



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CÍVEL DE LAGARTO DA COMARCA DE LAGARTO
Rod. Lourival Batista, km 36, Bairro Horta, Lagarto/SE, CEP 49400000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202054101356	Distribuição: 03/11/2020
Número Único: 0006188-18.2020.8.25.0040	Competência: 2ª Vara Cível de Lagarto
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

Assuntos

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

Dados das Partes

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

Processos Apensados:

--

Processos Dependentes:

--



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

2ª VARA CÍVEL DE LAGARTO DA COMARCA DE LAGARTO
Rod. Lourival Batista, km 36, Bairro Horta, Lagarto/SE, CEP 49400000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

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:** Uruguí **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

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

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, retorne 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: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

626.485.785-87

Jackson de Oliveira Torares

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: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

Jackson de Oliveira Torares

626.485.785-87

Historista

Rua José Almeida Bispo

24

Centro

Lagarto

SE

49400-000

lenti@lentelefonica.com.br

19 36317735

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0645 CONTA: 30745 8 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão 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, Lagarto/SE 27/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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 Mangueira

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

S32.4

Dr. Alexandre Magno
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MA 3570 / CRM-PI 402

Data: 23/10/19

Assinatura e Carimbo



RELATÓRIO MÉDICO



NOME DO PACIENTE: Jackson de Oliveira Tavares
 DATA DA ENTRADA: 25/11/2019 BE-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:

Atende ao PS HUSF portador, com histórico de transplante de fígado no Hospital Tereza Ne - me - ARAU, tendo sido pelo SASS, seguindo com ORTOPEDIA, WA NID.

Recebeu de internamento realizado em outubro de 2019, sendo tratado principalmente no Hospital e encaminhado ao HUSF para tratamento de fratura do pé direito.

Atendido pelo Consultório Geral no PS. Paciente acordado, consciente e orientado, verbalizando Glasgow 15, membros superiores e inferiores, corado, hidratado, eufórico, sem sinais de desidratação.

Sinais vitais de frequência cardíaca, em HD. Exame físico com sinais em curso coberto, suturando suposto, sem sinais. Resposta a PE E enotador.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Apresenta de neurocirurgia que o libera. Retirada da Gama Geral.

Exame físico com sinais reduzidos de fratura de pé direito E, colorado de pele com 5 pontos.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx tórax, Rx coxa D e E, Rx joelho D e E, Rx espinha lombar, Rx mão E.
 ECG
 TC

MÉDICOS ASSISTENTES:

Thiago Leo	ORTOPEDISTA	CRM 4728 SF
Juliano Frazão	ORTOPEDISTA	CRM 880 SF
Joniel Bispo de Andrade Filho	ORTOPEDISTA	CRM 1295 SF
Aline Amorim	em geral	CRM 5560 SF

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

ARACAJU, 04 de dezembro de 2019

Marco Aurelio Facanha
 MÉDICO
 CRM - 1814

NCR +

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE *Dr. João Tomazetti*
 No. DO BE: 79985 DATA: 08/11/2019 HORA: 15:51 USUARIO: FFCROLIVEIRA
 CNS: SETOR: 05-ORTOPEDIA *PLUPC*

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES DOC....:
 IDADE.....: 45 ANOS NASC: 13/08/1974 SEXO...: MASCULINO
 ENDERECO.....: BAIRRO: NUMERO:
 COMPLEMENTO.....: UF: SE CEP....:
 MUNICIPIO.....: LAGARTO /ISABEL ALVES DE OLIVEIRA
 NOME PAI/MAE...: POMPILIO TAVARES TEL....:
 RESPONSAVEL....: SAMU
 PROCEDENCIA....: LAGARTO
 ATENDIMENTO....: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO
 CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Paciente transferido do HR Tiberio Nunes Flouano - Picui, trazido pelo SPM, regulado em ortopedia via vir.

Paciente com relato de capotamento em outubro/2019, permaneceu internado no Picui, veio para esta hospital para tratamento. ANOTACOES DA ENFERMAGEM: relato de fratura em MIE, Equipe multidisciplinar solicitou avaliação da cirurgia geral do PS.

Paciente acordado, consciente e orientado, verbalizando, glosando, sem queixas, pupilas isocóricas, ref: fotoneurologia.

Estado: brachiatado, ateu, ao toque. *Diagnóstico:* (A) sem cervicalgia (B) sem alteração de força em MIE, não consegue fazer abdução do pé direito (C) sem alteração de força em MIE, não consegue fazer abdução do pé direito (D) diminuição de força em MIE, não consegue fazer abdução do pé direito (E) ferimento certo contuso em couro cabeludo já suturado, siso, sem saída de secreção purulenta, perna e pé esquerdo eugessado.

Conduta: (1) Realizar higiene de ferimento em couro cabeludo (2) Avaliação NCR

DATA DA SAIDA: (3) Alta Cirurgia Geral (4) Aos cuidados da ortopedia HORA DA SAIDA: :
 ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
 INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] PATOLOGIA [] 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 13:35 HORAS

REGISTRO:

9366

05/11/19

Tc Quocirul E

9339
 08/11/19
 João

TECNICO DE RADIOLOGIA

Nome: *João de Deus, 40 anos*
Recr. 15 - 40 anos, 15 anos
Veículo: *carro*

HUSE

HOSPITAL DE URGENCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATENDIMENTO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - SISTEMA DE MANCHETER

NOME DO PACIENTE (Sem abreviações):

REGISTRO:

IDADE:

ETNIA:

DATA:

DATA DE NASCIMENTO

NOME DA MÃE:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

SITUAÇÃO / QUEIXA:

R. Dor 4º 2º
R. Dor 2º 2º
R. Dor 1º 2º
R. Dor 1º 2º

FLUXOGRAMA:

DISCRIMINADOR:

ALERGIAS (MEDICAMENTOS E ALIMENTOS):

CNPJ: 08.982.875
CRA 3109
CRA 3109

VERMELHO

LARANJA

AMARELO

VERDE

AZUL

0 MIN

10 MIN

60 MIN

120 MIN

240 MIN

OBSERVAÇÃO:

Vol. não 11. E. M. M. M.

DESTINO / ENCAMINHAMENTO:

COREN:

ASSINATURA:

COORDENADOR:

RECLASSIFICAÇÃO PARA A PRIORIDADE:

DISCRIMINADOR

às h min

ENF:

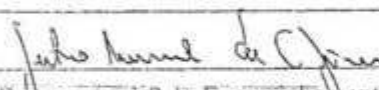
COREN:

CONFIRMADA IDENTIFICAÇÃO COM O PACIENTE / FAE / PULSEIRA? (S/N)

COLOCADA PULSEIRA? (S/N)

EM QUAL MEMBRO? (PULSO E / TORNOZELO E / TORNOZELO D)

Ficha de Encaminhamento

Da Unidade HRTN	Para: Unidade Mista Anápolis
Nome da Pessoa Encaminhada Jackson de Oliveira Tavares	Registro
Motivo do Encaminhamento HTA em fase de controle satisfatória em 19/11/2019 e também se apresentando controle de glicemia (6), porém se quer a Eq; diante do controle em seus exames com exames secundários. Não apresenta mais tais alterações por breves.	
Observações:	
 Responsável Pelo Encaminhamento	Obs.: Deve ser arquivada no Centro de Saúde, Unidade Mista e Hospital Local ou Regional. Em: 08 / 11 / 2019

Ficha de Retorno

Da Unidade	Para:
Nome do Cliente:	Registro Original
Diagnóstico e Orientações:	
<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	Obs.: Esta ficha deverá ser devolvida ao local de origem através do próprio paciente devidamente fechada.
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE
=====

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 9010
Numero do CNS.....: 0000000000000000
Nome.....: JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES
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.....:
Telefone.....: Cep.: 00000-000
Município.....: 2803500 - - SE
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: SERGIPE

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

INFORMACOES DE SAIDA

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

EXAME DE RADIOLOGIA
REALIZADO EM 11/11/2019
AS 10:00

04

DATA: 23 / 11 / 2019.

15º DIH

NOME: Jackson de Oliveira Tavares 45anos - A 4.3

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º. Dieta Livre	
2º. Gelco Salinizado	Su over
3º. Kefazol 1 g EV 8/8hs ou Keflin 1 g EV 6/6hs SUSP	-
4º. Gentamicina 240mg + SF 0,9% 200 ml EV 1x dia SUSP	-
5º. Dipirona 2ml + 8 ml AD-EV ou Paracetamol 40gts VO 6/6hs	12 18 24 06
6º. Nauseadron 8mg EV 08/08hs SOS	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 301 - 350: 06UI 351 - 400: 08UI > ou = 401: 10UI	
15º. Curativos Diários 1 x dia (x) SF 0,9% + Gazes	
16º SSVV 6/6hs	
17º Cipro 400mg EV 12/12hs	S
18º Clindamicina 600mg EV 6/6hs	
19º Desametasona 1ml EV 6/6hs	
20º Diazepam 10mg VO às 21hs	
21º	

Arifery Pereira
M8285

Dr. Hélio Tavares Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 880

Médico

EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE

09

Nome do Paciente: Jackson de Oliveira Ramos
Unidade de Produção: Idade: Sexo: Leito: Nº do Prontuário:

RTE URMIA DE ALHELE COM CAVILHA 1/4
ALMO 14 IMT, EVOLUÇÃO COM TX DE AGTAMU (E)
NEXEL "MIL ETTM" COM MEXUA
MEDA DMMIS ALICIOS E COM MIM
CINHA SI ALHELE

CO. VIT ASA

THIAGO M. Leal
Supervisor CAM 878

21 NOV 2018

21/11/19. Póli. Exatopalis

2.1m Paciente com quadro de insuficiência cardíaca, com sintomas de dispnéia, edema de membros inferiores e ganho de peso. Volume de 75 ml.

Dr. Raimundo César S. Santos
Enfermeiro
COREN 10022



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



Nome do Paciente: <u>Jackson de Oliveira</u>	Idade: _____	Sexo: _____
Unidade de Produção: <u>UPC</u>	Leito: <u>L06</u>	Nº do Prontuário: _____

DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
03.11	18:55	Paciente admitido neste setor apresentando alta febre, acordado, sem consciência em VC, irregularidade cardíaca do tipo <u>bradycardia</u>
	19h	Paciente calmo, consciente, orientado, sem febre relacionada, apático, verbalizando. Sem fôlego
	21h	Realizado limpeza do corpo, cabelo, com securar pontual; Usado SF + duron no ordem verbal da enfermeira do setor de urgência
	23h	Admitido no setor de urgência. Paciente perdeu a consciência, realizado novo exame com glicose n.º do do curso
	24h	Paciente dormindo no curso
	06:00	No leito, sem intercorrências. Sem
04.11	7:00	No leito sonolento, segue mantendo que os clínicos
	8:00	Encaminhado para o bloco de aspersão Tuberculose
	11:00	Segue mantendo quadro. Sem
	16:00	Segue as ordens da enfermagem. Deixou
	18:00	Admissionado no setor de urgência de alta febre, acordado, verbalizando de enfermagem
09.11	19:00	Paciente no leito calmo, apático, febre terceira, acordado, verbalizando suavemente, fez uso de salinizada, em companhia de família e funcionários, segue com as ordens da equipe de enfermagem
	20:00	Admissionado no setor de urgência, com febre alta
	21:00	Paciente admitido no setor de urgência

DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
22/04	08h	Administração medicação conforme prescrição. Adriana Rodrigues Sacramento TÉC. DE ENFERMAGEM CORENISE 260625
22/04	10h	Paciente em repouso sem alterações. Adriana Rodrigues Sacramento TÉC. DE ENFERMAGEM CORENISE 260625
22/04	12h	Almôjido. Paciente em repouso. Pulso 70 bpm, PA 120/80 mmHg. Temperatura 36,5°C. Sinais vitais estáveis.
22/04	14h	Medicação administrada conforme prescrição. Paciente em repouso. Pulso 72 bpm, PA 120/80 mmHg. Temperatura 36,5°C. Sinais vitais estáveis.
22/04	16h	Medicação administrada conforme prescrição. Paciente em repouso. Pulso 70 bpm, PA 120/80 mmHg. Temperatura 36,5°C. Sinais vitais estáveis.
22/04	18h	Medicação administrada conforme prescrição. Paciente em repouso. Pulso 70 bpm, PA 120/80 mmHg. Temperatura 36,5°C. Sinais vitais estáveis.
22/04	20h	Medicação administrada conforme prescrição. Paciente em repouso. Pulso 70 bpm, PA 120/80 mmHg. Temperatura 36,5°C. Sinais vitais estáveis.
22/04	22h	Medicação administrada conforme prescrição. Paciente em repouso. Pulso 70 bpm, PA 120/80 mmHg. Temperatura 36,5°C. Sinais vitais estáveis.
22/04	00h	Medicação administrada conforme prescrição. Paciente em repouso. Pulso 70 bpm, PA 120/80 mmHg. Temperatura 36,5°C. Sinais vitais estáveis.
22/04	02h	Medicação administrada conforme prescrição. Paciente em repouso. Pulso 70 bpm, PA 120/80 mmHg. Temperatura 36,5°C. Sinais vitais estáveis.
22/04	04h	Medicação administrada conforme prescrição. Paciente em repouso. Pulso 70 bpm, PA 120/80 mmHg. Temperatura 36,5°C. Sinais vitais estáveis.
22/04	06h	Medicação administrada conforme prescrição. Paciente em repouso. Pulso 70 bpm, PA 120/80 mmHg. Temperatura 36,5°C. Sinais vitais estáveis.
22/04	08h	Paciente no leito, tranquilo, acordado, consciente, orientado, verbalizando, acompanhado por familiar e sem queixa no momento. Tc. Lir b
22/04	10h	Realizado curativo em cateter, no período de 10h, em local adequado. Tc. Lir b
22/04	12h	Administração de medicação de acordo com prescrição médica. Tc. Lir b
22/04	14h	Paciente repousando, mantendo quadro, sem queixas dormindo no momento, feito medicação de horário. Tc. Lir b



Fundação
Hospitalar
de Saúde

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

DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
11/11/19	18h	Administrado medicação de horário de acordo com prescrição médica, segue sob cuidados da equipe Tec. Lis - K Em tempo, aguardando transferência para Ala A.
	18:05h	Paciente encaminhado para enfermaria, acompanhado por familiar e funcionário Tec. Lis - K
	18:10h	Recebido no setor, proveniente da UCI, em uso de gelco hidroalcohólico, expetorante, adalato, e espuma de banho. Prescrito dieta
		Anderson Batista da Conceição COREN-SE 120992 - TE
11/11/19	19:30	Encontra-se no leito em delirio, dorsem, convulsão, agitação verbalizando, a umosica, amotinado, monotonoso, não responde, eupórico, apreensivo em uso de AVP monitorizada NSD. E imobilizado com mte, acufono, tontura, náusea, vômito, diarréia, evacuação e diurese abundantes s.c. Sinais vitais PA - 110 x 60 mmHg; FC 100 bpm, FR 19 rpm, SAT 96%, T _{ax} 35,7°C. Em auxílio farmacológico dos sintomas.
	20:00	BPM utilizada administração de hidratação conforme prescrição em sala de emergência. Paciente permanece agitado.
	21:30	Ambulatório laboratorial a partir de intervenção est. aux. que ocorreu durante o período de internação.
	22h	Notificação de morte do paciente ocorrida às 22h.
	23:00	Paciente dorme no momento.
	04h	Administrado medicações prescritas de horário / Sem alterações / sleep

Nome do Paciente:	JACKSON de OLIVEIRA JARDIMES	Idade:	45 a	Sexo:	M
Unidade de Produção:		Leito:	4-3	Nº do Prontuário:	

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
	13:00	Paciente no leito, calado, cont. verbalizando sem guilhotina a manito. Pac. tranquilo.
	15:00	Paciente no leito, calado, cont. verbalizando.
	18:00	Paciente no leito, calado, cont. verbalizando.
	19:30	Encontra-se no leito, em companhia de familiar conhecido, orientado no tempo e espaço, normoalimento, anictérico, normotensão, aguilha, normocárdico, eufórico. Em uso de A.V.P. em NGT, em uso de Sola gorda com imobilização de NGT, SSVV = P.A 120 x 80 mmHg, Temp = 36,8°C, F.e 48 bpm, F.R 20. Realizando dieta Solomonte, diurese e deposições normais. S/c, S/c. Aux. Eng. Sra Barbara Gabriela S/s Silva.
	20h	Administrado medicação de horário conforme prescrição Médica. S/c. Aux. Eng. Sra Barbara Gabriela S/s Silva.
	21:15	Recebeu o banho aspersão socialmente. S/c. Aux. Eng. Sra Barbara Gabriela S/s Silva.
	24h	com medicação de horário, segue sem queixas.
	03h	Segue dormindo.
	06h	com medicação de horário, mantém quadro clínico.
14/11	13:00	Paciente no leito, calado, cont. verbalizando.
14/11	15:00	uso de A.V.P. Sola gorda em NGT.
14/11	18:00	recebeu banho.
		Administrado banho de limpeza e higiene.
		se apresenta, Pac. tranquilo, referir alergia a disenteria por Roubada.

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
11/11	10	adormecimento lateral por
11/11		Plenamente consciente, com
11/11		breve medicação por ordem de
11/11	13:35	Paciente no leito, calmo, consciente, orientado, afebril, supneco, verbaliza acompanhado, segue sob as cuidados de enfermagem. <u>Silvia</u>
11/11	18:00	Adm. medicação de horário, segue com <u>Silvia</u>
11/11	21:30	Encontra-se no leito, em companhia de familiar, consciente, orientado no tempo e no espaço, verbalizando, unidirecional, normal, afebril, normocárdico, supneco, em uso de ACP em 11:30, Tala grande com imobilização de M.E., ECG - P-A 330x80 mmHg, Semp 35, 9°C, F.e 90 bpm, FR 20, diáfragma alta. Soluções, de 100% e dióxido de carbono (SIO) 15%. Aux. Eng. São Bárbara Cabral Srs. Silva
11/11	20h	Administração medicação de horário por <u>Silvia</u> conforme prescrição médica Est. Aux. Eng. São Bárbara Cabral Srs. Silva
11/11	21h	Administração medicação de horário por <u>Silvia</u> conforme prescrição médica Est. Aux. Eng. São Bárbara Cabral Srs. Silva
11/11	22:35	Adm. 150ml de soro fisiológico - <u>Silvia</u> conforme prescrição médica Est. Aux. Eng. São Bárbara Cabral Srs. Silva
11/11	23h	Medicação conforme prescrição médica <u>Silvia</u>
11/11	03h	Dorme no momento. <u>Silvia</u>
11/11	04h	G.T. 1:30 - Rota de 100ml de soro fisiológico (Tubul) <u>Silvia</u>
11/11	05h	Administração medicação de horário por <u>Silvia</u>
11/11	07h	Paciente no leito, calmo, consciente, orientado, afebril, supneco, verbaliza acompanhado, segue sob as cuidados de enfermagem. <u>Silvia</u>
11/11	08h	Adm. medicação de horário, segue com <u>Silvia</u>
11/11	09h	Adm. medicação de horário, segue com <u>Silvia</u>

José Cláudio Corrêa Santos
 COREN 30308 - TEC.
 COREN 419256 - AUX.

9

Nome do Paciente:

Yolksom de Jiriro

Idade:

Sexo:

Unidade de Produção:

Leito:

4.3

Nº do Prontuário:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
18/11/19	8h	Paciente calmo, consciente, orientado, realizada medicação de horário conforme prescrito. // Adriano
18/11/19	12h	Realizada medicação de horário conforme prescrito. segue seu intercorrência e os cuidados de enfermagem. // Adriano
18/11/19	1300h	Paciente no leito afebril, aparentemente bem, AVP, tolo gorda em MFE. // Valécio 378835
	1500h	Operado da lombar. // Valécio
	1800h	Operado da dieta. segue em acompanhamento. // Valécio 378835
	2100h	Realizado o AVP. paciente bem, tolo gorda em MFE. // Valécio 378835
	2300h	Realizado o AVP. paciente bem, tolo gorda em MFE. // Valécio 378835
	07h	Paciente no leito calmo, consciente, em repouso. // Valécio
	8h	Em uso de AVP hidrolizado + glicose em MFE. // Valécio
	10h	Repouso constante no leito. // Valécio










Terapeuta 1º Santos de O.
COREN-SE 311064-A

Terapeuta 2º Santos de O.
COREN-SE 311064-A

Terapeuta 3º Santos de O.
COREN-SE 311064-A

Terapeuta 4º Santos de O.
COREN-SE 311064-A

Terapeuta 5º Santos de O.
COREN-SE 311064-A

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
	12h	Relato de dor no dorso da coluna durante a noite e dia.
	12:30	Administrado medicação conforme prescrito.
	12:30	Repouso e sem alterações.
9/11/19	13:00h	NO LITO, acordado, calmo, A.E. harto, consciente, normoventilado, orientado, em uso de ACP, dióxido de carbono em mSE + talc gaseoso em mTE. ————— <div style="text-align: right;">  ins dos Reis 2.038-77 </div>
	15:00h	em tempo: às 14:00h de repouso e algo de febre redireção SOS com transtorno de consciência. ————— <div style="text-align: right;">  </div>
	18:00h	Administrado medicação de horário / para tórax 40 gotas via oral + clindamicina 600mg - clámpido via oral + dexametasona 4mg via oral. ————— <div style="text-align: right;">  274.039-76 </div>
	20h	Paciente encontra-se no leito, no calmo, consciente, em uso de ACP + descação de gás, talc gaseoso no mTE. ————— <div style="text-align: right;">  </div>
	24h	Paciente acordado, calmo, consciente, orientado, normoventilado, em uso de ACP, dióxido de carbono em mSE + talc gaseoso em mTE. ————— <div style="text-align: right;">  </div>
11/19	8:00	Pte no leito, calmo, consciente, orientado, normoventilado, em uso de ACP, dióxido de carbono em mSE + talc gaseoso em mTE. ————— <div style="text-align: right;">  </div>
	8:40	Realizado curativo. ————— <div style="text-align: right;">  </div>
	10:00	Instalado medicação de horário, segue mantendo quadro clínico. ————— <div style="text-align: right;">  </div>
	11:00	Adm: medicação de horário prescrita, segue bem queixas. ————— <div style="text-align: right;">  </div>

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

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
20/11/19	14h	Paciente no leito, calmo, consciente, orientado, eupneico, afébril, sinais vitais em uso de AUP ligado, segue aos cuidados - Joaquina
	16h	Recebeu o lanche - Joaquina
	18h	Administrado medicação de rotina conforme prescrição médica segue aos cuidados - Joaquina
21/11/19	08h	Paciente encontra-se no leito, calmo, consciente, orientado, ventilando, afébril, eufneico, em uso de AUP e Tala em ATE, segue aos cuidados no momento;
	10h	Oferecido lanche.
	14h	Administrado medicação de rotina conforme prescrição; Verificados - T - 36,2°C; P - 92 bpm; P.A - 117 x 70 mmHg; Paciente sem intercorrências no momento, está em jejum para realização de exames.
21/11/19	03h	Seque oprimido
21/11/19	05h	Medicado / Sem alterações

Simone
COREN-S: 7824

Simone
COREN-S: 7824

GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Fundação
Hospitalar
de Saúde

Nome do Paciente: Jackson de Oliveira Leão	Idade: 65 anos	Sexo: masculino
Unidade de Produção: SRPP	Leito: 03 A4.3	Nº do Prontuário: 3010

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
21/11/19	10:45	Paciente admitido no SRPP, após procedimento cirúrgico de Otitomistectomia de fúndus de Atalante (E). No momento encontra-se acordado, calmo, consciente e orientado pessoa, hipotímico em uso de cardiotrópico por AUP em uso MSD, sedado por monitorização cardíaca, SPO ₂ 98%, FC 71 bpm, segue em observação da equipe enfermeira.
	12:00	Não foi administrada medicação profilática por estar no período de observação, segue calmo e tranquilo.
	16:00	Paciente retorna de centro cirúrgico em companhia de funcionários em uso de UVP gelado. Item
		Administrado medicação conforme prescrição médica. <i>Receita</i>
	19:00 às 19:00	Paciente consciente, orientado, afeto
		Administrado medicação conforme prescrição médica. <i>Receita</i>
22/11/19	07h	Pac. no leito calmo, consciente e
		em uso de AUP hidrolizado
	10h	Realizado higiene corporal + curativo do F.O.
	8 e 12h	Administrado medicação conforme prescrição
		Em repouso.
	14:00	Pac. calmo, consciente, orientado, afeto
		acompanhado, segue sob os cuidados da enfermeira.

8:00 Flito medicado prescrito, segue para
Química - Flito

[illegible]

11:00 Paciente após o curativo,
saiu de alta. Segue com
curativos da família. H. A. J.

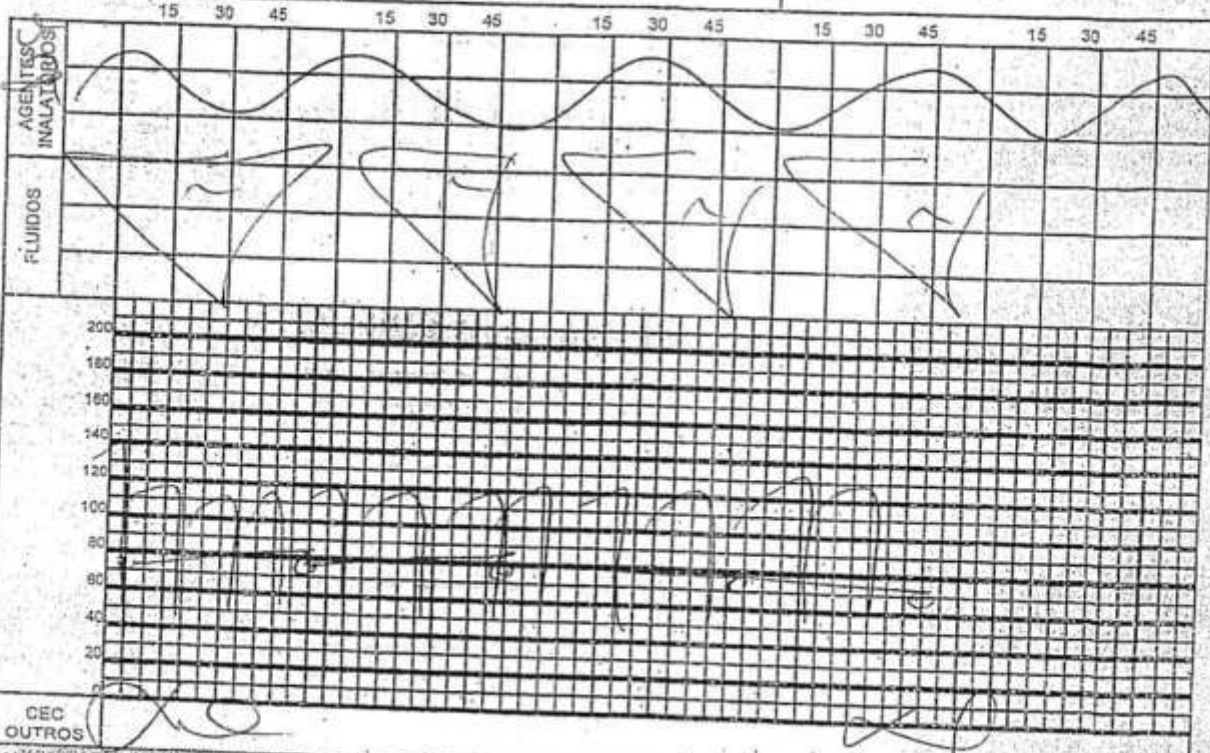
HUSE

BOLETIM DE ANESTESIA



Fundação Hospitalar de Saúde

PACIENTE: JACKSON DE OLIVEIRA JÚNIOR		REGISTRO:
UNIDADE:	MÉDICO:	LEITO:
CIRURGIA PROGRAMADA: Otimização do trato do intestino	CIRURGIA REALIZADA:	DATA: 21/11/19
ANESTESIOLOGISTA: Dr. H. F. F. F.	TÉCNICA ANESTÉSICA: Venturo	MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA:
CIRURGIÃO: Hildebrando	AUXILIAR:	ASA: I
HORA DE INÍCIO: 08:00	HORA DE TÉRMINO: 10:30	ACESSO VENOSO:
		POSICÃO:



MONITORIZAÇÃO		CONDIÇÃO DE ALTA PARACETOL	
PA NÃO INVASIVA	X	PVC	
PA INVASIVA		TEMPERATURA	
ELETROCARDIOGRAFIA	X	DIURESE	
OXIMETRIA	X	VENTILAÇÃO	
CARNOGRAFIA		PAM	

AGENTES ANESTÉSICOS	DOSE	TEMPO DE AÇÃO
Neuroco 20 - P		NOME:
Diazepam		1ª Dose as: horas
Kefzol		2ª Dose as: horas
butor 0,1		3ª Dose as: horas
me 0,1		

Dra. Patrícia Medeiros R. Anestesiologista CRM: SE 2529



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



Fundação
Hospitalar
de Saúde

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: JACKSON DE OLIVEIRA THALES

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FX A ULTRAQUIL ESD

CIRURGIA REALIZADA: MTI

CIRURGIÃO: DR. THOMAS CEAR / DR. MARCELO LOPES

AUXILIARES:

ANESTESIA: DR. MATILIA ANESTESISTA: MOC

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: D. MEMO

☒ 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

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. PUTE EM DE. MT. DREN. HOS. AUTOREM
 2. A-A + AMIN. ATENÇÃO
 3. ALGO DE KOLMER - VAGUEIRO EM CILINDRO ESTERIL, COM
 4. MISTURA EM VÍTRIS
 5. DRENAGEM FISTULA COMUM DE SANGUE + LÍQUIDO ESPERMATÓICO
 6. RESOLUÇÃO DE DRENAGEM COM IMPLANTAÇÃO DE SUTURA DE
 7. IMPLANTAÇÃO DE SUTURA COM 5 PONTOS
- WETTERER DE FLOQUIN
- PRONTO DE PLANEJAMENTO E PLANEJAMENTO DE FERRA
- SUTURA DE SANGUE + CILINDRO ESTERIL
- A SANGUE

DATA: 21/11 / 19

THOMAS DE LIMA
Cirurgião Geral

21 NOV 2019

Assinatura do Cirurgião

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA			
1.	Dados pessoais confirmados com o paciente + equipe + prontuário + pulseira	SIM	NÃO NA
2.	Procedimento/sítio cirúrgico confirmado com o paciente + equipe + prontuário + exames	SIM	NÃO NA
3.	Termo de consentimento assinado	SIM	NÃO NA
4.	Checado funcionamento do equipamento anestésico	SIM	NÃO NA
5.	Alergias conhecidas:	SIM	NÃO NA
6.	Via aérea difícil e/ou risco de broncoaspiração? Se SIM, os materiais devem estar disponível em sala	SIM	NÃO NA
7.	Avaliado risco de perda sanguínea >500ml (7ml/kg em crianças) Se SIM, paciente deve ter 2 AVP calibrosos puncionados ou CVC fluído previsto em sala	SIM	NÃO NA
ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA			
8.	Todos os membros da equipe se apresentam informando nome e função	SIM	NÃO NA
9.	Equipe confirma nome do paciente, local da cirurgia e procedimento	SIM	NÃO NA
10.	Imagens essenciais disponíveis na sala operatória	SIM	NÃO NA
11.	Antibioticoprofilaxia administrada nos últimos 60min.	SIM	NÃO NA
12.	Materiais e implantes no prazo de validade	SIM	NÃO NA
ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÃO			
13.	Todos os membros da equipe confirmam o procedimento realizado	SIM	NÃO NA
14.	Contagem de instrumentais, compressas e agulhas estão corretas	SIM	NÃO NA
15.	Biópsia identificada com: Nome completo do paciente, data de nascimento, n° do prontuário, nome do cirurgião e data e do procedimento. N° de amostras:	SIM	NÃO NA
16.	Identificados problemas com equipamentos durante o procedimento	SIM	NÃO NA
17.	Recomendações especiais para o pós operatório	SIM	NÃO NA
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM			
HORA	REGISTRO	adm em do	ASSINATURA
08:00	Paciente para realizar a cirurgia.		
08:10	Contagem verbalizando		
08:20	AVP em n° 58 (Realizado)		
08:30	Realizado a anestesia		
08:40	Realizado a incisão		
09:00	Realizado a sutura		
10:00	Realizado o procedimento		
10:30	Encaminhado para SRPA		
Sec Clones Com 077807 SE			
ENCAMINHADO PARA: SRPA			

HUSE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

REGISTRO DE ENFERMAGEM NO TRANS-OPERATÓRIO

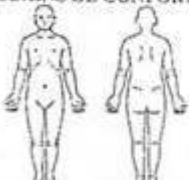




NOME: Pachon de Oliveira

PRONTUÁRIO: 9010

DATA: 21/11/19

HORÁRIO: 09:00

SALA: 01

CHEGOU AO CENTRO CIRÚRGICO <input type="checkbox"/> CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> DESORIENTADO <input type="checkbox"/> DEAMBULANDO <input checked="" type="checkbox"/> EM MACA		EQUIPE MULTIDISCIPLINAR CIRURGIÃO: <u>Dr. João Bando</u> AUX 1: <u>Dr. João</u> AUX 2: <u>Dr. João</u> CIRCULANTE: <u>Dr. João</u> INSTRUMENTADOR: <u>Dr. João</u> ENFERMEIRO: <u>Dr. João</u> ANESTESISTA: <u>Dr. João</u>		HORÁRIO ENTRADA NA SALA: <u>08:00</u> INÍCIO DA ANESTESIA: <u>08:30</u> INÍCIO DA CIRURGIA: <u>09:00</u> TÉRMINO DA CIRURGIA: <u>10:00</u> TÉRMINO DA ANESTESIA: <u>10:30</u> SAÍDA DA SALA: <u>11:00</u>																																									
PROCEDÊNCIA DO PACIENTE: <u>Ortopedia e de fratura de acetábulo</u> CIRURGIA PROPOSTA: <u>Ortopedia e de fratura de acetábulo</u> CIRURGIA REALIZADA: <u>Ortopedia e de fratura de acetábulo</u>																																													
TECNICA ANESTESICA <input type="checkbox"/> GERAL VENOSA <input type="checkbox"/> GERAL INALATORIA <input type="checkbox"/> GERAL COMBINADA <input checked="" type="checkbox"/> RAQUIANESTESIA <input type="checkbox"/> PERIDURAL C/CATETER <input type="checkbox"/> PERIDURAL S/CATETER <input checked="" type="checkbox"/> SEDACÃO <input type="checkbox"/> BLOQUEIO DO PLEXO <input type="checkbox"/> LOCAL ASPEPSIA <input checked="" type="checkbox"/> PVPI TOPICO <input type="checkbox"/> PVPI ALCCOLICO <input type="checkbox"/> CLOREX. ALCCOLICA <input type="checkbox"/> CLOREX. DEGERMANTE <input type="checkbox"/> CLOREX. AQUOSA SUORTE VENTILATORIO TUBO ENDOTRAQUEAL <input type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/> NASAL TUBO AMARADO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO MASCARA LARINGEIA <input type="checkbox"/> SIM		POSICÃO DO PACIENTE <input type="checkbox"/> DORSAL <input type="checkbox"/> VENTRAL <input type="checkbox"/> LAT. ESQ. <input type="checkbox"/> LAT. DIR. <input type="checkbox"/> CANIVETE <input type="checkbox"/> LITOTOMIA <input type="checkbox"/> TRENDELEMBURG <input type="checkbox"/> TRENDELEMBURG REVERSA BISTURI ELETRICO <input type="checkbox"/> BIPOLAR <input type="checkbox"/> UNIPOLAR <input type="checkbox"/> ULTRASSÔNICO <input type="checkbox"/> ARGÔNIO PLACA DE BISTURI LOCAL: _____ COMPRESSAS GRANDES ENTREGUES: <u>11</u> DEVOLVIDAS: _____ COMPRESSAS PEQUENAS ENTREGUES: _____ DEVOLVIDAS: _____ CONTAGEM DE INSTRUMENTAL ENTREGUES: _____ DEVOLVIDAS: _____ GASOMETRIA ARTERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		EQUIPAMENTOS, ACESSÓRIOS E DISPOSITIVOS UTILIZADOS <input type="checkbox"/> BOMBA DE INFUSÃO <input type="checkbox"/> DESFIBRILADOR <input type="checkbox"/> MONITOR CEREBRAL <input checked="" type="checkbox"/> INTENSIFICADOR DE IMAGEM <input type="checkbox"/> MANTA TERMICA <input type="checkbox"/> MICROSCÓPIO <input type="checkbox"/> FIBROSCÓPIO <input checked="" type="checkbox"/> MONITOR MULTIPARAMETROS <input checked="" type="checkbox"/> PA NÃO INVASIVA <input type="checkbox"/> PA INVASIVA <input checked="" type="checkbox"/> OXÍMETRO <input checked="" type="checkbox"/> CAPNOGRAFO <input type="checkbox"/> PIC <input type="checkbox"/> FOCO AUXILIAR <input checked="" type="checkbox"/> FONTE DE LUZ <input checked="" type="checkbox"/> BRONCOSCÓPIO <input checked="" type="checkbox"/> CARRO DE ANESTESIA <input checked="" type="checkbox"/> GARROTE PNEUMÁTICO <input checked="" type="checkbox"/> CARDIOSCÓPIO <input type="checkbox"/> TERMOMETRO <input type="checkbox"/> OUTROS <input checked="" type="checkbox"/> ACESSO VENOSO PERIFÉRICO <input checked="" type="checkbox"/> ACESSO VENOSO CENTRAL <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E																																									
COXINS DE CONFORTO 		PLACA DE BISTURI, ELETRODOS E LOCAL DE INCISÃO  LEGENDA PLACA DE BISTURI:  LOCAL: _____ ELETRODOS:  DICILÃO: 		SONDAS <input type="checkbox"/> SNG N° _____ <input type="checkbox"/> SNE N° _____ <input type="checkbox"/> FOGARTY N° _____ <input type="checkbox"/> SOND. FOLLEY N° _____ <input type="checkbox"/> C/RESTRIÇÃO <input type="checkbox"/> S/RESTRIÇÃO <input type="checkbox"/> FOLLEY SILICONE N° _____ <input type="checkbox"/> SONTA NELATON N° _____ PASSADA POR: _____ ASPIRAÇÃO N° _____																																									
DRENOS E CÂNULAS <input type="checkbox"/> SUCCÃO N° _____ <input type="checkbox"/> ABDOMINAL N° _____ <input type="checkbox"/> BLAKE N° _____ <input type="checkbox"/> TÓRAX N° _____ <input type="checkbox"/> PIZZER N° _____ <input type="checkbox"/> PENROSE N° _____ <input type="checkbox"/> KHER N° _____ <input type="checkbox"/> TRAQUEOSTOMO N° _____ <input type="checkbox"/> GUEDEL N° _____ <input type="checkbox"/> TOT N° _____		DIURESE DESPREZADA EM SALA <table border="1"> <thead> <tr> <th>HORA</th> <th>VOLUME</th> <th>ASPECTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> ANATOMO PATOLÓGICO NOME DA PEÇA: _____ N° DA PEÇA: _____ <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		HORA	VOLUME	ASPECTO										<table border="1"> <thead> <tr> <th>SANGUE E HEMODERIVADO</th> <th>QUANT.</th> <th>DATA</th> <th>HORÁRIO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CONCENTRADO DE HEMACIAS</td> <td> </td> <td> </td> <td>1º INÍCIO 1º TÉRMINO 2º INÍCIO 2º TÉRMINO OUTRAS</td> </tr> <tr> <td>PLASMA</td> <td> </td> <td> </td> <td>1º INÍCIO 1º TÉRMINO 2º INÍCIO 2º TÉRMINO OUTRAS</td> </tr> <tr> <td>ELAQUETAS</td> <td> </td> <td> </td> <td>1º INÍCIO 1º TÉRMINO 2º INÍCIO 2º TÉRMINO OUTRAS</td> </tr> <tr> <td>OUTROS</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> N° DA BOLSA: _____		SANGUE E HEMODERIVADO	QUANT.	DATA	HORÁRIO	CONCENTRADO DE HEMACIAS			1º INÍCIO 1º TÉRMINO 2º INÍCIO 2º TÉRMINO OUTRAS	PLASMA			1º INÍCIO 1º TÉRMINO 2º INÍCIO 2º TÉRMINO OUTRAS	ELAQUETAS			1º INÍCIO 1º TÉRMINO 2º INÍCIO 2º TÉRMINO OUTRAS	OUTROS											
HORA	VOLUME	ASPECTO																																											
SANGUE E HEMODERIVADO	QUANT.	DATA	HORÁRIO																																										
CONCENTRADO DE HEMACIAS			1º INÍCIO 1º TÉRMINO 2º INÍCIO 2º TÉRMINO OUTRAS																																										
PLASMA			1º INÍCIO 1º TÉRMINO 2º INÍCIO 2º TÉRMINO OUTRAS																																										
ELAQUETAS			1º INÍCIO 1º TÉRMINO 2º INÍCIO 2º TÉRMINO OUTRAS																																										
OUTROS																																													
SINAIS VITAIS <table border="1"> <tbody> <tr> <td>FC (BPM)</td> <td><u>63</u></td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>SpO2 (mmHg)</td> <td><u>100%</u></td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>EPCO2 (mmHg)</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>PA (mmHg)</td> <td><u>130x78</u></td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>PAI (mmHg)</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>FR (RPM)</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>TEMP. (°C)</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>LPP (LOCAL)?</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>						FC (BPM)	<u>63</u>				SpO2 (mmHg)	<u>100%</u>				EPCO2 (mmHg)					PA (mmHg)	<u>130x78</u>				PAI (mmHg)					FR (RPM)					TEMP. (°C)					LPP (LOCAL)?				
FC (BPM)	<u>63</u>																																												
SpO2 (mmHg)	<u>100%</u>																																												
EPCO2 (mmHg)																																													
PA (mmHg)	<u>130x78</u>																																												
PAI (mmHg)																																													
FR (RPM)																																													
TEMP. (°C)																																													
LPP (LOCAL)?																																													

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



TERMO DE AUTENTICAÇÃO

NOME DA EMPRESA	JOSIVAN COSTA MEINESES E CIA LTDA
PROTOCOLO	168462856 - 22/06/2018
ATO	002 - ALTERAÇÃO
EVENTO	021 - ALTERAÇÃO DE DADOS (EXCETO NOME EMPRESARIAL)

MATRIZ

RG 29204201031
CPF 08.947.953.0001-71
CERTIFICADO EM 22/06/2018



HELIO PORTELA RAMOS
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado da Bahia

Certificou e Registrou sob o nº 87765428 em 22/06/2018

Protocolo 168462856 de 22/06/2018

Nome da empresa JOSIVAN COSTA MEINESES E CIA LTDA NRE 29054201050

Este documento pode ser verificado em <http://regis.juceb.ba.gov.br/IAUTENTICACAO/DOCUMENTOS/AUTENTICACAO.aspx>

Chequeado 87783724545048

Esta cópia foi autenticada digitalmente e assinada em 22/06/2018
por Helio Portela Ramos - Secretário Geral



2018/0018

1

II - ATESTADO MÉDICO deve ser preenchido por profissional médico			
Atendimento <i>Jackson de Oliveira Tavares</i>			
54 - Unidade de Atendimento médico <i>HRTN - Tênis Niterói</i>	55 - Data <i>20/11/2019</i>	56 - Hora <i>00:30</i>	
57 - Houve internação <input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	58 - Provável Duração do tratamento (dias) <i>6 semanas</i>	59 - Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? <input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Lesão			
60 - Descrição e natureza da lesão <i>luto traumatizado quadrado esquerdo após acidente automobilístico associado fratura do acetábulo direito</i>			
Diagnóstico			
61 - Diagnóstico provável <i>luto do quadrado</i>		62 - CID-10 <i>S73</i>	
63 - Observações <i>Fratura do acetábulo (C19=532.4)</i>			
Local e Data <i>07/11/2019</i>		Assinatura e carimbo do médico com CRM <i>Justino Moreira de Carvalho Júnior</i> CRM-PB 3982	
III - INSS			
64 - Recebida em	65 - Código da unidade	66 - Número do CAT	Notas: 1 - A inexistência das declarações desta comunicação implicará nas sanções previstas nos artigos 171 e 299 do Código Penal. 2 - A comunicação de acidente do 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.
67 - Matrícula do Servidor	Assinatura do servidor		
A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO			

quebra de página

Instruções de preenchimento



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

2 - CNES

2365146

4 - CNES

2365146

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

13/08/1974

Masc.

☒

1

Fem.

☐

2

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

202316

9 - SEXO

11 - TELEFONE DE CONTATO

(79) 9993-16432

10 - NOME DA MÃE

ISABEL ALVES DE OLIVEIRA

12 - ENDEREÇO

DA ABB, 58 - CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

LAGARTO

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

2803500

15 - UF

SE

16 - CEP

49400-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Tam - quadricul e clh. de pul
e acutur puer

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Am

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
CNPJ: 06.553.554/0103-82
CONFERE COM O ORIGINAL

DATA 23/10/2019

Maria Elma

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

Rx (Exten)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

luxas de quadricul

21 - CID PRINCIPAL

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Redu acutur e clh

26 - CLÍNICA

ORTOPEDIA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO

() CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

93755392372

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

ALEXANDRE MAGNO PEREIRA GOMES

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

20/10/2019

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

- 33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO
35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

M220390901

45 - CODUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (x) CPF

078.977.823-87

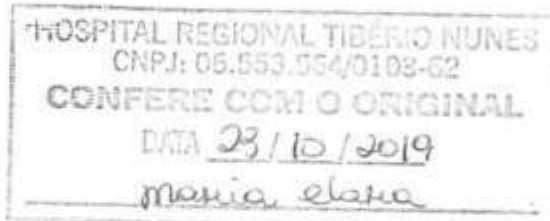
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

DECLARAÇÃO

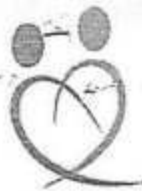
Floriano, 22 de outubro de 2019.



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 resgatado 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**.

Patricia Emanuela Freitas Carvalho
CPF: 988.223.223-04
Coord. do SAME - HRTN

Patricia Emanuela Freitas Carvalho
Coordenador Do Same- HRTN

**HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES**

ABRIEL FERREIRA, S/N,
MANGUEINHA, FLORIANO/PI - 64800-000
CNPJ: 06.553.564/0103-62
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: P0681723
Data: 20/10/2019
Funcionario: JO

Registro: 202316
Hora: 06:39:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 24**SUS****JADSON OLIVEIRA TAVARES**

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

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

Responsavel: 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

EXAMES REALIZADOS DE TOMOGRA...

DATA: 20/10/2019

EXAME: Todo corpo

RESPONSAL: [Assinatura]

Exame clinico/fisico:

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES
CNPJ: 06.553.564/0103-62
CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: 23/10/2019

maria dona

Diagnostico provavel:

Medicação:

- 3F0.3% - 500ml + aproximadamente 06:55

- Hidrocortisona 100mg + AD EV 08:55

Rx da mãe D.

Dr. Pablo Italo de N. Santos
MÉDICO
CRM-PI 7768

Terezinha de Jesus Araújo Lopes
Téc. Enfermagem
COREN-PI 359.553

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

Paciente vítima de Trauma de
alta energia de dm, lesões de
profundidade e qualidade E em contusão
em flexão.

PR = luxação de quadril E
fo centro alveolar pl tb de dente
Ortopedia - Dr. Alexandre de Almeida Neto.

Hospital Regional Tiberio Nunes
Exame: Exame físico
Data: 20/10/2019
Ass.: [Assinatura]

Dr. Alexandre Araújo
Ortopedia e Traumatologia
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

Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Mangueira

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

DATA DE NASCIMENTO:

DA CLÍNICA:

A CLÍNICA:

MOTIVO DA CONSULTA

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

CNPJ: 06.553.664/0103-62

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA 23/10/2019

Marcia Azeite

Marcio Ribeiro dos Reis
Médico
CRM-PI 2684

DATA:

ASS. MÉDICO

PARECER:

Amniotomia Geral

87.40

Paciente relata dor abdominal há 14h -

caracterizada como cólica. Refere dor na m.e.

caracterizada como cólica.

Sonax e 13 como sem alterações

Cd. Rensar sem de como esperado

Alexandre
CRM 3983

DATA: 20/10/17

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: Sadorn Oliveira Gomes

A CLÍNICA: PS.

SAME

Idoneidade

Hospital Regional Tibério Nunes - HRTN

CNPJ: 06.553.564/0103-62

MOTIVO DA CONSULTA

*Acidente automobilístico com TCE importante
 e redução de nível de consciência*

Dr. Italo do N. Santos
 MÉDICO
 CRM-PI 7768

DATA: 20/10/17

ASS. MEDICO

PARECER:

TC de cur

Seu laudo em

CP & A/H de m

Emerson Brandão
 MEDICINA CIRURGIA
 CRM-PI 3249

DATA: 1/1

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:

Sadson Muteiro Sousa

DA CLÍNICA:

P.S.

À CLÍNICA:

ortopedia

MOTIVO DA CONSULTA

Atendimento de acidente motorciclístico apresentando deformidade em região de coxa e fêmur.

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

SAME

Hospital Regional Tibério Nunes - HRTN

CNPJ: 06.553.564/0103-62

DATA: *20/10/19*

ASS. MÉDICO

PARECER:

DATA: *1/1*

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

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

DATA DE NASCIMENTO:

Jedson de Oliveira Lameiro

DA CLÍNICA: Ortopedia

A CLÍNICA: Cirurgia geral

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - HRTN
CNPJ: 06.553.564/0103-62

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente em 1º DO de Luxação de Quadril E, evoluindo com dispnéia moderada, leve taquicardia. Encontra-se em uso de cateter nasal 3l/min. Parâmetros vitais PA: FC: 104; SpO2: 98%.

Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM-Piauí 15135

DATA: 21 / 10 / 19

ASS. MÉDICO

PARECER:

Redução TC de Torax

02.10.19. CM. gél. Paciente vítima de acidente automobilístico, evoluiu com dispnéia. No momento do exame apresentava hemodinamicamente estável, porém eufórico, com bons padrões respiratórios. Dados de dispnéia e insucesso de oxigenação. Foco e med. e FCC situados. Redução TC torax sem lesões, sem evidências de pneumotórax ou hemothorax durante. Sem indicação de abordagem cirúrgica no momento.

CD: lesões inv. pulmonares. início ANT B

Dra. Evda Duarte
MÉDICA
FCRM-Piauí 4707

DATA: ____ / ____ / ____

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
o

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

João de Oliveira Torres

DATA DE NASCIMENTO:

DA CLÍNICA:

Ortopedia

À CLÍNICA:

Clínica afóide

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente usuário de Poltrona com lençol de
quedas for redigido, paciente dispareico.

SAME

Hospital Regional Tibério Nunes - HRTN

CNPJ: 06.953.564/0103-62

Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 39.372 1313F

DATA: 22 / 10 / 19

ASS. MÉDICO

PARECER:

18:15

- paciente com possível quadro de
estresse pós-traumático por conta de acidente
automobilístico relatando lesões nas pernas.
Após exame com praxiômetro e pet apresentando pulso de
dois dedos. RT clinicamente e hemodinamicamente
estável, PA com praxiômetro AHT, 51 RA. PR: 17imp
SAD: 11% (em de ambuato). FC: 98bpm

História Estresse pós-traumático

CD: Trauma de peroneo

Dr. Celso

DATA: 22 / 10 / 19

Dr. João Pedro Torres
Médico
CRM: 7770

MÉDICO ESPECIALISTA

REGULAÇÃO SUS

SENHA Nº 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: - Traumatismos múltiplos não especificados - Ferimento do couro cabeludo - Fratura de outras partes da perna	
Procedimentos Autorizados:	

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



Hospital Regional
Tiberio Nunes

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

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

DOS REFERENTES À ANESTESIA

ESTESIA: () Geral; () Raquí; () Peridural; (X) Sedação; () Local; () Bloqueio- Tipo: _____

ESTESIOLOGISTA: Dr. Danilo CIRURGIÃO: Dr. Alexandre

NTROLES (HORÁRIO DE INÍCIO: _____)

ra	15' 19:10	15' 18:25	15' 17:40	15' 16:45	30'	30'	30'	30'
A	137x84	134x104						
lso	99mm	100	98	98				
O ²	100%	100%	100%	99%				
GT								
or(0-10)								
is.Func.	Bárbara Barboza	Bárbara Barboza	Bárbara Barboza	Bárbara Barboza				

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK		Valor	Adm.	30'	60'	120'	Observação
ividade tora sob o nando	Capaz de mover os 4 membros	2		2	2		SAME Hospital Regional Tiberio Nunes - 11007 CNPJ: 06.553.564/0103-62
	Capaz de mover 2 membros	1	1				
	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: _____

Dr. Danilo
5068



Nome do Cliente: gabriel Oliveira Cavalcante

Data de nascimento: 31/08/1974

Prontuário: _____

Enf/ Leito: _____

Data do Procedimento: 20/10/19

Procedimento Cirúrgico: _____

Pulseira de Identificação: (☒) Sim () Não

Horário SSV: 09:30

T: 36.5

FC: _____

bpm FR: _____

PA: 120/80 mmHg

Glicemia Capilar: 105 mg/dl

Acesso Venoso: (☒) Periférico () Central (especificar local, calibre e nº de dias)

felco 18

SNG () SNE () Drenos (especificar): _____

Jejum (☒) Sim () Não

A partir das: 20h de 19/10

Avaliação Pré-Anestésica: () Sim () Não

Avaliação Cardiológica: () Sim () Não

Utiliza Anticoagulante: () Sim () Não

Último horário: _____

Sítio Cirúrgico Demarcado: () Sim () Não

Adornos Retirados: () Sim () Não

Utiliza Prótese Dentária: () Sim () Não

Retirada () Não

Higienizado: (☒) Sim () Não

Tricotomia: () Sim () Não

Camisola, gorro e pro-pés: (☒) Sim () Não

Exames essenciais disponíveis: () Sim () Não

Alergias: () Sim Qual: _____

(☒) Não

Exames essenciais disponíveis: () Sim () Não

Exames essenciais disponíveis: () Sim () Não

Antimicrobiano Profilático: () Sim () Não

Horário: _____

Prontuário completo com ficha de internação (☒) Sim () Não

Hora do Encaminhamento ao CC: _____

OBSERVAÇÕES: _____

SAME

Exames essenciais disponíveis: () Sim () Não

Exames essenciais disponíveis: () Sim () Não

Assinatura e carimbo: _____

ENFERMEIRO

TÉCNICO EM ENFERMAGEM



Piauí
GOVERNO DO ESTADO

PACIENTE: Jackson de Oliveira Carvalho

ENFERMARIA: 18-39

LEITO:

[illegible]

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

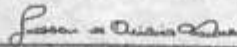
[illegible]

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

NOME <u>Johann de O. C. Alves</u>	ALA	ENF. OU APT. 18	LEITO 39	ORTOPED
DATA <u>21/10/19</u>	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
PREScrição Médica	HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES.	
01. DIETA LIVRE			Em 21.10.19, paciente	
02. JEICO HIDROLISADO <u>Soro fisiológico 0,9%</u>	18:00 (14.00)		no spo de Lúscet de	
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	06 Gulmar		Qidiel E + trauma nos	
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS			E. REG, hore, farses,	
05. DAPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	12:00 18:00 24:00		repouso absoluto em auto.	
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	12:00 18:00 24:00		Em uso de 102. tranq.	
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)	14:00		de estela inord. lere	
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA			Targuacida, dismuneis,	
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)			Nega náuseas e vômitos.	
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg			Rejeia dopa em OKD	
11. GURATIVO			nos d. Abalone glórida	
12. SSVV + CCGG			indole à melpeset; ou-	
			rese tranq de sis. Sliq.	
			Kob a dooet de curia	
			quel. curia quel no	
			luten re de Tera, agalado	
			colocar. 184325	

Dr. Cenequides P. Filho
 Ortopedia / Traumatologia
 CRM: 2572 TEOT: 7348

EXAMES REALIZADOS DE TOMOGRAFIA
 DATA 21/10/19
 EXAME T de Lúscet
 RESPONSAL Dr. Cenequides P. Filho

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO		
VALIDA EM TUDO O TERRITORIO NACIONAL 1295112271	NOME JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES	
		
	DOC. IDENTIFIC. / RG EMANCIPAT. 1122942 SSP SE	
	CPF 626.485.785-87	
	DATA NASCIMENTO 13/09/1974	
1295112271	FUNCAO POMPILIO TAVARES	
	ISABEL ALVES DE OLIVEIRA	
	PERMISSAO <input checked="" type="checkbox"/>	
	ACC <input checked="" type="checkbox"/>	
	CAT. 198 <input checked="" type="checkbox"/>	
Nº REGISTRO: 00739385640 VALIDADE: 31/07/2020 P. HABILITACAO: 23/08/1994		
PROIBIDO PLASTIFICAR 1295112271	OBSERVAÇÕES EXERCE ATIV REMUNERADA:	
		
	ASSINATURA DO PORTADOR	
	LOCAL ARACAJU, SE	
	DATA DE EMISSAO 31/08/2016	
		
LUIZ DE AZEVEDO COSTA NETO DIRETOR - PRESIDENTE		
ASSINATURA DO DIRETOR		
DETRAN-SE (SERGIPE)		

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Jackson de Oliveira Tavares

Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro

Profissão: Motorista

Identidade: 1122942 CPF: 626.485.785-87

Endereço: Rua José Almeida Bispo nº 24

Bairro: Centro Cidade: Lagarto

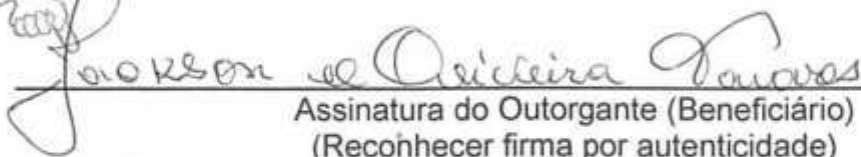
Estado: Sergipe CEP: 49400-000

Outorgado: **LAERTE PEREIRA FONSECA**, natural de Lagarto-Sergipe, casado, portador de célula de identidade nº3.215.460-7 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, n.º 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 fevereiro de 2020


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



Daniele Ramos Nascimento
Escrevente

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0078848/20

Vítima: JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES

CPF: 626.485.785-87

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 19/10/2019

Titular do CPF: JACKSON DE OLIVEIRA TAVARES

CPF de: Próprio

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