com nº de 20 auxílio |
| | 24:00 | Paciente dormindo de sono |
| 01.11 | 06:00 | No leito, sem intercorrências. Sono |
| | 07:00 | no leito sonolento, seguindo manutenção de sono clínico. Supervisão |
| | 09:00 | Encaminhado para o banho da asperme- tologia. Supervisão |
| | 11:00 | Seguiu manutenção quando. Supervisão |
| | 16:00 | Seguiu as ações da enfermeira. Dei fuma- ça |
| | 18:00 | Idem no leito - medicamentos de sono feitos segue os cuidados da enfermeira |
| | 19:00 | Paciente no leito calmo, adorável, a- gradável, acolhedor. Verbalizando frases a voluntaria, faz uso de salinizado, em compaixão da famí- lia e funcionários. Deixou suas casas de origem para a enfermagem. |
| 09 | | |
| 11 | | |
| 19 | | |
| | 20:00 | Informou tratar medicamentos. En- frentar |
| | 21:00 | Paciente acutus clínico violen- |

| DATA | HORA | ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM |
|------|-------|---|
| 23 | 07h | Administração medicamentosa fundamental período. |
| 23 | 10h | paciente segue bem sem ^{sem} Adriana Rodrigues Sacramento TEC DE ENFERMAGEM CORENSE 260629 |
| 24 | 07h | Não há nenhuma p/lo paciente. P/lo paciente se não tem comorb. envolve o campo clínico. |
| 24 | 08h | paciente desorientado. Desorientado quanto aos dias, meses e anos. |
| 24 | 09h | paciente desorientado quanto aos dias, meses e anos. |
| 24 | 08h | paciente bala de bala pelo diajardim |
| 24 | 07h | paciente desorientado quanto aos dias, meses e anos. |
| 24 | 12h | paciente desorientado quanto aos dias, meses e anos. |
| 24 | 13h | paciente desorientado quanto aos dias, meses e anos. |
| 24 | 14h | paciente desorientado quanto aos dias, meses e anos. |
| 24 | 15h | paciente desorientado quanto aos dias, meses e anos. |
| 24 | 16h | paciente desorientado quanto aos dias, meses e anos. |
| 24 | 17h | paciente desorientado quanto aos dias, meses e anos. |
| 24 | 18h | paciente desorientado quanto aos dias, meses e anos. |
| 24 | 20:00 | paciente no seu quarto, desorientado verbalizando um tipo de falso memoriza- ção e desordem. Té. permanecia 260629 |
| 24 | 21:00 | paciente desorientado quanto aos dias, meses e anos. Té. permanecia |
| 25 | 01:00 | paciente no quarto. Té. permanecia |
| 25 | 08h | paciente desorientado quanto aos dias, meses e anos. Té. permanecia |
| 25 | 10h | Paciente no leito, tranquilo, acordado, consciente, orientado, verbalizando, acompanhado por fa- miliar e sem queixa no momento. Té. permanecia |
| 25 | 11h | Realizado cortejo em cima, h/justo de audição em local de suture. Té. permanecia |
| 25 | 12h | Administrado medicamentosa de forma de acordo com prescrição médica. Té. permanecia |
| 25 | 14h | Paciente segue mantendo quadro, sem queixas dormindo no momento, feito medica- ção de horário. Té. permanecia |



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



| | | | |
|----------------------|-----------------------------|-----------|-------------------|
| Nome do Paciente: | Jackson de Oliveira Canalle | Idade: 45 | Sexo: M |
| Unidade de Produção: | UPC | Leito: 06 | Nº do Prontuário: |

| DATA | HORA | ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM |
|----------|-------|--|
| 11/11 | 18h | Administrado medicocorpo de horário de acordo com prescrição médica, seguindo cuidados da equipe Téc. His-t |
| 19 | | Em tempo, aguardando transferência para ULA à h |
| 18:05h | | Paciente encaminhado para enfermaria, acompanhado por familiar e enfermeiro Téc. His-t |
| 18:10h | | Próximo leito neste setor, movimento da UPC, calo e uso de gelco hidrológico, espuma, adesivo, e espirra de inqueiro comunicado ao setor de nutrição |
| | | Pelacetamol |
| | | Anderson Batista de Conceição COREN-SE 120992 - TÉC |
| 11/11/13 | 19:30 | Embarcação no leito em DELUBITO DOLSM, com cat. 15, OR 6.5ADH, VIBRANTANDO, AUNORUL, ANGÉTICA, NON RETRIBU, NUN NE CANDIDA, EUTERICO, ATEBRIL EM USO DE AVP, MASTODONINA MSD, e IMOBILIZANTE 600 mg, ACHIFON TETRA, manutenção RITMIA REGULAR, INACRISTAL E DIVULSE PRISLATOS SIC. - SARTI SSM PA - 110 x 60 mm Hg, FC 100 BPM, FR 19 BPM, SISTOLIC TENS 35.1°C, LIGA ANTRAL, regurgitação de sangue nos cutâneos |
| | | Anderson Batista de Conceição COREN-SE 399.461 |
| 20:00 | | ADM. INSTRUMENTO MEDICOCORPO DE HORÁRIO COM FONTE PRÉ-ESTABELECIDA TÉC. HIS-T, RENDIMENTO 1000 ml/min 3000 ml/min |
| | | Anderson Batista de Conceição COREN-SE 399.461 |
| 21:30 | | subitou agudamente a ritmo regular, EST. ANTRAL, horário manutenção |
| 02h | | Anderson Batista de Conceição COREN-SE 399.461 |
| | | Anderson Batista de Conceição COREN-SE 399.461 |
| | | Anderson Batista de Conceição COREN-SE 399.461 |
| | | Anderson Batista de Conceição COREN-SE 399.461 |
| 03:00 | | Paciente dorme no momento. |
| 6h | | Administrado medicocorpo prescritos de horário / seu alterações / frup |

| DATA | HORA | ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM |
|----------|----------------|--|
| 12/11 | 07:00 | Paciente no leito cabno, consciente, orientado aparel, eupneico. Verbalizando, em capa- hia de fomeleira sem queixas no momento |
| | 08:00 | Administrado medicos conforme prescriçao |
| | 08:30 | Realizado horalito → te pD |
| | 10:00 | Administrado medicos → te pD |
| | 13:00 as 19:00 | |
| | | Paciente consciente orientado aparel eupneico, em evolução tens. hidro- lipos enbalgados |
| | | Administrado medicos conforme prescriçao |
| | | Varicos medicos corpo e pernas medios |
| 12/11/09 | 19:00 | Entrou no no leito em complicaçao de um fomelito, con- ciente, ventilando, circ. todo, normocorada, pressão arterial, normotensao, normocloria, em uso de BIPAP MSL, inadiligencia em RVE, temperatura 33,84, FC 2- 90ppm, FR = 2370pm, PA = 120x67 mmHg SIC. Apresenta lentamente distes queixas, deu respostas aos questionamentos da equipe de enfermagem. B.I. 3 suf. Eliminada |
| | 20:00 | Administrado medicos de univer. conforme prescriçao. segue apos evolução da sintomatologia. B.I. B.I. suf. Eliminada |
| | 05:15 | Releito! Totalmente lanche oferecido. B.I. B.I. |
| | | suf. Eliminada |
| | 24:00 | Administrado medicos conforme prescriçao |
| 13/11 | 00:00 | orientado → |
| | 07:00 | Paciente no leito cabno sento, enbalgando sem fôlego 120 minutos seguidos sem fôlego |
| | 08:00 | fôlego (bradicardia) de fôlego 120 |
| | 09:00 | fôlego (bradicardia) de fôlego 120 |
| | 10:00 | fôlego (bradicardia) de fôlego 120 |
| | 12:00 | fôlego (bradicardia) de fôlego 120 |



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

| | | | | | |
|----------------------|-----------------------------|--------|------|-------------------|---|
| Nome do Paciente: | JACKSON de Oliveira e Souza | Idade: | 45 a | Sexo: | M |
| Unidade de Produção: | | Leito: | 4-3 | Nº do Prontuário: | |

| DATA | HORA | (13h) | EVOLUÇÃO |
|-------|-------|-------|---|
| | 12 | | admissione hospitalar |
| 14/11 | | | paciente em conformidade com medicação para controle da febre |
| 13/11 | 13:35 | | Pete. no leito, calmo, consciente orientado, afebril, supneico, verbaliza acompanhado, segue todos os cuidados ob enfermagem. |
| 18/11 | 18:00 | | adm. medicacão de horário, segue mm tendo quadro clínico |
| 19/11 | 19:30 | | Encontra-se no leito, em comparsa de sd- militar, consciente, orientado no tempo e no local, verbalizando, antecede, memória afebril, normocárdico, supneico, Em uso de NIV em NSE, Vida apesar com imobilização de MIE, press. 133/80 mmHg, Temp 35,9°C P. 90 bpm, FR 20. Sono profundo. Só lab. ente, respira a diurese pre sonda (SIE) e Aux. Eng. Barbara Fabrili Sos. Silveira |
| | 20h | | Administração medicacão de horário |
| | | | Seg. prescrição médica B.A. Aux. Eng. Sa |
| | | | Barbara Fabrili Sos. Silveira |
| | 23h | | Administração medicacão de horário |
| | | | Seg. prescrição médica B.A. Aux. Eng. Sa. Bar- bara Fabrili Sos. Silveira |
| | 23:30 | | Recolha B.A. almoço e janta esmolada |
| | | | Aux. Eng. Barbara Sos. Silveira |
| | 00h | | Medicação conforme prescrição médica |
| | 03h | | Deve. no momento. / hora |
| | 04 | * | G.T. → 1:30 → Recolha diurese |
| | 05 | | ses prescritas. (Thiabutol) / hora |
| | 06 | | Administração medicacão |
| | | | (MIE) (Barbara Sos. Silveira) |
| | 07:00 | | Recolha. m. lista, adms, enfermagem |
| | | | medicamentos, horário de 07h, THIABUTOL |
| | 19 | | 20h no MIE, Fitas, Bandagens, horário fornecido |

João Cícero Soárez Santos
COREN 30308 - TEC.
COREN 419256 - AUX.

Nome do Paciente: *Wenceslau de Oliveira Tomaz* Idade: *45* Sexo: *H*
Unidade de Produção: *ALS A* Leito: *4.3* Nº do Prontuário: *9010*

| DATA | HORA | EVOLUÇÃO |
|------|-------|---|
| 15 | 09:00 | <i>Pac. em coma de fome — 1.º dia</i> |
| 16 | 10:00 | <i>Paciente com fome, seu nível consciente permaneceu</i> |
| 17 | | <i>na mesma</i> |
| 18 | 12:00 | <i>Pac. em coma de fome — 1.º dia</i> |
| | 15h | <i>Paciente no leito, com nível consciente mantido, apesar de necessitado em uso de oxigênio, hidratado em compulsa de famílias, seu nível consciente seu nível, seu nível consciente</i> |
| | 16 | <i>apesar de necessitado em uso de oxigênio, hidratado em compulsa de famílias, seu nível consciente seu nível, seu nível consciente</i> |
| | 17h | <i>Paciente mantido quieto tranquilamente seu nível consciente em observação — 1.º dia</i> |
| | 18h | <i>Mantenho nível consciente de fome, seu nível consciente em observação — 1.º dia</i> |
| 19 | | <i>Paciente com nível consciente de fome, seu nível consciente em observação — 1.º dia</i> |
| 20 | | <i>Paciente com nível consciente de fome, seu nível consciente em observação — 1.º dia</i> |
| 21 | | <i>Paciente com nível consciente de fome, seu nível consciente em observação — 1.º dia</i> |
| 22 | | <i>Paciente com nível consciente de fome, seu nível consciente em observação — 1.º dia</i> |
| 16 | | <i>Paciente com nível consciente de fome, seu nível consciente em observação — 1.º dia</i> |
| 17 | | <i>Paciente com nível consciente de fome, seu nível consciente em observação — 1.º dia</i> |
| 18 | | <i>Paciente com nível consciente de fome, seu nível consciente em observação — 1.º dia</i> |
| 19 | | <i>Paciente com nível consciente de fome, seu nível consciente em observação — 1.º dia</i> |
| 20 | | <i>Paciente com nível consciente de fome, seu nível consciente em observação — 1.º dia</i> |
| 21 | | <i>Paciente com nível consciente de fome, seu nível consciente em observação — 1.º dia</i> |
| 22 | | <i>Paciente com nível consciente de fome, seu nível consciente em observação — 1.º dia</i> |

- 16/01/2019 Paciente encontra-se estabilo, consciente, orientado, espontâneo, apesar de uso de PAP. Tratamento administrado medicinação de horário.
- 24/01/2019 Administrado os medicamentos de horário conforme prescrição médica. Tratamento realizado medicamentos conforme prescrição médica. Segue as orientações da equipe.
- 01/02/2019 Paciente consciente e orientado, espontâneo, apesar de ter iniciado respostas às admoções verbalizadas. Internações frequentadas e pequeno. Reclama de dor de estômago. Encontra-se em tratamento de complicações de diabetes. Dávula reto no Pato e estômico.
- 02/02/2019 Documentado medicinação de horário. Paciente consciente e orientado. Deixou os cuidados de equipe. Melhor desempenho.
- 18/02/2019 Fom. exames de rotina. Físico.
- 19/02/2019 Paciente com ligeira melhora. Continua tratamento com medicamentos de horário e orientado para exames rotina, exames laboratoriais, exames de rotina. Melhor desempenho.
- 20/02/2019 Paciente com melhora significativa. Continua tratamento com medicamentos de horário e orientado para exames rotina, exames laboratoriais, exames de rotina. Melhor desempenho.
- 21/02/2019 Paciente com melhora significativa. Continua tratamento com medicamentos de horário e orientado para exames rotina, exames laboratoriais, exames de rotina. Melhor desempenho.
- 22/02/2019 Paciente com melhora significativa. Continua tratamento com medicamentos de horário e orientado para exames rotina, exames laboratoriais, exames de rotina. Melhor desempenho.
- 23/02/2019 Paciente com melhora significativa. Continua tratamento com medicamentos de horário e orientado para exames rotina, exames laboratoriais, exames de rotina. Melhor desempenho.
- 24/02/2019 Paciente com melhora significativa. Continua tratamento com medicamentos de horário e orientado para exames rotina, exames laboratoriais, exames de rotina. Melhor desempenho.
- 25/02/2019 Paciente com melhora significativa. Continua tratamento com medicamentos de horário e orientado para exames rotina, exames laboratoriais, exames de rotina. Melhor desempenho.
- 26/02/2019 Paciente com melhora significativa. Continua tratamento com medicamentos de horário e orientado para exames rotina, exames laboratoriais, exames de rotina. Melhor desempenho.
- 03/03/2019 Paciente clínico em momento.
- 04/03/2019 Administrado medicinação de horário. Tendo orientações de internação para momento.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Fundação
Hospitalar
de Saúde

Nome do Paciente:

Idade:

Sexo:

Unidade de Produção:

Leito:

4.3

Nº do Prontuário:

| DATA | HORA | EVOLUÇÃO |
|------|------|---|
| 18 | 8 | Paciente calmo, consciente, orientado, realizando medições de pressão conforme prescrito. |
| 19 | 12 | Realizando medições de pressão conforme prescrito. Segue seu intercorrência e assistências de enfermagem. |
| 18 | 1300 | Paciente no leito ajeitado, aparentemente bem, S/V, Tolo grande em MFE. - Telec. 373835 |
| | 1500 | Operado o lombri. - Telec. 373835 |
| | 1800 | Operado o diete. Segue em observação. - Telec. 373835 |
| | 2100 | Operado o diete. Segue em observação. - Telec. 373835 |
| | 2300 | Leito RX: 36°C. P: 220mmHg. R: 16mmHg. F: 100mmHg. - Telec. 373835 |
| | 2300 | Leito RX: 36°C. P: 220mmHg. R: 16mmHg. F: 100mmHg. - Telec. 373835 |
| | 2300 | Leito RX: 36°C. P: 220mmHg. R: 16mmHg. F: 100mmHg. - Telec. 373835 |
| | 2300 | Leito RX: 36°C. P: 220mmHg. R: 16mmHg. F: 100mmHg. - Telec. 373835 |
| 19 | 07h | Paciente no leito calmo, consciente e aparentemente bem. |
| 19 | 08h | Em uso de S/EP autorizado + jeringa na CIE. |
| | 10h | Reپausa constante no leito. |

| DATA | HORA | EVOLUÇÃO |
|-------|-------|---|
| 10/10 | 10:00 | Paciente, no seu consigo dormiu bem durante noite, e deu |
| 10/10 | 10:30 | Administrado medicamentos conforme prescrito. |
| 10/10 | 12:30 | Repercuso a sua alteração |
| 9/10 | 13:00 | Noite, sonhado, colmo; f.e. forte + consierte, urinaria, orientado, seu uso de AJP diariamente, em sua república de rotina, fez uso em si + Tais que - da no mês. |
| 10/10 | 14:00 | Recepção, o banho. — |
| 10/10 | 15:00 | Em tempo: às 14:00h ele referiu-lhe algo e fez um redendo SOS com traços 100cc's de urina, via P.A. — |
| 10/10 | 16:00 | Administrado medicamentos de horário / Para tarde 40g de vitamina C e 400mg de cloridrato de boro uso - Maipu e 400mg de cloridrato de boro uso e 100ml de leite a diária. — |
| 10/10 | 20:00 | Paciente encostado no leito no colmo, consciente em uso de PVP + discador de fato gerado no mês. os seus queixas no momento |
| 10/10 | 21:00 | Paciente colmo, obviamente Paciente nega queixa em O momento. — |
| 11/10 | 00:00 | Pete no bico, estreme, consciente, sentado apenas supina, em ar ambiente, seu uso de AJP hidrolizado, acompanhado por familiar, nega ser os cuidados de interrogem. |
| 11/10 | 08:40 | Hidrolizado curativo |
| 11/10 | 10:00 | Instalado medicament de horário, seja mantendo quadro clínico |
| 11/10 | 12:00 | Adm: medicament de horário puro seja bem queixa. |

Nome do Paciente: Joc Rhon de Oliveira Tavares Idade: 45 anos Sexo: M
Unidade de Produção: Leito: A-4-3 Nº do Prontuário:

| DATA | HORA | EVOLUÇÃO |
|------|------|---|
| 20 | 14h | Paciente no leito, calmo, consciente, orientado, eupneico, afibril, cicatrizas anteriores em uso de ACP hidrolizado, segue as cuidados - joga quele acima o lanche |
| 21 | 16h | Administrado medicação de base conforme prescrição médica |
| 21 | 18h | segue as cuidados |
| 22 | 00h | Paciente encontrado em leito, calmo e em sono profundo, respirando, espirros, urinando, em uso de ACP fórmula em uso, segue os momentos |
| 22 | 00h | Operado lanche |
| 22 | 00h | Administrado medicinas de base conforme prescrição; verificado - T - 36,2 °C, P - 92 bpm, P. A - 11,2 x 70 mmHg; paciente sem intuscessões no momento, em jejum para realização de exames |
| 22 | 03h | Sigilo dormindo |
| 22 | 07h | Medicação / Sem alteração |
| 22 | 10h | |
| 22 | 13h | |
| 22 | 16h | |
| 22 | 19h | |
| 22 | 22h | |
| 22 | 23h | |
| 22 | 24h | |
| 23 | 01h | |
| 23 | 04h | |
| 23 | 07h | |
| 23 | 10h | |
| 23 | 13h | |
| 23 | 16h | |
| 23 | 19h | |
| 23 | 22h | |
| 23 | 23h | |
| 23 | 24h | |
| 24 | 01h | |
| 24 | 04h | |
| 24 | 07h | |
| 24 | 10h | |
| 24 | 13h | |
| 24 | 16h | |
| 24 | 19h | |
| 24 | 22h | |
| 24 | 23h | |
| 24 | 24h | |



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



Nome do Paciente: Jackson de Oliveira Soárez Idade: 65 anos Sexo: masculino

Unidade de Produção: SRPA Leito: 03 A4.3 Nº do Prontuário: 9010

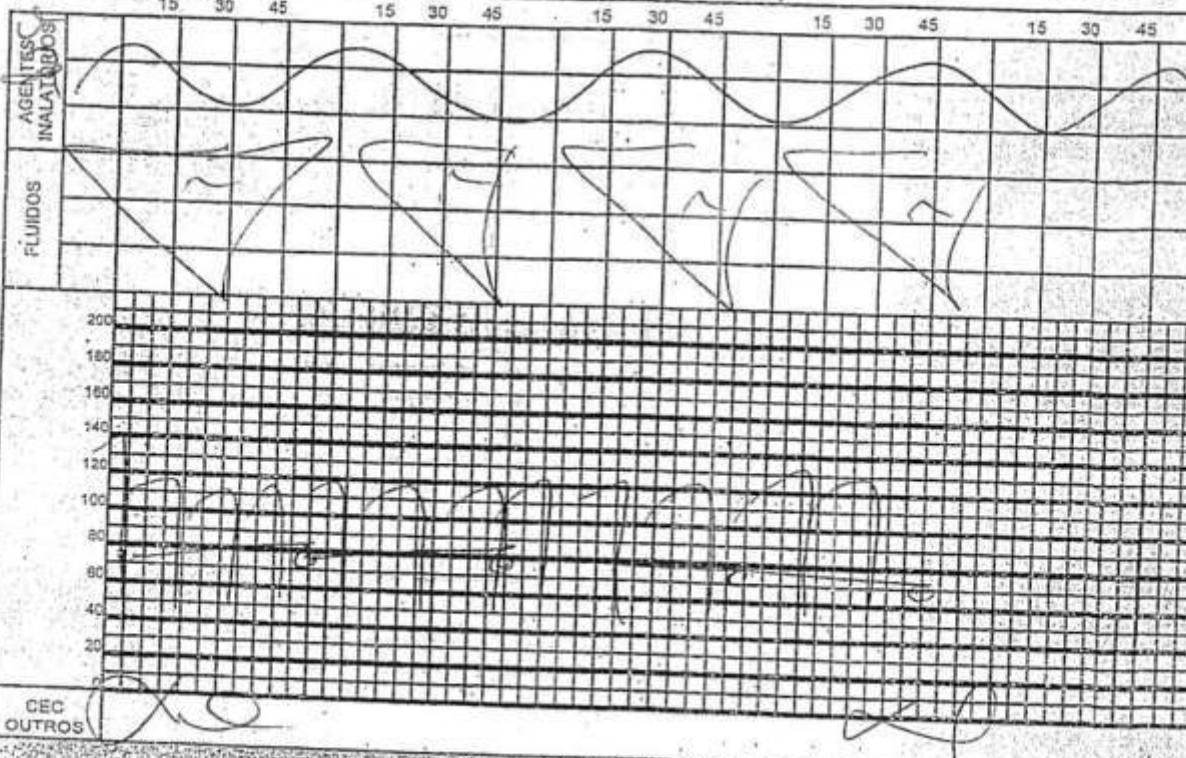
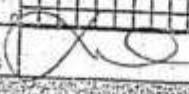
| DATA | HORA | EVOLUÇÃO |
|----------|---------|--|
| 21/11/19 | 10:45 | Paciente admitido no SRPA, após procedimento cirúrgico de Osteosíntese da fratura de fíbula (E). No momento encalço-se acondito calmo, consciente e orientado apesar de hipotensão em uso de vasodilatador por AVP endovenoso, realizada monitorização cardíaca, SPO2, ECG, FC 71 bpm, segue em observação da equipe enfermeira. 12:00 não foi administrado medicamento conforme prescrição, paciente segue calmo e tranquilo. |
| | 16:00 | Paciente retorna da cintilografia em companhia de fisioterapeuta em uso de cinto cintilografico |
| | | Administração medicamentos conforme prescrição |
| | | Medicamentos: 1. Lebitam |
| | | 2. 19:00 09/00 |
| | | 3. Ponto comunitário contado os 6000 litros de uso de oxigênio hidratado em intervalos |
| | | 4. Administração medicamentos conforme prescrição |
| 22 | 07h | Pact. no leito calmo, consciente e eupnico. |
| | | 8h Em uso de AVP hidrolizado |
| | 10h | Realizado banho corporal + curativo do F.O. |
| | 8:01/2h | Administrado medicamentos conforme prescrição |
| | | Em repouso. |
| | 11:00 | Pact. calmo, consciente, orientado, afetivo e agradável, seguir bat. os lembretes de enfermagem. |

23/11/10 16:00 Adm. medicamentos de horário (prescrita) 100%

18:00 Feito medicacão preventiva, segue em previsão 100%

19:00 Paciente em ótimo quadro, comendo, andando, sem náuseas, expectoração apagada, sem febre. Fazendo hidratação com água de coco e suco de laranja. Comida regular, medicacão estabilizada. Sintomas internos confirmados para agravos de estômago e alívio dos sintomas de infecção urinária. Sintomas eliminados: dor coxim, dor lombar, dor no abdômen.

11/11/10 Paciente após o curativo, saiu de alta. Sigue com cuidados da família 100%

| | | | | |
|--|-------------------------------|--|-----------|------------------------------|
| HUSE | | BOLETIM DE ANESTESIA | | Fundação Hospitalar de Saúde |
| PACIENTE: | Jackson de Oliveira | | REGISTRO: | |
| UNIDADE: | MÉDICO: | LEITO: | | |
| CIRURGIA PROGRAMADA | | CIRURGIA REALIZADA | | DATA 21/11/19 |
| ANESTESIOLOGISTA Dra. M. F. F. | TÉCNICA ANESTÉSICA General | MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTESICA | | |
| CIRURGÃO Dr. de Paula | | AUXILIAR | ASA | |
| HORA DE INÍCIO 08:00 | HORA DE TÉRMINO 10:30 | ACESSO VENOSO | POSIÇÃO | |
|  | | | | |
| CEC OUTROS  | | | | |
| MONITORIZAÇÃO MONTADAS CONDUÇAO DE ALTA FÁRACIA | | | | |
| MONITORIZAÇÃO | | CONDUÇAO DE ALTA FÁRACIA | | |
| PA NAO INVASIVA | ✗ | PVC | | |
| PA INVASIVA | | TEMPERATURA | | |
| ELETROCARDIOGRAFIA | ✗ | DIURESE | | |
| OXIMETRIA | ✗ | VENTILAÇÃO | | |
| CAPNOGRAFIA | | PAM | | |
| AGENTES ANESTÉSICOS DOSE ANESTÉSICO ANTI-BIOTICO PROFILAXICO | | | | |
| Nefopam 20 mg Diazepam 20 mg Ketamine 100 mg Bupivacaina 0,1 Meperidina 0,1 | | NOME: 1. Dose es: horas 2. Dose es: horas 3. Dose es: horas OBSERVAÇÕES: | | |
| EXAMINADO PARA: TUBO DE SEDACAO Dra. Patrícia Medeiros F. Anestesiologista 05-5520 | | | | |



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRACTURA TIBIAL ESQ

CIRURGIA REALIZADA: PT

CIRURGÃO: DR. THIAGO CÉSAR / DR. MIGUEL ANGEL VILLALBA

AUXILIARES:

ANESTESIA: DR. MIGUEL

ANESTESISTA

MIG

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O

CIRURGIA LIMPA CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA

CIRURGIA CONTAMINADA CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? SIM NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

VIAS AÉREAS SUP. PULMONAR URINÁRIA SNC TGI

CUTÂNEO AP. CARDIO-VASCULAR PLEURA OUTROS

DESCRICAÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. PCTE EM RE. PT. DR. MIGUEL TAVARES

2. A-A + UMI

3. ALGTO DE KOLMER - ANGÚSTIA EM QUADRIL E GONHO, LOM

4. MIGRAT. A31 VTEQ

5. DISSEMIN. fratura comum de parede + lom. Igreja

6. DISSEMIN. no membro com. Igreja de liga. de

7. Igreja 1 Faz, lom. S. MAFON

reduzida a fratura

reduzida a fratura e reduzida a ferida

reduzida a ferida + curativo fogo

A SARA

DATA: 21/11/19

21 NOV 2019
Assinatura do Cirurgião

CHEKLIST DE CIRURGIA SEGURA

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

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

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

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÃO

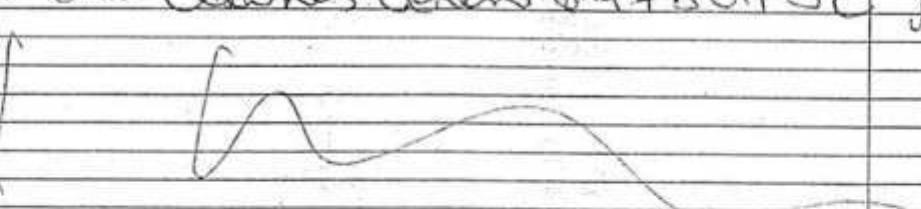
| AVALIAÇÃO DO PROCEDIMENTO OPERATÓRIO | | |
|--|-----|-----|
| 13. Todos os membros da equipe confirmam o procedimento realizado | SIM | NÃO |
| 14. Contagem de instrumentais, compressas e agulhas estão corretas | SIM | NÃO |
| 15. Biópsia identificada com: Nome completo do paciente, data de nascimento,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

ANOTACÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

| HORA | 08:00 Paciente REGISTRO adm lm/20 ASSINATURA |
|------|---|
| | para realizar tto limpeza. Com- ciente, orientado. Ventilação ade- quada. ANP fm m/58. (Recejo de) monitorizados. Digo entalhado. 08:30 paciente orientado 08:40 Resposta de taquita metá + desfermacap da pelle. 09:30 Chicoteado lato esquerdo 10:00 Termômetro do procedimento 10:33 Encaminhado para SRPA. |

— See Clínicas Caren 67780758



Elaborado pelos Integrantes da Liga Acadêmica em Unidade de Centro Cinírgico (LAUCC) do Centro Universitário Estácio de Sá no período de 2019.2 orientado pelos Professores(a): Sílvia Sandes e Alexandre Vasconcelos

REGISTRO DE ENFERMAGEM NO TRANS-OPERATÓRIO

NOME: Jackson de Oliveira PRONTUÁRIO: 9010
DATA: 21/11/19 HORÁRIO: 09:00 SALA: 01

| | | |
|---|--|----------------|
| CHEGOU AO CENTRO CIRÚRGICO | EQUIPE MULTIDISCIPLINAR CIRURGÃO: Edilberto AUX 1: Júnior AUX 2: <i>cláudia</i> CIRULANTE: <i>cláudia</i> INSTRUMENTADOR: <i>pedro</i> ENFERMEIRO: <i>Fábio</i> ANESTESISTA: <i>Fábio</i> | HORÁRIO: 09:00 |
| () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () ORIENTADO () DESORIENTADO () DEAMBULANDO () EM MACA | ENTRADA NA SALA: 08:00 INÍCIO DA ANESTESIA: 08:30 INÍCIO DA CIRURGIA: 09:00 TERMINO DA CIRURGIA: 09:30 TERMINO DA ANESTESIA: 09:30 SAÍDA DA SALA: | |

PROCEDÊNCIA DO PACIENTE:
CIRURGIA PROPOSTA: *Ortoodontia de fuso de acetabulo*
CIRURGIA REALIZADA:

| | | |
|--|--|---|
| TECNICA ANESTESICA () GERAL VENOSA () GERAL INALATORIA () GERAL COMBINADA () RAQUIANESTESIA () PERIDURAL C/CATETER () PERIDURAL S/CATETER () SEDACAO () BLOQUEIO DO PLEXO () LOCAL ASSEPSIA () PVP TOPICO () PVP ALCOOLICO () CLOREX ALCOOLICA () CLOREX, DEGERMANTE () CLOREX AQUOSA SUPORTE VENTILATORIO TUBO ENDOTRAQUEAL () ORAL () NASAL TUBO AMARADO () SIM N°: MASCARA LARINGREA () SIM | POSIÇÃO DO PACIENTE () DORSAL () VENTRAL () LAT. ESQ () LAT. DIR () CANIVETE () LITOTOMIA () TRENDELEMBURG () TRENDELEMBURG REVERSA BISTURI ELETTRICO () BIPOLAR () UNIPOLAR () ULTRASSÔNICO () ARGÔNIO PLACA DE BISTURI LOCAL: _____ COMPRESSAS GRANDES ENTREGUES: 11 DEVOLVIDAS: _____ COMPRESSAS PEQUENAS ENTREGUES: _____ DEVOLVIDAS: _____ CONTAGEM DE INSTRUMENTAL ENTREGUES: _____ DEVOLVIDAS: _____ GASOMETRIA ARTERIAL () SIM () NÃO | EQUIPAMENTOS, ACESSÓRIOS E DISPOSITIVOS UTILIZADOS () BOMBA DE INFUSAO () DESFIBRILADOR () MONITOR CEREBRAL () INTENSIFICADOR DE IMAGEM () MANTA TERMICA () MICROSCÓPIO () FIBROSCÓPIO () MONITOR MULTIPARAMETROS () PA NÃO INVASIVA () PA INVASIVA () OXÍMETRO () CAPNOGRAFO () PIC () FOCO AUXILIAR () FONTE DE LUZ () BRONCOSCOPIO () CARRO DE ANESTESIA () GARROTE PNEUMATICO () CARDIOSCOPIO () TERMOMETRO () OUTROS () ACESSO VENOSO PERIFÉRICO () ACESSO VENOSO CENTRAL () D () E |
|--|--|---|

| | | |
|------------------------|--|--|
| COXINS DE CONFORTO | PLACA DE BISTURI, ELETRODOS E LOCAL DE INCISÃO LEGENDA PLACA DE BISTURI: <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL: _____ ELETRODOS: <input checked="" type="checkbox"/> INCISÃO: <input checked="" type="checkbox"/> | SONDAS () SNG N° _____ () SNE N° _____ () FOGARTY N° _____ () SONDA FOLLEY N° _____ () C/RESTRIÇÃO () S/RESTRIÇÃO () FOLLEY SILICONE N° _____ () SONDA NELATON N° _____ PASSADA POR: _____ ASPIRAÇÃO N° _____ |
|------------------------|--|--|

| | | | |
|---|--|---|--|
| DRENOS E CÁNULAS () SUCÇÃO N° _____ () ABDOMINAL N° _____ () BLAKE N° _____ () TÓRAX N° _____ () PIZZER N° _____ () PENROSE N° _____ () KHER N° _____ () TRAQUEOSTOMO N° _____ () GUEDEL N° _____ () TOT N° _____ | DIURESE DESPREZADA EM SALA HORA VOLUME ASPECTO _____ | SANGUE E HEMODERIVADO CONCENTRADO DE HEMÁCIAS PLASMA PLAQUETAS OUTROS Nº DA BOLSA: | QUANT. DATA HORÁRIO 1º INÍCIO 2º INÍCIO 3º INÍCIO TERMINO 4º INÍCIO 5º INÍCIO TERMINO OUTRAS |
|---|--|---|--|

| | | | |
|---|--|--|--|
| FC (BPM) SpO2 (mmHg) EPCO2 (mmHg) PA (mmHg) PAI (ramHg) FR (RPM) TEMP. (°C) LPP (LOCAL)? | SINAIS VITAIS 63 100% 78 130x 78 | | |
|---|--|--|--|

Elaborado pelos integrantes da Liga Acadêmica em Unidade de Centro Cirúrgico (LAUCC) do Centro Universitário Estácio de Sá no período de 2019.2 orientado pelos Professores(a): Sílvia Sandes e Alexandre Vasconcelos



125462858

TERMO DE AUTENTICAÇÃO

| | |
|------------------|--|
| NOOME DA EMPRESA | JOSIVAN COSTA MENESSES E CIA LTDA |
| PROTÓCOLO | 165462856 - 22/06/2018 |
| ATO | 002 - ALTERAÇÃO |
| EVENTO | 021 - ALTERAÇÃO DE DADOS (EXCETO NOME EMPRESARIAL) |

MATRIZ

FCRE 29204261010
CNPJ 08.547.953/0001-21
CERTÍFICO DE REGISTRO EM 22/06/2018



BILANCIO

HELIOS PORTELA RAMOS
Secretário Geral

1

Junta Comercial do Estado da Bahia

22/06/2018

Certifico o Registro sob o nº 07705426 em 22/06/2018

Protocolo 165462856 de 22/06/2018

Nome da empresa JOSIVAN COSTA MENESSES E CIA LTDA NIRE 29054201050

Este documento pode ser verificado em <http://verific.juceb.ba.gov.br/AUTENTICAÇÃO/DOCUMENTOS/AUTENTICAÇÃO.aspx>

Chaveiro 87703724545648

Este cópia foi assinada digitalmente e assinada em 22/06/2018

por Helio Portela Ramos - Secretário Geral



II - ATESTADO MÉDICO
deve ser preenchido por profissional médico

| | | | |
|---|---|--|--------|
| Atendimento <i>Tauzir de Oliveira Tavares</i> | | | |
| 54 - Unidade de Atendimento médico <i>HRTN - Tiléus Neuris</i> | 55 - Data <i>20/11/2019</i> | 56 - Hora <i>10:30</i> | |
| 57 - Houve internação <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 58 - Provável Duração do tratamento (dias) <i>6 meses</i> | 59 - Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| Lesão | | | |
| 60 - Descrição e natureza da lesão <i>Intoxicado ingerindo laxante do quadris engolindo óleo de motor de automóvel causando fadiga de estômaco</i> | | | |
| Diagnóstico | | | |
| 61 - Diagnóstico provável <i>Intoxicação do quadris</i> | 62 - CID-10 <i>S73</i> | | |
| 63 - Observações <i>Fadiga do estômaco (C17.0 = 532.4)</i> | | | |
| Local e Data <i>07/11/2019</i> | <i>Justino Moreira de Carvalho Júnior</i> Assinatura e carimbo do médico com CRM | | |
| III - INSS | | | |
| 64 - Recebida em | 65 - Código da unidade | 66 - Número do CAT | Notas: |
| | | <p>1 - A inexatidão das declarações desta comunicação implicará nas sanções previstas nos artigos. 171 e 299 do Código Penal.</p> <p>2 - A comunicação de acidente de trabalho deverá ser feita até o 1º dia útil após o acidente, sob pena de multa, na forma prevista no art. 22 da Lei nº 8.213/91.</p> | |
| A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO | | | |

quebra de página

Instruções de preenchimento

DECLARAÇÃO

Floriano, 22 de outubro de 2019.

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
CNPJ: 06.553.554/0103-62
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 23/10/2019
menina elaine

Declaro para os devidos fins que o paciente **JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES**, nascido aos 13/08/1974, filho de Isabel Alves de oliveira deu entrada nesta instituição de saúde na data de 20/10/2019, conforme cópia de prontuário, ocorre que o mesmo, no momento da internação não estava em gozo das suas plenas faculdades mentais devido ao acidente sofrido, sendo este resgastado pelo samu que não apresentou qualquer documentação que auxiliasse a sua identificação e o registro no sistema foi feito com as informações controversas dadas pelo próprio paciente em decorrência da necessidade da urgência com risco de morte, de forma que todas as prescrições se seguiram com o mesmo registro em nome de **JADSON OLIVEIRA TAVARES**. A partir da apresentação da documentação devida o laudo médico foi corrigido, de forma que nas prescrições datadas do dia 20/10/2010 à 22/10/2019, onde consta **JADSON OLIVEIRA TAVARES** ler-se **JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES**.

Patrícia Emanuela Freitas Carvalho
CPF 288.223.223-04
Coordenador Do Same- HRTN

Patrícia Emanuela Freitas Carvalho
Coordenador Do Same- HRTN



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
 GABRIEL FERREIRA, S/N,
 MANGUINHA, FLORIANO/PI - 64800-000
 CNPJ: 06.553.564/0103-62
 (89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)
 Atendimento: P0681723 Registro: 202316
 Data: 20/10/2019 Hora: 06:39:00
 Funcionário: JO Tipo: CONSULTA
 Sexo: MASCULINO
SUS

Senha 24

JADSON OLIVEIRA TAVARES

Nasc.: 13/08/1974 Idade: 45 ANOS, 2 MESES, 7 DIAS Profissão: CAMINHONEIRO Civil: CASADO(A) CEP: 64860-000
 End.: DA AABB, 0 - Bairro: Cidade: URUCUI/PI
 Cor: PARDA Telefone: () - Mãe: ISABEL ALVES DE OLIVEIRA TAVARES Pal:

Clinica: **CLINICA MEDICA** Documento: 0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES

Responsável: JADSON OLIVEIRA TAVARES - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Procedimentos

20/10/2019 6:39 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

Vermelho - Emergência Laranja - Muito Urgente Amarelo - Urgente Verde - Pouco Urgente Azul - Não Urgente

Queixa principal: ACIDENTE DE CARRO

Exame clinico/fisico:

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
 CNPJ: 06.553.564/0103-62
 CONFERE COM O ORIGINAL
 DATA 23/10/2019
 maria clara

EXAMES REALIZADOS DE TOMOGRAFIA

DATA 20/10/2019

EXAME TAC TORACICO

RESPONSÁVEL

Diagnóstico provável:

Medicação:

- 3F0,9% - 500ml + soro fisiológico 06:55
 - Nidocorticos 100mg + 00 En 08:55

Rx da mao D

Dr. Pablo Italo do N. Santos
 MÉDICO
 CRM-PI 17768

Terezinha de Jesus Araújo Lopes
 Tac: Enfermagem
 COREN-PI 359.553

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

Paciente com Q Trau d
 alto grau d dn, limita e
 deformid d qualid E um contusao
 em flaco.

PR = luxac d quadri E
 fo entro alyu pl ff d alyu
 obre - Ap. Olheus d alyu e neu.

| |
|---------------------------------|
| Hospital Regional Tibério Nunes |
| Exame: TAC TORACICO |
| Data: 20/10/2019 |
| Ass.: DR |

DR. DR
 Dr. Dr. Dr. Dr.

Dr. Alexandre Viana
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PI 4452
 CRM-MA 3970 / CRM-PI 4452

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"
Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323
Praca Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME

DATA DE NASCIMENTO:

John n. Oliver Tavares

DA CLÍNICA: *me ame*

À CLÍNICA: Coluna cervical

MOTIVO DA CONSULTA

MOTIVO DA CONSULTA

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
CNPJ: 06.553.564/0103-62
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA: 23/10/2019
Maria Elena

Marcio Ribeiro dos Reis
Médico
CRM-PI 2654

DATA: 90, 10, 12

ASS. MEDICO

PARECER: # Anuencia Genn # 82740

Paciente neurológico iminente 41 ± 14 A -

CIDADAOS E CIDADÃOS COTINHADOS. REVELE OBT. ECA MIE.

Conscient, orioratio,

FORRA E. 1300000 JENS. MATERIAIS

Col: PONER AL SERVICIO DE COACAO EN AGUACATE

8 Alexander
CRN 3983

DATA: zo 110 p7

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

200

Hospital Regional "Tibério Nunes"
Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323
Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

REQUISIÇÃO DE PARECER

| | |
|-------|---------------------|
| NOME: | DATA DE NASCIMENTO: |
|-------|---------------------|

DA CLÍNICA: Sindon Oliveira Fagundes

À CLÍNICA: 15. SAMB

MOTIVO DA CONSULTA

Hospital Regional Tibério Nunes - HRTN

CNPJ: 06.553.564/0103-62

Acidente automobilístico com TCE importante
e risco de morte devido a concussão

Pablo Italo do N. Santos
MÉDICO
CRM-PI 7768

DATA: 20/10/10

ASS. MÉDICO

PARECER:

TCE de cura

Se levar cura

CP: Alívio de dor

Emerson Brandão
NEURO-cirurgia
CRM-PI 3249

DATA:

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

100

Hospital Regional "Tibério Nunes"
Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323
Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

REQUISIÇÃO DE PARECER

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| NOME: | DATA DE NASCIMENTO: |
| <u>Sadon Alencar Ferreira</u> | |
| DA CLÍNICA: | <u>PS</u> |
| À CLÍNICA: | <u>estadual</u> |

MOTIVO DA CONSULTA

Acidente de trânsito envolvendo motociclista apresentando deformidade em região do rosto e fermeira.

Dr. Pablo Italo do N. Santo
MÉDICO
CRM/PI 7768

SAME
Hospital Regional Tibério Nunes - HRTN
CNPJ: 06.553.564/0103-62

DATA: 20/10/10

ASS. MEDICO

PARECER:

DATA:

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Al. A
58139

Hospital Regional "Tibério Nunes"
Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323
Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

DATA DE NASCIMENTO:

Jedson de Oliveira Lameiro

DA CLÍNICA: Otoperíodo

À CLÍNICA: Cirurgia geral

SAME

Hospital Regional Tibério Nunes - HRTN
CNPJ: 06.553.564/0103-62

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente em ITO de luxo⁺ de Dushil G, evoluindo com dispneia moderada, ligeira taquicardia. Encontra-se em uso de cateter nasal 3l/min. Parâmetros vitais PA: FC: 104; SpO₂: 98%.

DATA: 21/10/19

Dr. Celso Antônio Mendes Coimbra
Cirurgião e Traumatologista
CRM-PI 10136

ASS. MÉDICO

PARECER:

++ Pedigro de TC de Tórax

02.10.19. 01h. gris. Paciente vítima de politrauma (acidente automobilístico) envolviu com desmaio. No momento do acidente não esteve em quadro nenhuma crise pânica, ressaca eufórica, com bons padrões respiratórios, ordem, pressão arterial e cardiorrespiratória, respirações rítmas e profunda, o FCR estabilizado. Realizava TC tórax sem laudos, com evolução de pneumotórax e hemotórax direito, sem indicações de drenagem cirúrgica no momento.

OB: isolado, abn. presbópico. ✓ inicio prtr. Dra. Euda Duarte
CRM-PI-4707

DATA: 1/1/1

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323

Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

V
0

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

Jadson de Oliveira Tavares

DATA DE NASCIMENTO:

DA CLÍNICA:

Ortopedia

À CLÍNICA:

Clínica Móvel

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente vítima de Politena que levou de
Quedas for ulegídeo, paciente desmucado.

SAME

Hospital Regional Tibério Nunes - HRTN

CNPJ: 16.563.564/0103-62

Dr. Celso Antônio Mendes Coimbra
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 30144 - 1313F

DATA: 22/10/19

ASS. MÉDICO

PARECER: 18:15

- Paciente com possível quadro de
shock pós-traumático por conta de óbito de
automóveis relatados descorpos respostas.
Após exame com pradop. e pet o paciente encontra-se
estável, PR com 60 bpm, AQT, 51 RA, Pd. 150 mmHg
Sod: 177. (em ar ambiente. FC: 98 bpm,
Hb: 100% pós-oxigenação
CD: Saus de protetor e desmucado

DATA: 22/10/19

Dr. João Pedro Tavares
Assistente
CRM: 7710

CRM: 7710 MEDICO ESPECIALISTA

REGULAÇÃO SUS

SENHA N° 201910201141536

Caráter URGENCIA

| | |
|--|--|
| Data da solicitação: 20/10/2019 01:16 | Número do prontuário: |
| Autorização: 201910201141536 | Profissional solicitante: Usuário Padrão |
| Estabelecimento solicitante: Hospital Regional Senador Dirceu Arcoverde (Uruçui/PI) | |
| Estabelecimento executante: Hospital Regional Tibério Nunes (Floriano/PI) | |
| Paciente: JADSON OLIVEIRA TAVARES | Data de nascimento: 13/08/1974 (45 anos) |
| Cid: <ul style="list-style-type: none">- Traumatismos múltiplos não especificados- Ferimento do couro cabeludo- Fratura de outras partes da perna | SAME Hospital Regional Tibério Nunes - HRTN CNPJ: 06.553.564/0103-62 |
| Procedimentos Autorizados: | |

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Paciente Tadson Oliveira Tavares D.N 13/08/1974
 Data: 20/10/19 Admissão às 11:45 Prontuário 202316
 Alergia _____ Procedimento realizado luxação de quadril

DOS REFERENTES À ANESTESIA

ESTÉSIA: () Geral; () Raqui; () Peridural; () Sedação; () Local; () Bloqueio- Tipo:

ESTESIOLOGISTA: Dr. Danilo CIRURGÃO: Dr. Alexandre

ENTROLES (HORÁRIO DE INÍCIO: _____)

| ora | 15' 19' 60 | 15' 11' 25 | 15' 11' 40 | 15' 10' 45 | 30' | 30' | 30' | 30' |
|----------------|------------|------------|------------|------------|-----|-----|-----|-----|
| A | 137084 | 134x104 | | | | | | |
| Iso | 9.92g/m | 1.00 | 0.98 | 0.98 | | | | |
| O ₂ | 100% | 100% | 100% | 99% | | | | |
| GT | | | | | | | | |
| or(0-10) | | | | | | | | |
| is.Func. | Bárbara | Bárbara | Bárbara | Bárbara | | | | |

| ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK | | Valor | Adm. | 30' | 60' | 120' | Observação |
|--------------------------------|--|-------|----------------------------|-----|-----|------|---|
| ividade tora sob o nando | Capaz de mover os membros | 4 | 2 | | 2 | 2 | SAME |
| | Capaz de mover 2 membros | 1 | 1 | | | | Hospital Regional Tibério Nunes - Unidade 011 36553564 0103-62 |
| | Incapaz de mover os membros | 0 | | | | | |
| spiração | Respira profundamente ou tosse livremente | 2 | | 2 | 2 | 2 | |
| | Dispneia ou limitação da respiração | 1 | | | | | |
| | Apnéia | 0 | | | | | |
| culação | PA 20% do nível pré-anestésico | 2 | | 2 | 2 | 2 | |
| | PA 20-49% do nível anestésico | 1 | | | | | |
| | PA 50% do nível pré-anestésico | 0 | | | | | |
| isciência | Lúcido, orientado no tempo e espaço | 2 | | 2 | 2 | 2 | |
| | Desperta se solicitado | 1 | | | | | |
| | Não responde | 0 | | | | | |
| uração de gênio | Maior que 92% respirando em ar ambiente | 2 | | 2 | 2 | 2 | |
| | Necessita de O ₂ para manter sat:O ₂ maior que 90% | 1 | | | | | |
| | Menor que 90% com O ₂ suplementar | 0 | | | | | |
| TOTAL | | | 09 | 10 | 10 | | |
| ALTA às _____ | | | Ass. Médico: <u>Danilo</u> | | | | <u>5968</u> |

**HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA
 CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO**

Nome do Cliente: Edison Oliveira Soárez

| | | | |
|--|--|--|-----------------|
| Prontuário: | Data de nascimento: <u>13/08/1974</u> | | |
| Procedimento Cirúrgico: | Enf/ Leito: | Data do Procedimento: | <u>20/10/19</u> |
| Pulseira de Identificação: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Horário SSVW: <u>09:30</u> | T: <u>36</u> FC: <u>60</u> bpm FR: <u>16</u> Ipm PA: <u>120/71D</u> mmHg | |
| Glicemia Capilar: <u>103</u> mg/dl | Acesso Venoso: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central (especificar local, calibre e nº de dias) | <u>jeleco 18</u> | |
| SNG <input type="checkbox"/> SNE <input checked="" type="checkbox"/> Drenos (especificar): | Jejum <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | A partir das: <u>12h da Jyj/o.</u> | |
| Avaliação Pré-Anestésica: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | Avaliação Cardiológica: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | Utiliza Anticoagulante: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Último horário: | |
| Sítio Cirúrgico Demarcado: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | Adornos Retirados: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | Utiliza Prótese Dentária: <input checked="" type="checkbox"/> Sim - Retirada <input type="checkbox"/> Não | |
| Higienizado: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Tricotomia: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | Camisola, gorro e pro-pés: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| Alergias: <input type="checkbox"/> Sim Qual: <u>(X) Não</u> | Exames essenciais disponíveis: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | | |
| Antimicrobiano Profilático: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Horário: | Hospital Regional Tibério Nunes - HRTN | | |
| Prontuário completo com ficha de Internação <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Hora do Encaminhamento ao CC: <u>SAME</u> CNPJ: 06.553.564/0103-62 | | |
| OBSERVAÇÕES: | | | |
| Assinatura e carimbo: | | | |
| ENFERMEIRO | | | |
| TÉCNICO EM ENFERMAGEM | | | |



Hospital Regional Tito Mares



Piauí
GOVERNO DO ESTADO

PACIENTE: Jackson de Oliveira Correia

ENFERMARIA: 18-39

LEITO:

Tays Emanuelly Leal Mendes

Tays Emmanuelle Leal Mendes
Ger. Geral de Enfermagem - HRTN
Gerente de Enfermagem - HRTN

PRESCRIÇÃO MÉDICA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI

| | | | | | |
|---|--|-------------------|--------------------|-------------|--|
| NOME | Jedson da O. Cunha | ALA | ENF. OU APT. 18 | LEITO 39 | ORTOPED |
| | | | | | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | HORÁRIO MEDICAÇÃO | | OBSERVAÇÕES | |
| DATA | 21/10/19 | | | | |
| 01. DIETA LIVRE | | | | | Em 21.10.19, paciente |
| 02. JELCO HIDROLISADO Soro Lactato 0,9% | | | | | em uso de curativo de |
| 03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS | | | | | Ondil + trauma no |
| 04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS | | | | | L. REG, h. 04E, parcer |
| 05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS | | | | | reposes dorso em ext. |
| 06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS | | | | | Em uso de 02. curaç |
| 07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N) | | | | | de rotina incolor, leve |
| 08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA | | | 14:00 | | toracalgia, dispneia, |
| 09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N) | | | | | Nas raias de rotina. |
| 10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmhg | | | | | Reage alga em OKP |
| 11. CURATIVO | | | | | med. d. Abeline florão |
| 12. SSVV + CCGG | Dr. Conegundos P. Filho Ortopedia / Traumatologia CRM: 2572 TEOF: 7348 | | | | indola à palpação; ou- vere dor de rotina. S. hig. Kots aderentes de curaç qual. lungia qual no- linter te de teta, qual ader- adecuar. 1843325 |

EXAMES REALIZADOS DE TOMOGRAFIA
DATA 21/10/19
EXAME TÉL. D. S. S. S.
RESPONSAIS: Dr. S. S. S.



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Jackson de Oliveira Tavares

Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro

Profissão: Motaista

Identidade: 1122 942 CPF: 626.485.785-87

Endereço: Rua José Almeida Bispo nº 24

Bairro: Centro Cidade: Lagarto

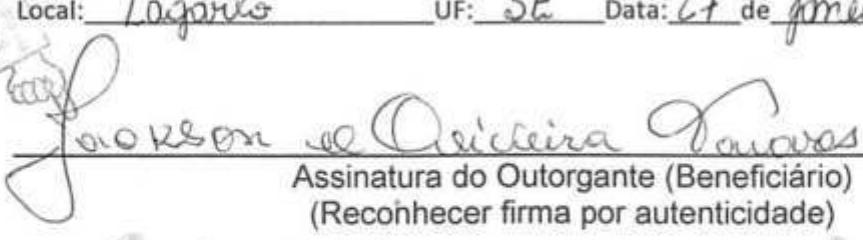
Estado: Sergipe CEP: 49400-000

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 Praça Felino Fontes, nº. 41, 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 _____.

Data do acidente: 19/10/2019 Cobertura: invalidiz

Local: Lagarto UF: SE Data: 27 de Janeiro de 2020


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

CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO DO DISTRITO DE MACAMBIRA-SE
titular: MARIA LUIZA MAGALHÃES DE MELO E FERREIRA
Telefone: (79) 3457-1217

Reconheço e dou fé como verdadeiro, por autenticidade, a
firma de JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES. Macambira-SE,
06/12/2019. Em testemunho Danielle Ramos Nascimento da verdade.

Danielle Ramos Nascimento
Escrevente

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0078848/20

Vítima: JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES

CPF: 626.485.785-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/10/2019

Titular do CPF: JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

LAERTE PEREIRA FONSECA : 019.990.755-28

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

JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES : 626.485.785-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/03/2020
Nome: LAERTE PEREIRA FONSECA
CPF: 019.990.755-28

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/03/2020
Nome: LEIDIANE ALMEIDA NASCIMENTO
CPF: 008.313.345-33

LAERTE PEREIRA FONSECA

LEIDIANE ALMEIDA NASCIMENTO