



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU**  
**Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Dados do Processo**

Processo: 202040601263	Distribuição: 03/12/2020
Número Único: 0050400-47.2020.8.25.0001	Competência: Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

**Assuntos**

- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Indenização por Dano Material - Acidente de Trânsito

**Dados das Partes**

Requerente: MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEIÇÃO  
Endereço: RUA SÃO JORGE  
Complemento:  
Bairro: SANTOS DUMONT  
Cidade: ARACAJU - Estado: SE - CEP: 49087560  
Advogado(a): FELIPE DE BRITO ALMEIDA 338615/SP  
Requerido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.  
Endereço: RUA JOÃO PESSOA,  
Complemento:  
Bairro: CENTRO  
Cidade: ARACAJU - Estado: SE - CEP: 49010000  
Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE





**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU**  
**Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Processos Apensados:**

--

**Processos Dependentes:**

--





Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe

VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU  
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**PROCESSO:**

202040601263

**DATA:**

03/12/2020

**MOVIMENTO:**

Distribuição

**DESCRIÇÃO:**

Registro eletrônico de Processo Judicial sob nº 202040601263, referente ao protocolo nº 20201203140903175, do dia 03/12/2020, às 14h09min, denominado Procedimento Comum, de Acidente de Trânsito.

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Sim



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA \_\_\_\_ VARA  
CÍVEL DO FORO CENTRAL DA COMARCA DE ARACAJU – SE.**

**MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEIÇÃO**, brasileiro, solteiro, motoboy, nascido em 21/05/1985, portador da cédula de identidade RG nº 3.064.324-4, inscrito no CPF/MF sob o nº 799.869.945-00, residente e domiciliado na Rua São Jorge, nº 798, Santos Dumont, Aracaju, SE, CEP: 49087-560, e-mail contato@almeidaematos.com.br, vem por seus advogados, respeitosamente à presença de Vossa Excelência, propor a presente

**AÇÃO DE COBRANÇA DE DIFERENÇA DE INDENIZAÇÃO DECORRENTE DO SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIAS TERRESTRES – DPVAT pelo procedimento comum previsto no artigo 318 do Novo Código de Processo Civil**

em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT S/A**, inscrita no CNPJ/MF 09.248.608/0001-04, com sede na Rua João Pessoa, nº320, Aracaju, SE, CEP: 49010000, pelas razões de fato e direito a seguir aduzidas.

**I. PRELIMINARMENTE**

Primeiramente cumpre esclarecer que, em atendimento ao que dispõe o art. 319, II e VII do NCPC, o autor desconhece o endereço de e-mail do réu. Ao mesmo tempo declara que tem interesse realização da audiência de conciliação e mediação, desde que juntado aos autos o laudo pericial.

**II. DA CONCESSÃO DA JUSTIÇA GRATUITA**

O Requerente é pobre no sentido jurídico da expressão e não possui condições de arcar com as custas e despesas processuais sem prejuízo próprio, ou de sua família, nos precisos termos do art. 4º da Lei n.



7.510/86, conforme se comprova com a declaração de hipossuficiência acostada aos autos.

### **III. DA FORO COMPETENTE**

É competente o presente foro, pois é faculdade do Autor ingressar com a demanda em qualquer foro entre seu domicílio, o do local do acidente ou ainda o domicílio do Réu.

Conforme se consta na qualificação da Ré, sua localização é de competência deste Foro Central da capital do Estado de São Paulo.

Corroborar para esse entendimento a súmula 540 do STJ.

“Na ação de cobrança do seguro DPVAT, constitui faculdade do autor escolher entre os foros do seu domicílio, do local do acidente ou ainda do domicílio do réu. ”

### **IV. DA LEGITIMIDADE PASSIVA DA RÉ**

O artigo 7º da Lei 6.194/74, a qual dispõe sobre o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre – DPVAT assegura que a indenização de pessoa vitimada por veículo poderá ser requerida e paga por um consórcio constituído por qualquer das sociedades seguradoras que operem no seguro disposto nessa lei.

Ainda que ainda assim não entendido, foi concedido à Ré a posição como entidade líder dos consórcios pela Portaria da SUSEP n. 2.797/2007, ratificando desse modo sua legitimidade passiva.

### **V. DOS FATOS**

O Requerente foi vítima de acidente de trânsito no dia 09/09/2018, ao transitar em sua motocicleta, na Rua José Cunha Alcântara, quando colidiu com outro veículo sendo lançado ao solo. Conforme se verifica através do Boletim de Ocorrência número 00057826/2020. Foi encaminhado



pelo Samu ao Hospital de Urgência de Sergipe, para receber os devidos cuidados.

Em atendimento médico, o Autor foi diagnosticado com fratura de tíbia e fíbula esquerda e fratura do quinto metatarso esquerdo. Sendo submetido a tratamento cirúrgico de diáfise para a consolidação da lesão. **CID 10 - S82.2**

Em decorrência do acidente, o Autor ainda padece de sequelas que limitam suas atividades laborativas, bem como, a dificuldade para locomoção, limitação da amplitude de movimentos, redução de força no local lesionado e dores constantes.

Neste cenário, o Requerente solicitou administrativamente o pagamento do seguro DPVAT junto à requerida, contudo ela negou o pagamento da indenização que o Requerente faz jus.

## **VI. DA DENECESSIDADE DA APRESENTAÇÃO DO LAUDO DO IML E DO BILHETE SE SEGURO DPVAT - DUT**

A ora ré vem, em algumas ações movidas contra ela que versam sobre o mesmo tema, exigindo a apresentação de laudo do IML e requerendo o indeferimento das iniciais que não o colacionam.

Ocorre que a Lei n. 6194/74 é clara quanto ao tema, pois em seu art. 5º não trata o laudo do IML como documento necessário para o pagamento da indenização, senão vejamos:

**“Art . 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.**

§ 1º A indenização referida neste artigo será paga com base no valor vigente na época da ocorrência do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a



liquidação, **no prazo de 30 (trinta) dias da entrega dos seguintes documentos:**

- a) certidão de óbito, registro da ocorrência no órgão policial competente e a prova de qualidade de beneficiários no caso de morte;
- b) Prova das despesas efetuadas pela vítima com o seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico assistente e registro da ocorrência no órgão policial competente - no caso de danos pessoais.”

Não há que se alegar a necessidade de laudo do IML para o pagamento da indenização ou a sua apresentação para instrução de demanda que verse sobre o tema.

Da mesma forma, não se faz necessária a apresentação do bilhete de seguro DPVAT – DUT para o pagamento de indenização, pois a Lei do DPVAT condiciona para que seja feito o pagamento apenas a apresentação de relatório médico, registro de ocorrência policial no órgão competente e documentos pessoais.

## **VII. DO DIREITO**

A Lei 6.194/74 em seu art. 3º, II estabelece que as vítimas de acidente de trânsito devem receber de acordo com o seu grau de invalidez o valor de até R\$ 13.500,00.

Neste cenário, diante da lesão do Autor, é a presente para que seja pago ao Autor o valor que faz jus ao recebimento, qual seja, valor integral da tabela.

## **VIII. DOS PEDIDOS**

Em face do todo exposto, requer

- a) O recebimento e processamento da presente, com a citação da ré via postal, na pessoa do seu representante legal para, querendo, apresente defesa sob pena de revelia e confissão;



b) A condenação da Ré ao pagamento de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) ao Requerente, tendo em vista o grau de sua sequela.

c) A condenação da Requerida ao pagamento de honorários advocatícios sucumbenciais de 20% sobre o valor da condenação corrigido e custas processuais efetivamente pagas;

d) A concessão do benefício da justiça gratuita, por não dispor de condições de suportar as despesas processuais, pois a requerente é pobre no sentido jurídico da expressão e não possui condições de arcar com as custas e despesas processuais sem prejuízo próprio ou de sua família, nos termos da Lei n. 7.510/1986;

e) Provar todo o alegado, por todos os meios de provas admitidos em direito, **notadamente a prova pericial**, documental e demais que se fizerem necessárias à elucidação da lide, REQUERENDO desde já a aplicação do art. 6º do CDC, com a inversão do ônus da prova.

Atribui-se à causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Termos em que

pede deferimento,

São Paulo, 1 de dezembro de 2020.

**Fellipe Moreira Matos**  
**OAB/SP n. 345.432**

**Felipe de Brito Almeida**  
**OAB/SP n. 338.615**



## PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

### Outorgante:

MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEIÇÃO , Brasileiro, Solteiro , Motoboy , portador(a) da cédula de identidade nº 30643244, inscrito(a) no CPF sob o nº 799.869.945-00, residente e domiciliado(a) na Rua São Jorge, 822 - Santos Dumont, Aracaju - Sergipe .

### Outorgados:

FELLIPE MOREIRA MATOS, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/SP 345.432 e FELIPE DE BRITO ALMEIDA, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/SP 338.615 com escritório na capital do Estado de São Paulo na Rua Dr. Teodoro Baima, 100, 6º Andar, CEP 01220-901

### Poderes:

O outorgante confere amplos poderes para o foro em geral aos outorgados, inclusive com a cláusula "ad Judicia et extra", em qualquer órgão da Administração Pública, Autarquia ou Fundacional, Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as competentes ações e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras até a final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar acordos ou compromissos, receber e dar quitação, agindo conjunta ou separadamente, podendo, ainda, substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, exclusivamente para ingressar com ação judicial de cobrança de DPVAT.

São Paulo/SP, 20 de outubro de 2020.

  
Marcio Luiz de Oliveira Conceição



## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

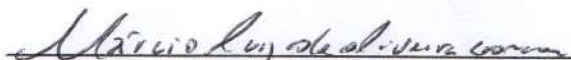
### Declarante:

MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEIÇÃO , Brasileiro, Solteiro, Motoboy , portador(a) da cédula de identidade nº 30643244, inscrito(a) no CPF sob o nº 799.869.945-00, residente e domiciliado(a) na Rua São Jorge, 822 - Santos Dumont, Aracaju - Sergipe .

### Declaração:

Declaro para os fins e efeitos de direito que sou pobre na acepção jurídica do termo, e não tenho condições para arcar com as custas e despesas processuais, sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, e pelo que requiro assistência judiciária gratuita.

São Paulo/SP, 20 de outubro de 2020.

  
Marcio Luiz de Oliveira Conceição





## Habilitação


Atualizada em: 20/10/2020- 16:00:11


Verifique autenticidade do QR Code com o app [Vio](#)

**Situação da CNH: VENCIDA**

**VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL**

**1650984922**





**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**S E**

NOME  
MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEICAO

DOC. IDENTIDADE/ÓRG EMISSOR/UF  
30643244 SSP SE

CPF  
799.869.945-00

DATA NASCIMENTO  
12/05/1985

FILIAÇÃO  
JOSE LUIZ DA CONCEICAO  
MARIA NORMELIA DE OLIVEIRA

Nº REGISTRO  
04466410685

VALIDADE  
07/08/2018

1ª HABILITAÇÃO  
26/09/2008

PERMISSÃO  
ACC

CAT. HAB.  
AB





CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
AV BARAO DE MARUIM, 344  
ARACAJU - SE  
49010-340

MARCIO LUIZ O CONCEICAO  
R SAO JORGE 798  
ARACAJU - SE  
**49087-560**

BK193724316BR



NSA#0410 CP#22325 16 OCR#M958P01 D20M03 THC02

7464

CAIXA





# Carteira de Trabalho Digital

## Dados Pessoais

Nome Completo: **MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEICAO**

CPF: **799.869.945-00**

Data de Nascimento: **12/05/1985**

Sexo: **Masculino**

Nacionalidade: **Brasileiro**

Nome da Mãe: **MARIA NORMELIA DE OLIVEIRA**

## Contratos de Trabalho

- 01/02/2018 - Aberto

**JDL ALUMINIO E PINTURA EIRELI**

**CNPJ: 11.677.714/0001-55**

Ocupação: **415215 - ENTREGADOR DE PUBLICACOES**

Salário Contratual: **R\$ 499,00**

Remuneração Inicial: **R\$ 694,26**

Última Remuneração Informada: **R\$ 691,51** (08/2018)

### Anotações

01/02/2018 - Admissão

- 19/09/2016 - 18/05/2018

**BONE SERVICOS EIRELI**

**CNPJ: 03.037.972/0001-49**

Ocupação: **519105 - CICLISTA MENSAGEIRO**

Remuneração Inicial: **R\$ 1.144,00**

Última Remuneração Informada: **R\$ 457,60** (09/2019)

### Anotações

19/09/2016 - Admissão

18/05/2018 - Rescisão Contratual





# Carteira de Trabalho Digital

● 02/12/2013 - 05/05/2014

**GOSTO DA FRUTA IND. DE POLPAS EIRELI**

**CNPJ: 05.845.171/0001-35**

Ocupação: **519105 - CICLISTA MENSAGEIRO**

Remuneração Inicial: **R\$ 795,00**

Última Remuneração Informada: **R\$ 136,25** (05/2014)

## Anotações

02/12/2013 - Admissão

01/02/2014 - Ocupação alterada para CICLISTA MENSAGEIRO

05/05/2014 - Rescisão Contratual

● 03/05/2010 - 01/10/2012

**ART SUPRI COMERCIO, INDUSTRIA,SERVICOS,IMPORTACAO E EXPORTACAO EIRELI**

**CNPJ: 03.354.613/0001-15**

Ocupação: **519105 - CICLISTA MENSAGEIRO**

Remuneração Inicial: **R\$ 663,00**

Última Remuneração Informada: **R\$ 26,95** (10/2012)

## Anotações

03/05/2010 - Admissão

01/10/2012 - Rescisão Contratual



**NOME DO PACIENTE:**

DATA DA ENTRADA: 7/11/2011

DATA DA SAÍDA:

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.

INTERNA MENTO:

(Sd)

ENTFERMATA

( ) LLQ

## HISTORICO CLINICO:

Positive for culture no more virus detected  
 re: tissue, antibodies found in serum  
 e. virus in plate.  
 Negative staining in fol. lymphatics  
 + being unable to detect any consistency to  
 determine

## HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMINES COMPLEMENTAIRE:

7.  $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$

**MEDICOS ASSISTENTES:**

✓ 5/15/2018 3:18 PM

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO ( ) TRANSFERIDO (X) OBITO ( ) EVASÃO ( )

ARACAJU, 17 de Março de 2020

Dr. Silvio C. A. Almeida  
DANCA / MUSE  
CRM 2510

MEDICO DO SETOR DE ANALISE DE PRONTUARIO





Leito:  
VT 1  
06

**EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPÉDICA**

Nome: Murilo Luiz de Oliveira Cavalcini

Nº do Registro: 176984

Origem: América

Data Internação: 10.09.18

Idade: 33

Sexo: M

Causa Acidente: MOTO

Data Cirurgia: 11.09.18

Médico(a) Cirurgia:                     

CID 10:                     

Diagnóstico:

Fratura de tíbia e fíbula (L) + Fratura  
20 5º POT (L)

Data da Prescrição: 11.09.18

DPO 03

Evolução de hoje:

paciente operado, fraturas na rt da  
perna distal (L) e (R), curativo com pontos  
curativos de 15.000

\*Continuação Vide Verso\*

1- Dieta:

cul pau 3M (sobint b com fluída)

Horários

2- Ceftriaxona 1g EV de 8/8h.

14 22 06

3- S.F. 0,9% 1500 ml EV / 8/8h.

20 00 00

4-                     

5- Dipirona 2 ml - AD 18 ml SF EV de 6/6 horas SOS

6- ☐ Omeprazol 40 mg - 01 amp EV 01 vez ao dia / ☒ Ranitidina 25 mg/ml - 2 ml EV 02 vezes ao dia

18 06

7- Cetoprofeno (Profenid) 100 mg - AD 100 ml SF de 12/12 horas, EV ☐ SOS ☒ De Horário

em falta

8- Tramadol (Tramal) 100 mg-AD 100 ml SF de 8/8 horas EV ☒ SOS ☐ De Horário

SOS

9- Metoclopramida (Plasil) amp de 2 ml - AD 18 ml de SF EV de 6/6 horas SOS

SOS

10- Insulina Regular (sub-cutânea) - esquema conforme resultado da glicemia capilar (mg/dl)  
de 6 em 6 horas antes das refeições:  
70 a 150 = zero UI, 151 a 200 = 2 UI, 201 a 250 = 4 UI, 251 a 300 = 6 UI, 301 a 350 = 8 UI,  
351 a 400 = 10 UI - Se > 400 ou < 60 (avisar ao plantonista).

11- Captopril comp. 25 mg VO, se TA máxima > 160 e ou TA mínima > 100 mmHg

12- ☐ Heparina Sódica 5000UI, 01 ml SC 02 x ao dia / ☒ Clethane 40 mg SC 01 x ao dia

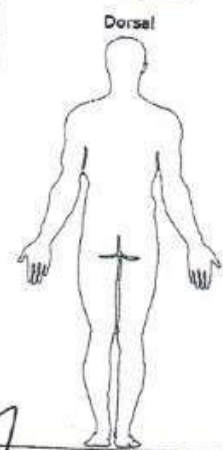
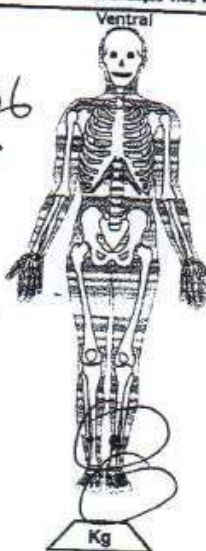
18

13- Fisioterapia: Motora ( ) Respiratória ( )

14- Controle dos dados vitais

15- Curativo diário das lesões not.

16- Limpeza rigorosa das hastes do Fixador Externo



Obs : EV = Endovenosa, - AD = Adicionar, - SF = Sol. Fisiológica a 0,9%, - SOS = Se necessário, TA = Tensão Arterial, UI = Unidades Internacionais.

**Checkagem de exames Guia de Transf. para 2º tempo cirúrgico**

Imagem de controle	Rx	Solicitação	Resultado	
Laboratoriais	Pré-operatório	<u>11.09.18</u>	<u>11.09.18</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
Exames gráficos	<u>ECG/ECOCARDIO</u>	<u>11.09.18</u>	<u>11.09.18</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
Outros Exames	<u>AIH</u>	<u>11.09.18</u>	<u>11.09.18</u>	<input checked="" type="checkbox"/>

Dr. Paulo Sérgio Nunes  
CRM 1143  
**Resultados de Exames**



RX + ortopedico

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1780585 DATA: 10/09/2018 HORA: 00:25 USUARIO: RPSANTOS

CNS: 708.6065.5057-1884 SETOR: 06-SUTURA

TRANSFERIDO p/ FBAC

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEICAO DOC...: 30643244  
 IDADE.....: 33 ANOS NASC: 12/05/1985 SEXO...: MASCULINO  
 ENDEREÇO.....: RUA SAO JORGE NUMERO: 822  
 COMPLEMENTO.....: BAIRRO: SANTOS DUMONT  
 MUNICIPIO.....: ARACAJU UF: SE CEP...: 49000-000  
 NOME PAI/MAE...: JOSE LUIZ DA CONCEICAO /MARIA NORMELIA DE OLIVEIRA  
 RESPONSÁVEL....: TRAZIDO PELO SAMU ( A MAE ) TEL....: 79.98829.5  
 PROCEDENCIA....: ARACAJU - CAPITAL 388  
 ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)  
 CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO  
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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: Paciente fragil em protocolo DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 10/09/2018  
 pelo Samu, vítima de colisão carro-moto. Paciente estava pilotando o moto supria, um de copalito.  
 Nega trauma cefálico, perda de consciência, náuseas ou vômitos. Refere dor em MIE. Samu refere história  
 de deformidade e captação em puno E. que encadra-se enfiada e com tala. Refere ainda dor  
 em braço direito. Nega alterações de consciência. (A) Voz ainda permeável e consciente; (B) Enfiado em AA;  
 (C) Pulso, popliteo, não hemorragias; (D) Tórax, costelas, ECG; (E) Lúmen, diáfragma, insuflado em modo D;  
 MIE enfiado e com tala ainda não avaliada; Nega uso de drogas ilícitas.  
 ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: Quad. fibril. e 5º MTT E

CID:

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MEDICACAO

(1) Radiografia de puno e tornozelo (E) ambos com 2 incidências

(2) SFO, 9% 1000ml IV 40gtt/min.

(3) Paracetol 1000mg + 100ml de SFO, 5% IV

Dr. Jose Roberto de Barros  
 Clínica Geral e Ortopedia  
 CRM 1160

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO

HORA DA SAIDA: :

[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

[ ] EVAACAO [ ] DESISTENCIA

INTERNAÇÃO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS

[ ] FAMILIA

[ ] IML

[ ] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

RECEBDO EM 10/09/2018  
 AS 00:58:49 HORAS



Solicito avaliação da ortopedia

RX PE TE E 7 H 1

Adm. Roberta Barboza  
Cia. 1244-2395  
Ortopedia e Medicina do Trabalho



**HUSE-HOSPITAL DE URGENCIA DE SERGIPE**  
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS  
AV.TANCREDO NEVES, S/N, BAIRRO CAPUCHO  
TEL.: (079) 3216-2600

**Validado**

Nome: **MARCIO LUIZ OLIVEIRA, CONCEICAO**

Sexo: Desconhe.

ID do doente: VERDE TRAUMA

Data nascimento: 12.05.1985

ID da amostra: 33

Data/hora da colheita:

Localização:

Médico:

Ensaio	Resultado	Unidades	Alertas	Intervalo	Data da conclusão Hora da conclusão
GluC	206	mg/dL	CNTL, HIGH	70 - 99	10.09.2018 04:40
Fim do registo da amostra					

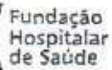
*[Handwritten signature]*  
Unidade de Saúde  
Laboratório de Análises Clínicas  
CRM/SE 2150

Impresso em: 10.09.2018  
4:40:07AM

**ARCHITECT**

Página: 1 de 1





## HOSPITAL DE URGENCIA DE SERGIPE - HUSE

PRONTO SOCCORRO ADULTO.

Página nº 1

Unidade de Produção:	Leito:	Nº do Prontuário:
----------------------	--------	-------------------

DATA	HORA	HISTORICO
16/09/18		<p>Final 14 50, 14 55 + 101A</p> <p>ESSE para a 14/10/18 11/75</p> <p>400 14 50</p> <p>Adalberto Barbosa</p> <p>Coordenador de Trabalho</p>



HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

FICHA DE INTERNACAO  
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 176984  
 Numero do CNS.....: 0000000000000000 - 708606550571884  
 Nome.....: MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEICAO  
 Documento.....: 30643244 Tipo.:  
 Data de Nascimento: 12/05/1985 Idade: 33 anos  
 Sexo.....: MASCULINO  
 Responsavel.....: JOSE LUIZ DA CONCEICAO  
 Nome da Mae.....: MARIA NORMELIA DE OLIVEIRA  
 Endereco.....: RUA SAO JORGE 822  
 Bairro.....: SANTOS DUMONT Cep.: 49000-000  
 Telefone.....: 7988295388  
 Municipio.....: 2800308 - - SE  
 Nacionalidade.....: BRASILEIRO  
 Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 1780585  
 Placa.....: 940 - PS VERDE TRAUMA I  
 Leito.....: 999.0162  
 Data da Internacao: 11/09/2018  
 Hora da Internacao: 00:25  
 Medico Solicitante: 151.712.485-91 - JOSE APARECIDO BATISTA CARDOSO  
 Proced. Solicitado: NAO INFORMADO  
 Diagnostico.....: NAO INFORMADO  
 Identif. Operador.: JOSEANESANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

Proc. Realizado:  
 Dt. da Saida:  
 Especialidade:  
 Tipo de Saida:  
 CID Principal:  
 CID Secundario:  
 Principal:  
 Secundario:  
 Outros:

*Transfere para outro hospital  
 Luy*



**ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA**

PRESCRIÇÃO

EVOLUÇÃO DIÁRIA

DIH: 1º

DATA: 10 / 09 / 2018.

CORREDOR: catástrofe orto

LEITO: 00

NOME:

Marcio Luiz Oliveira Cordeiro

33 A VT 1

DIAGNÓSTICO(S): FRATURA Cominutiva Tornozela R

Evolução do período passado:

φ Integridade

Hoje:

feitos, Alívio, φ dor intensa, φ dor moderada, extra-queixa

Solicitações:

IB/que Tolo Placa, Ligar no estado / Travar no Tolo com redução

Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º. Dieta RICA EM FIBRA	
2º. SOL.FISIOLOGICA 0,9% 500 ML EV 8/8 H5	
3º. KEFLIN 1G EV 6-6HS OU KEFAZOL 1G EV 8-8HS	
4º. GENTAMICINA 240MG /200ML EV 1X AO DIA	
5º. Dipirona 2ml + 8 ml AD EV ou Paracetamol 30gts VO 6/6hs	
6º. Nauseidron 8mg EV 08/08hs SOS	
7º. Omeprazol 40mg VO às 6hs OU ANTAK 150 VO 12-12HS	
8º. Tramal 50mg + 100 ml SF 0,9% EV ou VO 8/8hs	
9º. Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% EV 12/12hs	
10º. Captopril 25mg Sub lingual se PAS > 180 mmHg ou PAD > 100 mmHg	
11º. Clexane 40mg SC 1 x dia ou Heparina 5000UI SC 2 x dia	
12º. GLICEMIA CAPILAR 3x ao dia (anotar) -NÃO-	6hs: 14hs: 22hs:
13º Insulina Regular SC, após o GLICEMIA CAPILAR 201 - 250: 02UI 251 - 300: 04UI 301 - 350: 06UI 351 - 400: 08UI > ou = 401: 10UI	
14º. Curativos Diários 1x dia COM SF 0,9%	
15º GLICOSE 50% 4 AMPOLAS EM 250ML SF0,9% EV SE GLICEMIA CAPILAR MENOR OU IGUAL A 70MG-DL	
16º FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA	
17. MEDIDAS ANTI ULCERA DE PRESSAO	
18. MANTER MEMBRO FRATURADO ELEVADO	
19. LAVAGEM INTESTINAL COM 500ML SOL GLICERINADA: GOTA /GOTA	SOS

20. LUFTAL 25 GOTAS VO 8-8HS

21. CLONAZEPAM GOTAS : 10 GTS VO A NOITE

22. RISCO CIRURGICO COM A CARDIOLOGIA (sem efeito)

23. Ligar o antebraço com placa com 3 pontos de fixação

24. Elevar a perna

DR. JOAO FRANCISCO BC ARAUJO CRM 2801 TEOT 5508 - ORTOPEDIA CLINICA



PRONTO SOCORRO ADULTO	PRESCRIÇÃO MÉDICA
HUSE	

Nome: Linorene Luiz Oliveira Gonçalves Idade: 10/09/15

DATA	HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
10/09/15	01:42	① Propofol 1% 100 ml S.F. 12/12	14
		② Midazolam 15 1.v. + 8ml AD 6/6 h. 505	16
		③ Clonazepam 40 v S.C. / dia	16
		④ b.s.c. Midazolam	Em 178 !!
		<u>DIETA LIVRE</u>	(SM)
10/09/15		Modifico Presc.	
		João P. Araújo CRM/SE 2801 TEOT 5506	
		Foi realizado a troca de atestado em Medicina Curativa tipo monopodálico conforme prescrição médica. Susete	











**EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPÉDICA**

Nome: MÁRIO LUIZ DE OLIVEIRA LACERDA Nº do Registro: 176984  
Origem: Aracaju Data Internação: 10.09.18 Data Cirurgia: 1/1  
Idade: 33 Sexo: M Causa Acidente: NOTO Médico(a):  
Cirurgia:

CID 10:

Diagnóstico: Fratura de tíbia e fíbula (L) + Fratura  
20 5º PQT (L)

Data da Prescrição:

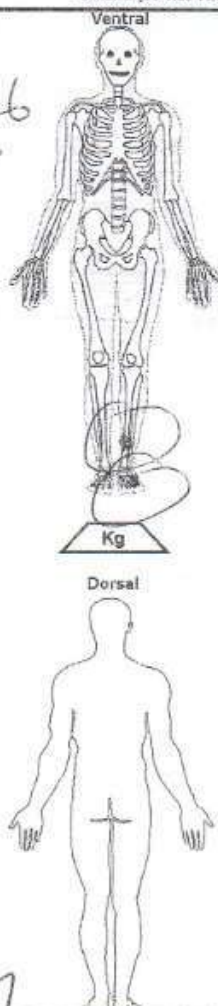
11.09.18  
03 DPO  
Tempo de Internação:

Evolução de hoje:

paciente operado, fraturas na rt e da  
perna distal (L) e (R), com a enfiagem  
de 15.000

\*Continuação Vide Verso\*

1- Dieta:	<u>out pau 3M (debut com fluída)</u>	Horários
2-	<u>CEFAZOLINA 4g IV de 8/8h.</u>	<u>18 06</u>
3-	<u>S.F. 0,9% 1500 ml IV / 8/8h.</u>	<u>SOS</u>
4-		
5- Dipirona 2 ml - AD 18 ml SF EV de 6/6 horas	<u>SOS</u>	
6- <input type="checkbox"/> Omeprazol 40 mg - 01 amp EV 01 vez ao dia / <input checked="" type="checkbox"/> Ranitidina 25 mg/ml - 2 ml EV 02 vezes ao dia		<u>18 06</u>
7- Cetoprofeno (Profenid) 100 mg - AD 100 ml SF de 12/12 horas, EV <input type="checkbox"/> SOS <input checked="" type="checkbox"/> De Horário		<u>em folha</u>
8- Tramadol (Tramal) 100 mg-AD 100 ml SF de 8/8 horas EV <input checked="" type="checkbox"/> SOS <input type="checkbox"/> De Horário		<u>SOS</u>
9- Metoclopramida (Plasil) amp de 2 ml - AD 18 ml de SF EV de 6/6 horas	<u>SOS</u>	
10- Insulina Regular (sub-cutânea) - esquema conforme resultado da glicemia capilar (mg/dl) de 6 em 6 horas antes das refeições: 70 a 150 = <u>zero UI</u> , 151 a 200 = <u>2 UI</u> , 201 a 250 = <u>4 UI</u> , 251 a 300 = <u>6 UI</u> , 301 a 350 = <u>8 UI</u> , 351 a 400 = <u>10 UI</u> - Se > 400 ou < 60 (avisar ao plantonista).		
11- Captopril comp. 25 mg VO, se TA máxima > 160 e ou TA mínima > 100 mmHg		
12- <input type="checkbox"/> Heparina Sódica 5000UI, 01 ml SC 02 x ao dia / <input checked="" type="checkbox"/> Clethane 40 mg SC 01 x ao dia		<u>18</u>
13- Fisioterapia: Motora ( ) Respiratória ( )		
14- Controle dos dados vitais		
15- Curativo diário das lesões	<u>NOTO</u>	
16- Limpeza rigorosa das hastes do Fixador Externo		



Obs: EV = Endovenosa, - AD = Adicionar, - SF = Sol. Fisiológica a 0,9%, - SOS = Se necessário, TA = Tensão Arterial, UI = Unidades Internacionais,

**Chechagem de exames Guia de Transf. para 2º tempo cirúrgico**

	Rx	Solicitação	Resultado	
Imagem de controle		<u>1/1</u>	<u>1/1</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
Laboratoriais	Pré-operatório	<u>11.09.18</u>	<u>1/1</u>	<input type="checkbox"/>
Exames gráficos	<u>ECG/ECOCARDIO</u>	<u>1/1</u>	<u>11.09.18</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
Outros Exames	<u>11/11</u>	<u>11.09.18</u>	<u>11.09.18</u>	<input checked="" type="checkbox"/>

Dr. Paulo Sérgio Nunes  
CRM 1143

Resultados de Exames



**ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA**

PRESCRIÇÃO

EVOLUÇÃO DIÁRIA

DIH: 3<sup>o</sup>

DATA: 11 / 09 / 2018.

CORREDOR: catástrofe / orto

LEITO: 00

NOME:

João Luiz Almeida Conceição

A VT 1

DIAGNÓSTICO(S): FRATURA Cominutiva Tibial E Distal ( + 5<sup>a</sup> Metat ? )

Evolução do período passado: p Dor

Hoje: Eubórico, Alerta, p dor intensa, p deamb. com auxílio

Solicitações :

los BK Glicemia 10,09 (20px) de

Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º. Dieta RICA EM FIBRA	
2º. SOL. FISIOLÓGICA 0,9% 500 ML EV 8/8 HS	
3º. KEFLIN 1G EV 6-6HS OU KEFAZOL 1G EV 8-8HS	
4º. GENTAMICINA 240MG /200ML EV 1X AO DIA	
5º. Dipirona 2ml + 8 ml AD EV ou Paracetamol 30gts VO 6/6hs	
6º. Nauseidon 8mg EV 08/08hs <b>SOS</b>	
7º. Omeprazol 40mg VO às 6hs OU ANTAK 150 VO 12-12HS	
8º. Tramal 50mg + 100 ml SF 0,9% EV ou VO 8/8hs	<b>SOS</b>
9º. Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% EV 12/12hs	<b>SOS</b>
10º. Captopril 25mg Sub lingual se PAS > 180 mmHg ou PAD > 100 mmHg	<b>SOS</b>
11º. Clexane 40mg SC 1 x dia ou Heparina 5000UI SC 2 x dia	
12º. GLICEMIA CAPILAR 3x ao dia (anotar)	6hs: 14hs: 22hs:
13º Insulina Regular SC, após o GLICEMIA CAPILAR	
201 – 250: 02UI	301 – 350: 06UI
251 – 300: 04UI	351 – 400: 08UI
> ou = 401: 10UI	
14º. Curativos Diários 1x dia COM SF 0,9%	
15º GLICOSE 50% 4 AMPOLAS EM 250ML SF 0,9% EV SE GLICEMIA CAPILAR MENOR OU IGUAL A 70MG-DL	
16º FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA	
17. MEDIDAS ANTI ULCERA DE PRESSAO	
18. MANTER MEMBRO FRATURADO ELEVADO	
19. LAVAGEM INTESTINAL COM 500ML SOL GLICERINADA: GOTA /GOTA	<b>SOS</b>
20. LUFTAL 25 GOTAS VO 8-8HS	
21. CLONAZEPAM GOTAS : 10 GTS VO A NOITE	
22. RISCO CIRURGICO COM A CARDIOLOGIA (sem efeito)	

DR. JOAO FRANCISCO BC ARAUJO CRM 2801 TEOT 5508 – ORTOPEDIA CLINICA



Unidade 12/1/18

GOVERNO DE SERGIPE

SISTEMA INTERFEDERATIVO DE GARANTIA DE ACESSO UNIVERSAL - SIGAU

COMPLEXO REGULATÓRIO DE SAÚDE DO ESTADO

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS

DOCUMENTO ÚNICO PARA SOLICITAÇÃO DE VAGAS EM ENFERMARIA-DUSV E

NOME DO PACIENTE: **MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEIÇÃO** DATA DE ADMISSÃO: **10/09/18**  
 NOME DA MÃE: **MARIA NORMELIA DE OLIVERIA** DATA DE NASCIM: **12/05/85**  
 ENDEREÇO: **RUA SÃO JORGE Nº 822** IDADE: **33**  
 CNS: **708606550571884** PLANO DE SAÚDE: **NÃO** ESTADO: **SERGIPE**  
 NATURALIDADE: **ARACAJU -SE** MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **ARACAJU**  
 TELEFONE PARA CONTATO: **79 - 988295388** REGIÃO DE SAÚDE:

UNIDADE PRODUTIVA: PRONTO SOCORRO ÁREA AZUL ( ) ÁREA VERDE (X)  
 OUTROS:

QUEIXA PRINCIPAL E DURAÇÃO:  
**DOR EM PERNA ESQ.**

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:  
**PACIENTE VITIMA DE COLISÃO CARRO X MOTO**

ANTECEDENTES PESSOAIS E COMORBIDADES:  
**NÃO**

RESUMO DOS RESULTADOS DE EXAMES GRÁFICOS E POR IMAGENS (ANEXAR CÓPIAS DOS RESULTADOS E LAUDOS)  
**RX + LABORATORIO + ECG**

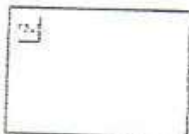
RESUMO DE AVALIAÇÕES DOS ESPECIALISTAS (ANEXAR CÓPIAS DE LAUDOS E/OU AVALIAÇÕES)  
**FRATURA COMINUTIVA DE TORNOZELO ESQ.**

RESUMO DA TERAPÊUTICA INSTITUÍDA E RESULTADOS  
**ANALGESIA + PROFILAXIA DE TVP**

PARÂMETROS CLÍNICOS E LABORATORIAIS

PRESSÃO ARTERIAL	SATURACÃO DE O2	FREQUÊNCIA CARDÍACA	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	GLICEMIA	URÉIA	CREATININA
<b>163x109</b>	<b>99%</b>	<b>81</b>	<b>18</b>	<b>99</b>	<b>105</b>	<b>MD</b>
HEMOGLOBINA	LEUCÓCITOS	POTÁSSIO	USO DE O2: SIM ( ) NÃO ( )	SECRETIVO: SIM ( ) NÃO ( )	INTUBADO: SIM ( ) NÃO ( )	COLAR CERVICAL: SIM ( ) NÃO ( )





Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia

Data: 14/09/2018

Hora: 01:04

Laboratório

Atendimento 1031150

Nome MAREIO LUIZ DE OLIVEIRA ROVEREIRO

Data 12/09/2018 14:47

Tp. Atend Urgência

Convênio Suez

Endereço RUA SAO JORGE

Med. Sol:

Cidade

Bairro:

Sexo: Masculino

Telefone: 93827-1355

Idade: 33 anos

## TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTPA)

Data Coleta: 13/09/2018 11:16

Material: Plasma Rico em Fibrina  
Método: Coagulométrico

Tempo de Tromboplastina (TTPA)

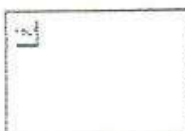
26,3 Segundos

Referência

30 a 40 seg.

Mônica Ribeiro de Oliveira Emeraldo  
Biomédica  
CRBM 1995Edna Cristina Souza Santos  
Biomédica  
CRBM 0948Anne Regina P.C. Carvalho  
Biomédica  
CRBM 0776Marina Lira Santana  
Biomédica  
CRBM H - 1939Fernando S. Almeida  
Biomédica  
CRBM 2850Diego Mascarenhas Nascimento  
Biomédico  
CRBM 2796Jaqueline Lelis dos Santos  
Biomédica  
CRBM 2875Raídon Rocha de Araújo  
Júnior  
Biomédico  
CRBM 7509





Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia

Data: 14/09/2018

Hora: 01:04

Laboratório

Atendimento 1031150

Data 12/09/2018 14:47

Nome MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONEVEDAO

Convênio Sux

Tp. Atend Urgência

Med. Sol:

Endereço RUA SAO JORGE

Bairro:

Cidade

Telefone: 98839-3333

Sexo: Masculino

Idade: 33 anos

## HEMOGRAMA COMPLETO

Data Coleta: 12/09/2018 14:49

Material: Sangue total

Método: Automatizado

## Referência

## ERITROGRAMA

A) Eritrócitos ..... 4,2 milh./mm<sup>3</sup>

Homem Mulher

4.0 - 5.5 4.0 - 5.0

B) Hemoglobina ..... 11,1 g/dl

Homem Mulher

13.0 - 17.0 12.0 - 16.0

C) Hematócritos ..... 32,1 %

Homem Mulher

40 - 50 35 - 47

## ÍNDICES ERITRIMÉTRICOS

A) V.C.M ..... 76,43 fl

32 - 35

B) H.C.M ..... 26,43 pg

26 - 34

C) C.H.C.M ..... 30,38 g/dl

30 - 35

D) B.D.P ..... 11,8 %

10 - 15

## LEUCOGRAMA

A) Leucócitos (global) ..... 8.000/mm<sup>3</sup>5.000 - 10.000/mm<sup>3</sup>

B) Contagem diferencial ..... %

Segmentados ..... 61,2% 5200,2 40 - 70 1.500 - 7.500

Eosinófilos ..... 09,9% 881,1 01 - 04 50 - 400

Basófilos ..... 00,3% 26,7 00 - 02 00 - 200

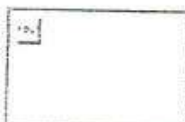
Linfócitos ..... 20,2% 1651,2 20 - 30 1000 - 3000

Monócitos ..... 07,2% 540,8 03 - 10 150 - 1000

## PLAQUETAS

Valor Normalizado ..... 201.000/mm<sup>3</sup>150.000 - 400.000/mm<sup>3</sup>Mônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo  
Biomédica  
CRM 1396Edna Cristina Souza Santos  
Biomédica  
CRM 0348Anne Regina P.O. Carvalho  
Biomédica  
CRM 0776Marina Lira Santana  
Biomédica  
CRM 0.1339Fernanda S. Almeida  
Biomédica  
CRM 2960Diego Mascarenhas Nascimento  
Biomédico  
CRM 2796Jaqueline Lelis dos Santos  
Biomédica  
CRM 2876Raíssa Rocha de Araújo  
Júnior  
Biomédico  
CRM 7908





Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia

Data: 14/09/2018  
Hora: 01:04

Laboratório

Atendimento 1051150

Nome MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONDEIRO

Tp. Atend Urgência

Endereço RUA SAO JORGE

Cidade

Sendo: Marcelino

Data 12/09/2018 14:47

Convênio Sur

Med. Sol:

Bairro:

Telefone: 98325-3333

Idade: 33 anos

e-7 nte

## CREATININA

Data Coleta: 12/09/2018 14:49

Material: Soro  
Método: Enzimático

Resultado 0,74 mg/dl

## Referência

M: 0,5 - 1,3 mg/dl

M: 0,5 - 1,1 mg/dl

## GLICEMIA

Data Coleta: 12/09/2018 14:49

Material: Sangue Capilar  
Método: Glicosímetro

Resultado 100 mg/dl

## Referência

60 a 90 mg/dl

## UREIA

Data Coleta: 12/09/2018 14:49

Material: Soro  
Método: Espectrofotométrico

Resultado 26 mg/dl

## Referência

Adulto: 17 - 43 mg/dl

Criança: 11 - 43 mg/dl

Mônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo  
Biomédica  
CREM 1995Edna Cristina Sousa Santos  
Biomédica  
CREM 0948Anne Regina P.C. Carvalho  
Biomédica  
CREM 0775Marina Lima Santana  
Biomédica  
CREM II - 1539Fernanda S. Almeida  
Biomédica  
CREM 2650Diego Mascarenhas Nascimento  
Biomédico  
CREM 2795Jaqueline Licia dos Santos  
Biomédica  
CREM 2875Raílen Rocha de Araújo  
Júnior  
Biomédico  
CREM 7903



**DUSV E - ORTOPEDIA - FBHC - MARCIO LUIZ DE OLIVERIA CONCEIÇÃO**

Sigau crpe <sigau.crpe@gmail.com>

12 de setembro de 2018 12:46

Para: nirhuse.crpe <nirhuse.crpe@gmail.com>, REGULAÇÃO HC <regulacaohc@gmail.com>

Segue o código de autorização:

**CG1209HCO1A1CF5**

Atenciosamente,

Médico Regulador  
Central de Regulação para Procedimentos Eletivos  
Complexo Regulatório de Saúde do Estado de Sergipe

Assinatura eletrônica do médico



# HUSE-HOSPITAL DE URGENCIA DE SERGIPE

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS  
AV.TANCREDO NEVES, S/N, BAIRRO CAPUCHO  
TEL.: (079) 3216-2600

## Validado

Nome: MARCIO LUIZ OLIVEIRA, CONCEICAO

Sexo: Desconhe.

ID do doente: VERDE TRAUMA

Data nascimento: 12.05.1985

ID da amostra: 33

Data/hora da colheita:

Localização:

Médico:

Insiao	Resultado	Unidades	Alertas	Intervalo	Data da conclusão Hora da conclusão
Glucose	206	mg/dL	CNTL, HIGH	70 - 99	10.09.2018 04:40
Fim do registo da amostra					

*[Handwritten signature]*  
Dr. Marcio Luiz Oliveira, Conceicao  
CRM 2154

Impresso em: 10.09.2018  
4:40:07AM

ARCHITECT

Página: 1 de 1



OSPITAL DE URGENCIA DE SERGIPE

QUÍPAMENTO 1

Fig Diagrama

Amost No\_ID

Nome Pac MARIO LUIZ O CONCEICAO

Pac VERDE TRAUMA

r.

notação

Tipo Am Patient

DN 12/5/1985

Sex Ignorado

DT/HR Coleta

Obs 1

Obs 2

SEQ# 6461 IDOP Admin

Corrida 10/9/2018 4:39

Test CBC

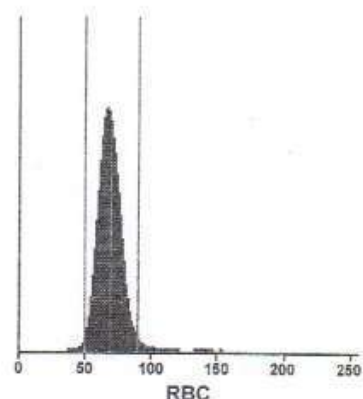
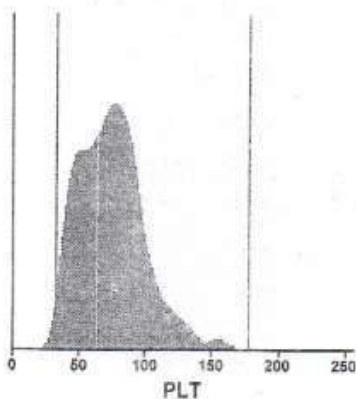
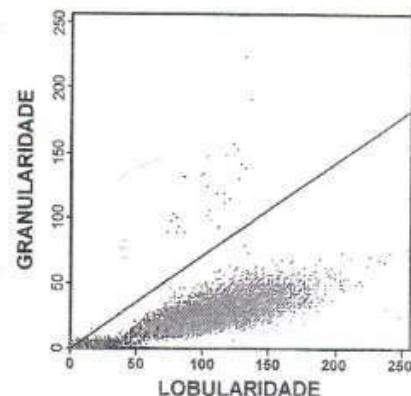
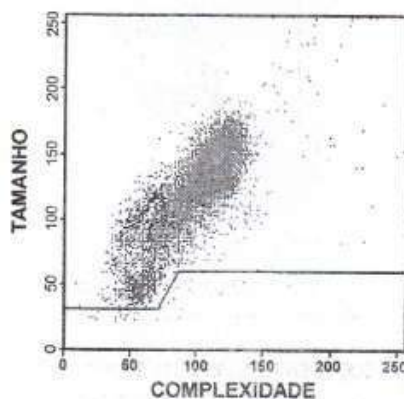
Modo Aberto Param 1

Limites Padrão (1)

VBC 15.1 10e3/uL  
 LEU 13.1 86.6 %  
 LYM 1.04 6.89 %  
 MONO .754 4.98 %  
 EOS .043 .282 %  
 BASO .196 1.30 %

RBC 5.23 10e6/uL  
 HGB 13.8 g/dL  
 HCT 40.7 %  
 MCV 78.0 fL  
 MCH 26.5 pg  
 MCHC 34.0 g/dL  
 RDW 11.2 %

PLT 202. 10e3/uL  
 MPV 7.34 fL



DIFERENCIAL MANUAL

MORFOLOGIA HEM

EU	META	NORMAL	MICRO
AND	MIELO	POLICROM	MACRO
YM	PRO	HIPOCROM	ANISO
IONO	BLASTO	POIQ	BASOPONT
OS	LIN VAR	ALVO	
ASO	GRANTOX	ESFERO	NRBC

OTA	
IF POR	DATA

IM. REF

BC	4.00-10.0	RBC	4.30-5.90	PLT	140.-450.
EU	1.60-8.00	HGB	11.5-15.7	MPV	6.90-10.6
YM	.800-4.00	HCT	40.0-52.0		
IONO	.800-1.00	MCV	76.0-96.0		
OS	.400-.600	MCH	27.0-32.0		
ASO	0.00-.200	MCHC	31.0-36.0		
		RDW	11.0-16.0		

INTERPRETAÇÃO

-----LEUC-----HEM-----PLT-----

ANORMAL. DEF. POR USUÁRIO :

Leucocitose

Neutrofilia











**DUSV E - ORTOPEDIA - FBHC - MARCIO LUIZ DE OLIVERIA CONCEIÇÃO**

Sigau crpe &lt;sigau.crpe@gmail.com&gt;

12 de setembro de 2018 12:46

Para: nirhuse crpe &lt;nirhuse.crpe@gmail.com&gt;, REGULAÇÃO HC &lt;regulacaohc@gmail.com&gt;

Segue o código de autorização:

- CG1209HCO1A1CF5

Atenciosamente,

Médico Regulador  
Central de Regulação para Procedimentos Eletivos  
Complexo Regulatório de Saúde do Estado de Sergipe

[Imagem e/ou assinatura anteriores ocultas]



**DUSV E - ORTOPEDIA - FBHC - MARCIO LUIZ DE OLIVERIA CONCEIÇÃO**

Sigau crpe <sigau.crpe@gmail.com>

12 de setembro de 2018 12:41

Para: nirhuse crpe <nirhuse.crpe@gmail.com>, REGULAÇÃO HC <regulacaohc@gmail.com>

Segue o código de autorização:

**CG1209HCO1A1CF5**

Atenciosamente,

Médico Regulador  
Central de Regulação para Procedimentos Eletivos  
Complexo Regulatório de Saúde do Estado de Sergipe



HOSPITAL DE URGENCIA DE SERGIPE

EQUIPAMENTO 1

Pág Diagrama

ID Amost No\_ID  
 Nome Pac MARIO LUIZ O CONCEICAO  
 ID Pac VERDE TRAUMA  
 Dr.  
 Anotação

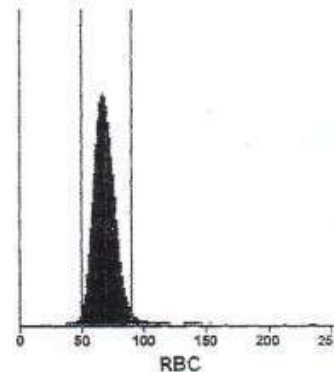
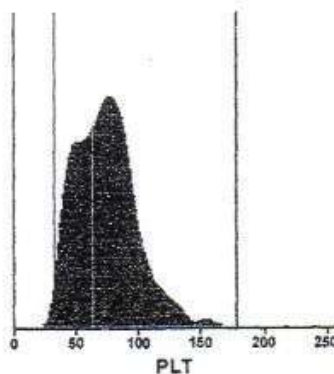
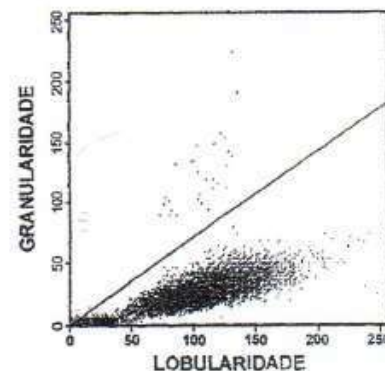
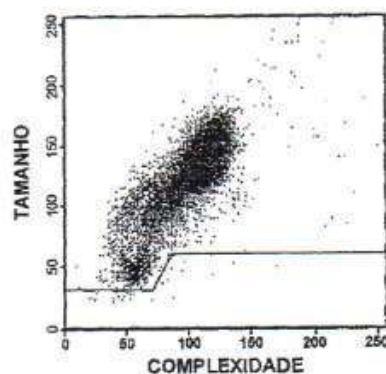
Tipo Am Patient  
 DN 12/5/1985 Sex Ignorado  
 DT/HR Coleta  
 Obs 1  
 Obs 2

SEQ# 6461 IDOP Admin  
 Corrida 10/9/2018 4:39  
 Test CBC  
 Modo Aberto Param 1  
 Limites Padrão (1)

WBC 15.1 10e3/uL  
 NEU 13.1 86.6 %  
 LYM 1.04 6.89 %  
 MONO 7.54 4.98 %  
 EOS .043 .282 %  
 BASO .196 1.30 %

RBC 5.23 10e6/uL  
 HGB 13.8 g/dL  
 HCT 40.7 %  
 MCV 78.0 fL  
 MCH 26.5 pg  
 MCHC 34.0 g/dL  
 RDW 11.2 %

PLT 202. 10e3/uL  
 MPV 7.34 fL



DIFERENCIAL MANUAL		MORFOLOGIA HEM	
NEU	META	NORMAL	MICRO
BAND	MELO	POLICROM	MACRO
LYM	PRO	HIPOCROM	ANISO
MONO	BLASTO	POIQ	BASOPONT
EOS	LIN VAR	ALVO	
BASO	GRANTOX	ESFERO	NRBC
NOTA			
DIF POR		DATA	

#### INTERPRETAÇÃO

-----LEUC-----HEM-----PLT-----

#### ANORMAL DEF. POR USUÁRIO :

Leucocitose  
 Neutrofilia

LIM. REF			
WBC	4.00-10.0	RBC	4.30-5.90
NEU	1.60-8.00	HGB	11.5-15.7
LYM	.800-4.00	HCT	40.0-52.0
MONO	.800-1.00	MCV	76.0-96.0
EOS	.400-6.00	MCH	27.0-32.0
BASO	0.00-2.00	MCHC	31.0-36.0
		RDW	11.0-16.0
		PLT	140-450
		MPV	6.90-10.6

10/10/2018 14:00  
 2018/09/10 14:00  
 2018/09/10 14:00



# RX + Ortopedia

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO  
 DATASUS  
 NO. DO BE: 1780585 DATA: 10/09/2018 HORA: 00:25 USUARIO: RPSANTOS  
 SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE  
 NOME: MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEICAO DOC...: 30643244  
 IDADE: 33 ANOS NASC: 12/05/1985 SEXO...: MASCULINO  
 ENDEREÇO: RUA SAO JORGE BAIRRO: SANTOS DUMONT NUMERO: 822  
 COMPLEMENTO: UF: SE CEP...: 49000-000  
 MUNICIPIO: ARACAJU /MARIA NORMELIA DE OLIVEIRA  
 NOME PAI/MAE: JOSE LUIZ DA CONCEICAO TEL...: 79.98829.5  
 RESPONSÁVEL: TRAZIDO PELO SAMU (A MAE) 388  
 PROCEDENCIA: ARACAJU - CAPITAL  
 ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS) TRAUMA: NAO  
 CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE...: NAO  
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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: Paciente fragil em protocolo DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 10/09/2018  
 pelo Samu, vítima de colisão carro-moto. Paciente estava pilotando a moto e foi atingido de cabeça.  
 Não houve perda de consciência, náusea ou vômito. Refere dor em MLE. Samu refere história  
 de deformidade e captação de sangue em punho E. que encontra-se enfiado e com tala. Refere ainda dor  
 em punho direito. Não alergia ou doenças de base. (A) Vias aéreas permeáveis e cervicalgia; (B) Expiração AA;  
 (C) Pulso, popliteo, sem hemorragias; (D) Membros, orientados, ECG 15; (E) Lúmen, diátese, urina sem hematuria;  
 MLE enfiado e com tala ainda não avaliada; Não há lesão cutânea.  
 ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: Fratura de tíbia e fíbula MTT E CID: S82.1  
 PRESCRIÇÃO HORARIO DA MEDICACAO

① Radiografia de punho e tornozelo (E) ambas em 2 incidências  
 ② SF 0,9% 1000ml IV 40gt/min 500 500  
 ③ Profenid 100mg + 100ml de SF 0,5% IV 100 100

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :  
 ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA  
 [ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
 INTERNAÇÃO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):  
 OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PATOL

Assinatura do Paciente/Responsável: *Maria Normelia de Oliveira*  
 ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO:

RECIBO EM 10/9/18  
 AS 00:58HS HORAS



HUSE - HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE  
ECG de Repouso

TELEMEDICINA

Exame: 6077

Reg. Clín.:

Data: 11/09/2018

Nome: MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEIÇÃO

Nasc.: 12/05/1985

FC: 67 bpm

Filtros: 60Hz Muscular

Vel.: 25 mm/s

D A B A H I A

DI 10

DII 10

DIII 10

aVR 10

aVL 10

aVF 10

V1 10

V2 10

V3 10

V4 10

V5 10

V6 10

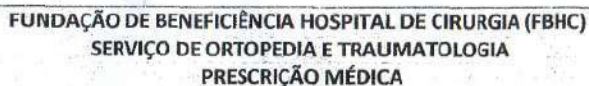
aVF 10

V4

V6


(c) MICROMED Biotecnologia





NOME: MARCO COUTO CORREIA MATRÍCULA: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ LEITO: 09 UNIDADE: oto-5 SEXO: F ( ) M ( )  
 DATA: 21/09/13 DATA INTERNAMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DATA DA FRATURA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DATA DA CIRURGIA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Dr. \_\_\_\_\_)

	1º TURNO		2º TURNO		3º TURNO	
	07:00 AS 13:00	ASSINATURA	13:00 AS 19:00	ASSINATURA	19:00 AS 07:00	ASSINATURA
1. DIETA						
2. GELCO HIDROLISADO.						
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H.	EM USO					
4. DAPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.		Peto		Paula	24	26 Jorlaine
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.				Paula	24	26 Jorlaine
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H.				Paula	24	26 Jorlaine
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINA 5.000UI SC 12/12H.						
8. RANITIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H.				Paula		26 Jorlaine
9. BROMOPRIDA 02ML+18ML AD EV 8/8H SOS.	SOS					
10. Sonda Vesical de Alívio SOS.						
11. GLICEMIA CAPILAR DE 6/6H. INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI 400 > 10UI.						
12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70 MG/DL						
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180mmHg OU PAD > 110mmHg	-					
14. MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H.	-					
15. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA.	-					
16. CCGG+SSVV 6/6H.	3/2	peta	3/2	Paula	24	26 Jorlaine
16. CURATIVO DIÁRIO						
17. TAPAR TALA.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						



Dr. Gilson Texeira  
Clínico Geral  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM-SE 4003

HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO
06				
12	130 x 80		36,5	78
18	140 x 80		36	92
24	160 x 100			80

*Ana Paula Oliveira Santos*  
Entrevista  
COREN-SP 248400

de Siqueira





FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA

27

NOME: MARCO LUIZ DE OLIVEIRA MATRÍCULA: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ UNIDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: F ( ) M ( )  
DATA: 21/09/12 DATA INTERNAMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DATA DA FRATURA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DATA DA CIRURGIA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Dr. \_\_\_\_\_)

	1º TURNO		2º TURNO		3º TURNO	
	07:00 AS 13:00	ASSINATURA	13:00 AS 19:00	ASSINATURA	19:00 AS 07:00	ASSINATURA
1. DIETA <u>3 C/LM</u>						
2. GELCO HIDROLISADO.						
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H. <u>100</u>						
4. DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H. <u>12</u>						
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H. <u>10</u>						
6. AMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H. <u>088</u>						
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINA 5.000UI SC 12/12H. <u>16</u>						
8. RANITIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H.						
9. BROMOPRIDA 02ML+18ML AD EV 8/8H SOS.						
10. Sonda Vesical de Alívio SOS.						
11. GLICEMIA CAPILAR DE 6/6H. <u>10/12</u> INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI 400 > 10UI.						
12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70 MG/DL						
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180mmHg OU PAD > 110mmHg						
14. MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H.						
15. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA.						
16. CCGG+SSVV 6/6H.						
16. CURATIVO DIÁRIO						
17. <u>Clonazepam 1mg PO 1x/12h Dg</u>						
18. <u>Clonazepam 1mg PO 1x/12h Dg</u>						
19. <u>Dr. Gilson Teixeira</u>						
20. <u>Dr. Gilson Teixeira</u>						
21.						
22.						
23.						

HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO
06				
12				
18				
24				





HOSPITAL DE CLÍNICAS  
"DR. AUGUSTO LEITE"

Data: 14/09/18

Convênio:

Matrícula:

Paciente: MARCOS LUIZ DE OLIVEIRA

Idade: anos: 64

Internação: 1/1

Unidade:

Leito:

Item	PRESCRIÇÃO MÉDICA	Distribuição de Horário					
		1º Turno		2º Turno		3º Turno	
		7 às 13h	Ass.	13 às 19h	Ass.	19 às 7h	Ass.
	Dietas: VO LITRO						
	Gelco hidrolizado						
	Omeprazol 20mg O1 CP VO às 6h						
	Cefalotina 1g EV de 6/6h						
	Dipirone 2-3ml AD EV 6/6h SOS						
	Plasil 2-3ml AD EV 8/8h SOS						
	Captopril 25mg VO se PA > 160x100mmHg SOS						
	Proferid 100mg + 100ml SF EV 12/12h SOS						
	Tramal 100mg + 100ml AD EV 6/6h SOS						
	Glexane 40mg 1x/dia SC						
	Glicemia capilar de 6/6h						
	Glicose 25% - O4 amp. IV se glicemia < 70mg/dl						
	Insulina Regular SC conforme esquema						
	180=0U 181-250=02U 251-300=04U						
	301-400=06U 401-500=08U 501-600=10U						
	Sinais vitais e cuidados gerais de 6/6h						
	Etiopirone 400mg EV 12/12h						
	Clindamicina 600mg EV 6/6h						
	Curativo diário						

Dr. Vitorino Sobral  
Ortopedista  
CRM-SE 6188





FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA

C 21/1

NOME: MARCO LUIZ M. OLIVEIRA MATRÍCULA: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ LEITO: C7 UNIDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: F ( ) M ( )  
DATA: 18/3/12 DATA INTERNAMENTO: \_\_\_\_\_ DATA DA FRATURA: \_\_\_\_\_ DATA DA CIRURGIA: \_\_\_\_\_ (Dr. \_\_\_\_\_)

	1º TURNO		2º TURNO		3º TURNO	
	07:00 AS 13:00	ASSINATURA	13:00 AS 19:00	ASSINATURA	19:00 AS 07:00	ASSINATURA
1. DIETA <u>OU GELADO</u>						
2. GELCO HIDROLISADO.						
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H.						
4. DÍPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.						
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.						
6. XAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H.						
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINA 5.000UI SC 12/12H.						
8. RANITIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H.						
9. BROMOPRIDA 02ML+18ML AD EV 8/8H SOS.						
10. SONDA VESICAL DE ALÚVIO SOS.						
11. GLICEMIA CAPILAR DE 6/6H. INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI - 251-300 4UI - 301-350 6UI - 351-400 8UI - 400 > 10UI.						
12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70 MG/DL						
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180mmHg OU PAD > 110mmHg						
14. MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H.						
15. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA.						
16. CCGG+SSVY 6/6H.						
16. CURATIVO DIÁRIO						
17. <u>CLINAMMILIN 600mg EV 12/12h</u>						
18. <u>CLINAMMILIN 600mg AD 6/6h</u>						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						

Dr. Osvaldo Teixeira  
Clínico Geral  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM-CE 4088

HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO
06				
12	<u>130x80</u>		<u>36</u>	<u>80</u>
18	<u>120x80</u>		<u>37</u>	<u>87</u>
24				











FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

Serviço de Ortopedia e Traumatologia

Prescrição Médica

67

NOME: Mário Luis de Oliveira MATRÍCULA: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ UNIDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: F ( ) M ( )

DATA: 12/09/18 DATA INTERNAMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DATA DA FRATURA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DATA DA CIRURGIA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Dr. \_\_\_\_\_)

	1º TURNO		2º TURNO		3º TURNO	
	07:00 AS 13:00	ASSINATURA	13:00 AS 19:00	ASSINATURA	19:00 AS 07:00	ASSINATURA
1. DIETA <u>uso CCM</u>						
2. GELCO HIDROLISADO.						
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H. <u>101P</u>						
4. DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.	<u>12</u>	<u>Augusto</u>	<u>18</u>	<u>Paula</u>	<u>25</u>	<u>Joelma</u>
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.	<u>10</u>	<u>Augusto</u>	<u>18</u>	<u>Paula</u>	<u>25</u>	<u>Joelma</u>
6. TAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H.	<u>08</u>	<u>Augusto</u>	<u>18</u>	<u>Paula</u>	<u>25</u>	<u>Joelma</u>
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINA 5.000UI SC 12/12H.						
8. RANITIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H.			<u>(18)</u>		<u>25</u>	<u>Joelma</u>
9. BROMOPRIDA 02ML+18ML AD EV 8/8H SOS.					<u>25</u>	<u>Joelma</u>
10. Sonda Vesical de Alívio SOS.						
11. GLICEMIA CAPILAR DE 6/6H. INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI - 251-300 4UI - 301-350 6UI - 351-400 8UI - 400 > 10UI.						
12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70 MG/DL						
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180mmHg OU PAD > 110mmHg						
14. MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H.						
15. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA.						
16. CCGG+SSVY 6/6H.	<u>18</u>	<u>Augusto</u>	<u>18</u>	<u>Paula</u>	<u>25</u>	<u>Joelma</u>
16. CURATIVO DIÁRIO						
17. <u>(1100 400mg 12/12h D3)</u>	<u>18</u>	<u>Augusto</u>	<u>18</u>	<u>Paula</u>	<u>(22)</u>	<u>Joelma</u>
18. <u>Clin-Milina 600mg 6/6h D3</u>	<u>18</u>	<u>Augusto</u>	<u>18</u>	<u>Paula</u>	<u>25</u>	<u>Joelma</u>
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						

HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO
06	<u>121 x 78</u>			<u>92</u>
12				
18				
24	<u>127 x 81</u>			<u>103</u>

Dr. Osison Teixeira  
Clínico Geral  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM-SE 4003

Ana Paula Oliveira Santos  
Enfermeira  
COREN-SE 289400

Augusto César

Téc. Enfermagem

COREN/SE 364519

Joelice de Andrade

Técnica de Enfermagem

COREN-SE 001.186.709

Aciane L. dos Santos

Enfermeira

CRP 12.2980





FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: Miguel Luiz Moura MATRÍCULA: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ UNIDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: F ( ) M ( )  
DATA: 20/09/13 DATA INTERNAMENTO: / / DATA DA FRATURA: / / DATA DA CIRURGIA: / / (Dr. \_\_\_\_\_)

	1º TURNO		2º TURNO		3º TURNO	
	07:00 AS 13:00	ASSINATURA	13:00 AS 19:00	ASSINATURA	19:00 AS 07:00	ASSINATURA
1. DIETA	<u>C - C - V</u>					
2. GELCO HIDROLISADO.	<u>SND</u>					
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H.	<u>1x</u>	<u>Augusto</u>	<u>1x</u>		<u>2x 06</u>	
4. DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.	<u>1x</u>	<u>Augusto</u>	<u>1x</u>		<u>2x 06</u>	
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.	<u>1x</u>	<u>Augusto</u>			<u>2x</u>	
6. JAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H.	<u>09</u>	<u>Augusto</u>	<u>1x</u>		<u>01</u>	
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINA 5.000UI SC 12/12H.					<u>01</u>	
8. RANITIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H.			<u>1x</u>		<u>06</u>	
9. BROMOPRIDA 02ML+18ML AD EV 8/8H SOS.	<u>SOS</u>					
10. SONDA VESICAL DE ALÚVIO SOS.	<u>SOS</u>					
11. GLICEMIA CAPILAR DE 6/6H. INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI 400 > 10UI.	<u>1x</u>		<u>1x</u>		<u>2x 06</u>	
12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70 MG/DL	<u>1x</u>					
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180mmHg OU PAD > 110mmHg	<u>1x</u>	<u>Augusto</u>	<u>1x</u>		<u>1x</u>	
14. MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H.	<u>1x</u>					
15. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA.	<u>1x</u>	<u>Augusto</u>	<u>1x</u>			
16. CCGG+SSVY 6/6H.	<u>06</u>	<u>Augusto</u>	<u>1x</u>		<u>06</u>	
16. CURATIVO DIÁRIO						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						

HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO
06				
12				
18				
24				

Augusto Cesar  
Téc. Enfermagem  
COREN/SE 364519

Denise Rinalda Ribeiro  
Enfermeira  
COREN-SE 377065





HOSPITAL DE CLÍNICAS "DR. AUGUSTO LEITE"  
EVOLUÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

UNIDADE:

PACIENTE:

MATRÍCULA:

IDADE:

SERVIÇO:

APTO:

QUARTO:

ENFERM:

LEITO:

CONVÊNIO:

DATA E  
HORA

EVOLUÇÃO

fratura da tíbia

a 5º metacarpo

do metacarpo

13-9-11

NOG. PIRACI

NO: UPM) 11-11-11

Dr. Gilson Teixeira  
Clínico Geral  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM-SE 4003

14/09/11

ORTOPEDIA

Paciente com fratura da tíbia distal (E) e fratura do 5º metacarpo (E), apresenta ferida com supuração importante. Não apresenta condições cirúrgicas.

Dr. Vinícius Sobral  
Ortopedista  
CRM-SE 5189

Realizada cirurgia suspensora por infecção da perna mais VPM

15-9-11

NOG. PIRACI

Dr. Gilson Teixeira  
Clínico Geral  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM-SE 4003

16-9-11

NOG. PIRACI

Dr. Gilson Teixeira  
Clínico Geral  
Ortopedia/Traumatologia









HOSPITAL DE CLÍNICAS "DR. AUGUSTUS" LEITE  
EVOLUÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

UNIDADE:

PACIENTE:

MATRÍCULA:

IDADE:

SERVIÇO:

AFTO:

QUARTO:

ENFERM:

LEITO:

CONVÊNIO:

DATA E  
HORA

EVOLUÇÃO

13/09/16 Paciente submetido a tratamento cirúrgico  
de fratura distal do rádio e ulna com redução  
e fixação intramedular com introdução  
do fixador e fixador.

Eduardo Barbosa Nunes  
Médico  
CRM-SE 53901  
CRM-PI 4887

RX FBHC  
INCIDÊNCIAS

02

13/09/16  
FEBRIL  
Sobrinho

70/20/17

Alto

Dr. Gilson Teixeira  
Clínico Geral  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM-SE 4003



NOME: MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CORRÊA  
 IDADE: 33 LETRADO: CP REGISTRO: 1054474 UNIDADE: ORTOPEDIA

**HOSPITAL CIRURGIA**  
**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso		2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional		3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado	
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doroso		5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível		6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero		8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorético		10-DIURESE: Ausente: <input type="checkbox"/> Presente: <input type="checkbox"/> vezes	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero		Alterações nas fezes: <input type="checkbox"/> vezes		Alterações na urina: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso		2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional		3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado	
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doroso		5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível		6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero		8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorético		10-DIURESE: Ausente: <input type="checkbox"/> Presente: <input type="checkbox"/> vezes	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero		Alterações nas fezes: <input type="checkbox"/> vezes		Alterações na urina: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	

16:30 - Paciente admitido na UTI, com quadro de insuficiência renal aguda, com creatinina de 2,5 mg/dL. Em uso de medicação para controle da pressão arterial e diurese. A família foi orientada sobre o cuidado com o paciente.

17:00 - No momento da avaliação, o paciente encontra-se estável, com sinais vitais dentro dos parâmetros esperados. A medicação foi administrada conforme prescrição.

18:00 - Administração de medicação para controle da dor e da ansiedade.

Assinatura e identificação  
 Têc. Enfermagem  
 GORRUISE 04.218



DATA: 12-09-11 19:00 de 07:00 h

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso

2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional

3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☒ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: ☒ Alerta ☐ Verbal ☐ Doloroso

5-ORIENTAÇÃO: ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inconsciente

6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não

7-NUTRIÇÃO: ☒ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero

8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico

9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero

10-DIURESE: Ausente: \_\_\_\_\_ horas Presente: \_\_\_\_\_ vezes

Alterações nas fezes: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade

Alterações na urina: \_\_\_\_\_

19:00 Elevada no Tite colorado. Condição orientada. Glicemia 160 mg/dl. Pressão 160/90 mmHg. F. Cardíaca 69. F. Respiratória 16. Temperatura 36,5°C. Escala de Dor 1/10.

24:00 Admissão no UIC. Hipertensão PA 160/100 mmHg. Admissão no UIC. Glicemia 160 mg/dl. Pressão 160/90 mmHg. F. Cardíaca 69. F. Respiratória 16. Temperatura 36,5°C. Escala de Dor 1/10.

06:00 Admissão no UIC. Hipertensão PA 160/100 mmHg. Admissão no UIC. Glicemia 160 mg/dl. Pressão 160/90 mmHg. F. Cardíaca 69. F. Respiratória 16. Temperatura 36,5°C. Escala de Dor 1/10.

06:00 Admissão no UIC. Hipertensão PA 160/100 mmHg. Admissão no UIC. Glicemia 160 mg/dl. Pressão 160/90 mmHg. F. Cardíaca 69. F. Respiratória 16. Temperatura 36,5°C. Escala de Dor 1/10.

PA 150/90

Assinatura e identificação: *[Assinatura]*

HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06	HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
Temperatura						36,5							Glicemia												
Pressão Arterial						160/90		160/100				160/100	Escala de Dor												
F. Cardíaca						69																			
F. Respiratória																									

	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06
1-Aspiração (1) TOT (2) TOT (3) Orofaringe (4) Nasal																								
2-Troca de Fralda																								
3-Higiene (1) Oral (2) Ocular (3) Intima																								
4-Banho (1) Leito (2) Cadeira de banho (3) Banheiro																								
5-Curativo Operatório:																								
6-Curativo de Lesão por Pressão:																								
7-Mudança de Decúbito:																								
8-Elevação de cabeça																								



NOME: Marcio Luiz de Oliveira Conceição

IDADE: 33

LEITO: C-7

REGISTRO: 3054474

UNIDADE: cto-3

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input checked="" type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	Alterações nas fezes: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:
10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input checked="" type="checkbox"/> Presente: _____ vezes		

07h Pti no leito em uso de AVP. hidralizado, segue cuidados  
 08h Aceitou digereu oferecido  
 Administrado medicação EV. tramal 100mg  
 11h Aceitou lanche oferecido, Administrado medicação EV. Propofol 100mg  
 12h Administrado medicação EV. Cefotina 1g + Diprovera  
 Aceitou almoço oferecido  
 12:30 Pti permanece sob cuidados da enfermagem

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	Alterações nas fezes: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:
10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes		

13:00 - Em contramão de curativos dorsal, asiático, amiterico, afeloid  
 n uso gelco hidralizado e companhia de família.  
 14:00 - Verificado curativos vitais PA-140x80, P-92 T-36°C  
 15:00 - Aceitou lanche oferecido pela nutricionista  
 16:00 - Administrado medicação prescrita, Tramal 100mg + 100 SF 0,9%  
 18:00 - Administrado medicação prescrita, Cefotina, dipirona, paracetamol  
 na, realizado no AVP com gelco 33, curativos NED com absorção  
 na, SF 0,9%, e absorção gelcos para enfermagem do setor, segue  
 em exames.



1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso 2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☐ Familiar ☐ Profissional 3-OCORRÊNCIA: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Doloroso 5-ORIENTAÇÃO: ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Incoerente 6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não

7-NUTRIÇÃO: ☒ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero 8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anorético

9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero 10-DIURESE: Ausente: \_\_\_\_\_ horas ☐ Presente: \_\_\_\_\_ vezes

11-ALTERAÇÕES NAS FEZES: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade

12-ALTERAÇÕES NA URINA: \_\_\_\_\_

19:00 paciente no leito em decúbito dorsal, calma, orientado, consciente e febril, eufórico, afebril, em uso de gelco hidrolizado.

20:00 paciente no leito em decúbito dorsal, sem queixas até o momento.

21:00 paciente aceitou o lanche oferecido pela equipe de nutrição, paciente em dieta zero, para realizar procedimento cirúrgico amanhã.

22:00 Administração medicação, Pirofenid 100mg + 100ml SFO 9%, capten preson, 24:00 Alívio da dor, Pirofenid 18 + 10ml AN, Difenidol 2ml + 08ml IV, tramal 100mg + 100ml SFO 9%, capten preson.

03:00 paciente no leito dormindo sem queixas até o momento.

06:00 Administração medicação de horário, conforme prescrição médica.

06:30 paciente sem queixas, aguardando chamado do L.P.

HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06	HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
Temperatura			36,5	36,5									Glicemia												
Pressão Arterial			130/90	130/90					160/100				Escala de Dor												
F. Cardíaca			78	92					80																
F. Respiratória									19																

	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06
1-Aspiração (1) TOT (2) TQT (3) Orofaringe (4) Nasal																								
2-Troca de Fralda																								
3-Higiene (1) Oral (2) Ocular (3) Íntima																								
4-Banho (1) Leito (2) Cadeira de banho (3) Banheiro																								
5-Curativo Operatório:																								
6-Curativo de Lesão por Pressão:																								
7-Mudança de Decúbito:																								
8-Elevação de cabeça:																								





## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME:

MARCELO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEIÇÃO

IDADE:

33

LEITO:

67

REGISTRO:

1051174

UNIDADE:

ORTOPEDIA

DATA: 07:00 às 13:00 h	1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
	4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	vezes	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico
	9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	vezes	Alterações nas fezes:
	10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

Assinatura e identificação

DATA: 13:00 às 19:00 h	1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
	4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	vezes	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico
	9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	vezes	Alterações nas fezes:
	10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

16:30 - Paciente admitido neste setor vindo da ortopedia Terceiro em uso de gesso, gesso hializado e companhia de família. A-540x30, P-69 T-36°C

17:00 - No momento calmo, consciente, sem queixas de algias.

18:00 - Administrados medicamentos prescrita, Cefalexina, segue cuidados.

Assinatura e identificação



DATA: 12-09-11 29:00 às 07:00 h

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Cheso 2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional 3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☒ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: ☒ Alerta ☐ Verbal ☐ Doloroso 5-ORIENTAÇÃO: ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Intransfere 6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não

7-NUTRIÇÃO: ☒ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ zero vezes 8-INGESTÃO: ☒ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico

9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero vezes Alterações nas fezes: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade

10-DIURESE: Ausente: \_\_\_\_\_ horas Presente: \_\_\_\_\_ vezes Alterações na urina: \_\_\_\_\_

19:00 - 19:00 no 11to 10to: Acordando orientado, deambulando sozinho, hidratado, PA 160/100  
 19:00 - 19:00 no 11to 10to: Acordando orientado, deambulando sozinho, hidratado, PA 160/100  
 24:00 - 00:00 no 11to 10to: Acordando orientado, deambulando sozinho, hidratado, PA 160/100  
 01:00 - 02:00 no 11to 10to: Acordando orientado, deambulando sozinho, hidratado, PA 160/100  
 02:00 - 03:00 no 11to 10to: Acordando orientado, deambulando sozinho, hidratado, PA 160/100  
 03:00 - 04:00 no 11to 10to: Acordando orientado, deambulando sozinho, hidratado, PA 160/100  
 04:00 - 05:00 no 11to 10to: Acordando orientado, deambulando sozinho, hidratado, PA 160/100  
 05:00 - 06:00 no 11to 10to: Acordando orientado, deambulando sozinho, hidratado, PA 160/100  
 06:00 - 07:00 no 11to 10to: Acordando orientado, deambulando sozinho, hidratado, PA 160/100

Assinatura e identificação  
 T. C. P. 12-09-11

HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06	HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
Temperatura						36							Glicemia												
Pressão Arterial						140/90		160/100				150/100	Escala de Dor												
F. Cardíaca						69																			
F. Respiratório																									

	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06
1-Aspiração (1) TOT (2) TQT (3) Orofaringe (4) Nasal																								
2-Troca de Fralda																								
3-Higiene (1) Oral (2) Ocular (3) Íntima																								
4-Banho (1) Leito (2) Cadeira de banho (3) Banheiro																								
5-Curativo Operatório:																								
6-Curativo de Lesão por Pressão:																								
7-Mudança de Decúbito:																								
8-Elevação de cabeça																								



PREVISTO: Marcio Luiz de Oliveira Conceição  
IDADE: 33 LBTO: C-07 REGISTRO: 105.1174 UNIDADE: Ortopedia I

DATA: 09/09  
HORA: 07:00 às 13:00 h

1-BIOTIPO: <input checked="" type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input checked="" type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	10-DIURESE: Ausente: <u>0</u> horas Presente: <u>2</u> vezes	Alterações nas fezes: <u>0</u> vezes
Alterações na urina: <u>0</u> vezes		

7:30 Peto no leito, acordado, calmo, consciente, orientado, eufórico, afebril, não náusea, amigérico, verbalizando. Em uso de gelco hidrolisado. Não apresenta queixas no momento. Em dieta zero aguardando chamado do C.C.

9:10 Peto incominidado ao C.C. por meio de maca em companhia de funcionário + maguino

10:00 Peto retornou ao dor, teve cirurgia suspensa por edema no M.T.E

12:00 Aceitou almoço oferecido

12:30 Peto segue as intervenções e cuidados da equipe de enfermagem

Fernanda S. Ismerim  
Assistente de Enfermagem  
CORENSE 595494

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	10-DIURESE: Ausente: <u>0</u> horas Presente: <u>0</u> vezes	Alterações nas fezes: <u>0</u> vezes
Alterações na urina: <u>0</u> vezes		

13:00 - Encarrega-se de cuidados gerais, abismático, amigérico, afebril - em uso gelco hidrolisado.

14:00 - Verificado sinais vitais PA-130x80, P-94, T-36,2.

15:00 - Aceitou lanche oferecido pela nutricionista.

16:00 - Administrado medicamento prescrito, Clindamicina 600mg.

18:00 - Não foi administrado soro prescrito estando aguardando lugar na farmácia, segue cuidados.

Julia Rocha de Jesus Santos  
Assistente de Enfermagem  
CORENSE 841.216







NOME:

MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEIÇÃO

IDADE:

33

LEITO:

67

REGISTRO:

1051174

UNIDADE:

ORTOPEDIA

DATA: 07:00 às 13:00 h	1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
	4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	vezes	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico
	9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	vezes	Alterações nas fezes:
	10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

Assinatura e identificação

DATA: 16:30 às 19:00 h	1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
	4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	vezes	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico
	9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	vezes	Alterações nas fezes:
	10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

16:30 - Paciente admitido neste setor vindo da ortopedia Terceiro em uso de mela, gesso hializado e acompanhante de família. A-540x30, P-69 T-36°C

17:00 - No momento calma, consciente, sem queixas de algias.

18:00 - Administradas medicações prescrita, Cefalexina, segue cuidados.

Assinatura e identificação





HOSPITAL DE CLÍNICAS  
"DR. AUGUSTO LEITE"

Data: 19/08/11

Convênio:

Matrícula: Dnt 2

Paciente: Maria Cruz da Silva

Idade: anos

Internação: 1/1

Unidade:

Leito: 027

Item	PRESCRIÇÃO MÉDICA	Distribuição de Horário					
		1º Turno		2º Turno		3º Turno	
		7 às 13h	Ass.	13 às 19h	Ass.	19 às 7h	Ass.
Dieta	líquida						
Gelco hidrolizado							
Omeprazol 20mg 01 CP VO às 6h;							
Cefalotina 1g EV de 6/6h;		10		X	Raula	X	Raula
Dipirona 2:8ml AD EV 6/6h SOS		12		X	Raula	X	Raula
Plasil 2:8ml AD EV 8/8h SOS							
Captopril 25mg VO se PAS 160x100mmHg SOS							
Profenid 100mg + 100ml SF EV 12/12h SOS		10					
Tramal 100mg + 100ml AD EV 6/6h SOS		08		14			
Clexane 40mg 1x/dia SC;							
Glicemia capilar de 6/6h;							
Glicose 25% - 04 amp. IV se glicemia < 70mg/dl							
Insulina Regular SC conforme esquema:	Até						
180=0U 181-250=02U 251-300=04U	301=						
350=06U 351-400=08U >401=10U							
Sinais vitais e cuidados gerais de 6/6h		12		X	Raula	X	Raula

Ana Paula Oliveira Santos  
Enfermeira  
COREN-SE 489400

Ana Paula Oliveira Santos  
Enfermeira  
COREN-SE 489400



Nome: Marcio Luiz de Oliveira Conceição  
IDADE: 33 LBTO: C-07 REGISTRO: 105.1174 UNIDADE: Ortopedia I

DATA: 09/09

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input checked="" type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input checked="" type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	10-DIURESE: Ausente: <u>0</u> horas Presente: <u>2</u> vezes	
<p>7:30 Pete no leito, acordado, calmo, consciente, orientado, eufórico, afebril, não náuseo, amigérico, verbalizando. Em uso de gesso hidralizado. Não apresenta queixas no momento. Em dieta zero aguardando chamado do C.C.</p> <p>7:10 Pete encaminhado ao C.C. por meio de maca em companhia de funcionário + maculeiro.</p> <p>10:00 Pete retornou ao setor, teve cirurgia suspensa por edema no M.T.E.</p> <p>12:00 Aceitou almoço oferecido.</p> <p>12:30 Pete segue as intervenções e cuidados da equipe de enfermagem.</p>		

Fernanda S. Ismerim  
Assistente de Enfermagem  
CORENSE 59494

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	10-DIURESE: Ausente: <u>0</u> horas Presente: <u>0</u> vezes	
<p>13:00 - Encostado-se de decúbito dorsal, ali emético, amigérico, afebril - em uso gesso hidralizado.</p> <p>14:00 - Verificados sinais vitais PA-130x80, P-98, T-36°C.</p> <p>15:00 - Aceitou lanche oferecido pela nutricionista.</p> <p>16:00 - Administrado medicamento prescrito, Clindamicina 600mg.</p> <p>18:00 - Não foi administrado soro prescrito estando aguardando lugar na farmácia. segue cuidados.</p>		

Paula Mariana de Jesus Santos  
Assistente de Enfermagem  
Téc. de Enfermagem  
CORENSE 841.216







NOME:

MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEIÇÃO

IDADE:

33

LEITO:

62

REGISTRO:

1051126

UNIDADE:

ORTOPEDIA E

DATA: 15-08-16 07:00 às 13:00 h

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input checked="" type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	vezes	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	vezes	Alterações nas fezes:
10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input checked="" type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

07:00 - Em contato de curativo dorsal, aciclovir, amoxicilina, afebril em uso gelco hidratado e companhia de família.

08:00 - Realizado curativo com cloroxina, SFO 3% e sulfatiazina MID.

10:00 - Realizado novo AVP com gelco 2% e SFO perfurado.

10:00 - Aceitar lanche oferecido pela mãe. Em tempo, às 8:00 hs - administrado medicação prescrita, Cipro 400mg + tramal.

12:00 - Administrado medicação prescrita, dipirona, Glindamizina, Em tempo, às 10:00hs administrado medicação prescrita.

Assinatura do enfermeiro Soutos  
Téc. de Enfermagem em  
BOREENSE 841.216

DATA: 15-08-16 13:00 às 19:00 h

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input checked="" type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	vezes	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	vezes	Alterações nas fezes:
10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input checked="" type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

13:00 - Paciente repousando no leito.

14:00 - Verificado sinais vitais PA- 140x80, P-98, T-36°C

15:00 - Aceitar lanche oferecido pela mãe.

16:00 - Realizado novo AVP com gelco 2% e SFO perfurado e administrado tramal 100mg + 100 SFO 3%.

18:00 - Administrado medicação prescrita, Glindamizina, dipirona, segue Guadalog.

Assinatura do enfermeiro Soutos  
Téc. de Enfermagem em  
BOREENSE 841.216



1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-OCORRÊNCIA: <input type="checkbox"/> Deambula <input checked="" type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inaceessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorético	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	Alterações nas fezes:	
10-DIURSE: Ausente: _____ horas <input checked="" type="checkbox"/> Presente: 2-25	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

[illegible]



INOME: Marcio Luiz de Oliveira Conceição

IDADE: 33 LEITO: C-7 REGISTRO: 1051174 UNIDADE: oto-3

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input checked="" type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	vezes	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	vezes	Alterações nas fezes:
10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input checked="" type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

DATA: 26-09-18

07:00 às 13:00 h

08h Pte. no leito em uso de AVP. hidrolizado, segue cuidados

08h Administrado medicação EV. tramal 400mg, Aceiton digoxem oferecido

10h Administrado medicação EV. P. p. 100mg.

Aceiton lanche oferecido

12h Administrado medicação EV. D. p. 100mg + clindamicina 600mg

Aceiton almoço oferecido

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input checked="" type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	vezes	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	vezes	Alterações nas fezes:
10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input checked="" type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

DATA: 26-09-18

13:00 às 19:00 h

13h Pte. no leito tranquilo, segue cuidados

15h Aceiton lanche oferecido

16h Administrado medicação EV. tramal 400mg

18h Administrado medicação EV. D. p. 100mg + clindamicina 600mg

Aceiton dieta oferecido

18:30 Pte. permanece aos cuidados da enfermagem



16

09

19

19:00 às 07:00 h

DATA

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso		2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional		3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado	
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso		5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível		6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero		8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico			
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero		10-DEBILIDADE: Ausente: horas <input type="checkbox"/> Presente: vezes		Alterações nas fezes:	
		<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade		Alterações na urina:	

19:00- Paciente no leito acordado, verbalizando, estabelecido em  
 cuidados da equipe de enfermagem  
 20:00- Adm. medicação hepática. Não adm. Cipro aquece  
 domo na jarra maria  
 21:00- oferecido lanche pela enfermeira  
 22:00- Adm. medicação de horário  
 23:00- Adm. bromaf + elinda + di perona  
 24:00- Administrado medicação de horário e pm  
 Paciente segue mantendo o quadro clínico

HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06	HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
Temperatura			36,6			36,5			37,0			37,0	Glicemia												
Pressão Arterial			130/90			120/40			160			160	Escala de Dor												
F. Cardíaca			87			78			78			78													
F. Respiratória									20			20													

	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06
1-Aspiração (1) TOT (2) TQT (3) Orofaringe (4) Nasal																								
2-Troca de Fralda																								
3-Higiene (1) Oral (2) Ocular (3) Intima																								
4-Banho (1) Leito (2) Cadeira de banho (3) Banheiro																								
5-Curativo Operatório:																								
6-Curativo de Lesão por Pressão:																								
7-Mudança de Decúbito:																								
8-Elevação de cabeça																								



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME:

Maria Lúcia de Oliveira Gonçalves

IDADE:

33

LEITO:

11

REGISTRO:

UNIDADE:

Unidade I

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorético	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	

07 No leito em uso de AVP e gelos hidroalcoólicos cateter sem perfusão  
08 Não admi. cipe. Em paracetamol 200mg 3x/dia  
09 Não admi. paracetamol de 1000mg por falta de dose no farmácia, manter dieta  
10 Adm. dipirona, clonazepam, acetaminofeno 500mg 3x/dia

Augusto César  
Téc. Enfermagem  
CORENSE 364513

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorético	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	

13:00 - Em contra-choque decubito dorsal, acianótico, normotérmico, afebril -  
em uso gelos hidroalcoólicos e compressas de família.  
14:00 - Verificada pressão vital PA 120x80, P 86 T 36,6.  
15:00 - Aceitou lanche oferecido pela nutricionista.  
16:00 - Realizado Curativo MID com cloroxidina, SF 9, e óleo de girassol  
e administrado medicação prescrita, Tegonal 400mg + 100mg 3x/dia  
18:00 - Administrado medicação prescrita, dipirona, Clindamicina 600mg  
manter rotina de vitais aguardando chegar na farmácia

Paula Beatriz de Jesus Santos  
Téc. Enfermagem  
CORENSE 841216



80060147

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso ... 2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional 3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☒ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Doloroso 5-ORIENTAÇÃO: ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inaceitável 6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não

7-ALIMENTAÇÃO: ☐ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero 8-INGESTÃO: ☐ Alimentação ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico

9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero 10-DIURESE: Ausente: horas ☐ Presente: vezes

11:00h Paciente no leito em decúbito dorsal, limpo, Orientado, Consciente, afilado, eutrófico, acianótico. Em uso de Geleto Hidrolizado.

21:00 Administração Heparina 5.000 UI sc, conforme prescrição médica.

22:00 Administração, Proteína 100 mg + 100 ml SF 0,9% IV. Não administrado, Lipon e Guardando a farmácia. Geovidenciar, aceitou o banho. Oferecido pelo nutricionista.

23:00 Administração, Tramal 50 mg + 100 ml SF 0,9% conforme prescrição.

24:00 Administração Pipirina 2ml 0,8ml no IV, + Cetabolina 8g + 100 ml AB, ebidomian 600 mg + 100 ml SF 0,9% conforme prescrição médica.

03:00 Paciente dormindo sem queixas até o momento.

06:00 Administração medicamentos de horário, conforme prescrição médica.

06:30 Segue por cuidados da equipe de enfermagem.

HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06	HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
Temperatura	35,4			36,0					37,8			37,8	Glicemia												
Pressão Arterial	120x79			120					103			103	Escala de Dor												
F. Cardíaca	80			86					103			103													
F. Respiratória	16			26					18			18													

	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06
1-Aspiração (1) TOT (2) TQT (3) Orofaringe (4) Nasal																								
2-Troca de Fralda																								
3-Higiene (1) Oral (2) Ocular (3) Intima																								
4-Banho (1) Leito (2) Cadeira de banho (3) Banheiro																								
5-Curativo Operatório:																								
6-Curativo de Lesão por Pressão:																								
7-Mudança de Decúbito:																								
8-Elevação de cabeceira																								



**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

NOME:

Marcos Leão de Oliveira Gonçalves

IDADE:

33

LEITO:

7

REGISTRO:

UNIDADE:

Ortopedia

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorético	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	Alterações nas fezes:	
10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

07h Paridade colunar nas costas em uma de AVX. Deixar hidratado com oxigênio.

08h Aprimor SSN. Adm. humoral de lactato.

10h Adm. paracetamol 1gpo. Monitorar diátese e baseando acesse paracetamol.

12h Adm. dipirona, diátese, monitorar diátese.

Augusto de Almeida  
Téc. Enfermagem  
COREN-SP 35/512

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorético	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	Alterações nas fezes:	
10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

13:00 - Em contra-rele de curativo dorsal, acianótico, amictérico, afébril.

14:00 - Verificado parâmetros vitais PA-130x80, P-80, T-36,2.

15:00 - Agitação leve, aliviada pela medicação.

16:00 - Administrado medicação prescrita, Tramal 100mg + 100SFq.3v.

18:00 - Administrado medicação prescrita, dipirona, paracetamol.

Chir. Lamibiran 600mg, Jequi euidados.

Paulo Roberto de Jesus Santos  
Téc. de Enfermagem  
COREN-SP 651.218







NOME: MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEIÇÃO

IDADE: 33 LEITO: 27 REGISTRO: 1051173 UNIDADE: ORTOPEDIAT

DATA: 07:00 às 13:00 h	1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
	4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6- LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	vezes	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico
	9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	vezes	Alterações nas fezes:
	10-DIURESE: Ausente: horas <input type="checkbox"/> Presente: vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:
<div style="text-align: center;">X</div>			Assinatura e identificação

DATA: 13:00 às 19:00 h	1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
	4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6- LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	vezes	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico
	9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	vezes	Alterações nas fezes:
	10-DIURESE: Ausente: horas <input type="checkbox"/> Presente: vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:
15:00 - Paciente retornou CL com cirurgia realizada, acordado e realizado, verificando PA=12x80, P=80, T=35.			Assinatura e identificação Paula Roberto de Jesus Santos Téc. de enfermagem COREN-PR 1216
16:00 - No momento calmo, sem queixas de algias e companhia de família.			
18:00 - Administração medicamentosa prescrita, cefalotina, dipiridona segue cuidados.			



Assinatura e Identificação

Glicemia  
Escala de Dor

- 1-Aspiração (1) TOT (2) TQT (3) Orofaringe (4) Nasal
- 2-Troca de Fralda:
- 3-Higiene (1) Oral (2) Ocular (3) Intima
- 4-Banho (1) Leito (2) cadeira de Banho (3) Banheiro
- 5-Curativo Operatório:
- 6-Curativo de Lesão por Pressão:
- 7-Mudança de Decúbito:
- 8-Elevação de cabeça:



**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

NOME: Marcos Luiz de Oliveira Lacerda  
 IDADE: 33 LEITO: 67 REGISTRO:  UNIDADE: Intensidade I

DATA: 00/09/2013 07:00 às 13:00 h

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6- LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorético	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	Alterações nas fezes:	
10-DIURESE: Ausente: <u></u> horas <input type="checkbox"/> Presente: <u></u> vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

22 h Ausência calma no leito em uso de AVP+ outras medicações sem queixas  
 23 h Apênd. SSV realçando cistite, ader. transanal de inserção  
 01 h Sem queixas cistite de leve  
 02 h Adm. Kefen, Depressão, acetato de Na, de alta aguardando transgêntico

Autógrafa e Identificação  
 Téc. Enfermagem  
 CORENSE 364513

DATA: 01-09-13 13:00 às 19:00 h

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6- LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorético	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	Alterações nas fezes:	
10-DIURESE: Ausente: <u></u> horas <input type="checkbox"/> Presente: <u></u> vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

13:00 - For contra-ss de cistite larval, acionamento, anictérico, aférril  
 e 2 uso, digu, sem AVP e companhia de família.  
 14:00 - Verificado psiquismo psíquico PA-140x90, P-85, T-36°C  
 15:00 - Paciente saiu de alta hospitalar em uso cadáver de  
 nada.

Autógrafa e Identificação  
 Téc. Enfermagem  
 CORENSE 364513



[illegible]

p. 76



DATA: 12-09-11 19:00 às 07:00 h

1-BIÓTIPO: ☐ Caquético ☒ Estático ☐ Obeso

2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional

3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☒ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: ☒ Alerta ☐ Verbal ☐ Doloroso

5-ORIENTAÇÃO: ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inconsciente

6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não

7-NUTRIÇÃO: ☒ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero

8-INGESTÃO: ☒ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anorético

9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero

10-DIURESE: Ausente: \_\_\_\_\_ horas Presente: \_\_\_\_\_ vezes

Alterações nas fezes: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade

Alterações na urina: \_\_\_\_\_

19:00 - Admissão no UPA, paciente consciente, orientado, glicemia 160 mg/dl, PA 160/100 mmHg, sem sinais de desidratação, sem alterações na pele.

20:00 - Início da medicação: 100mg de morfina IV, 10mg de clonidina IV.

21:00 - PA 160/100 mmHg, glicemia 160 mg/dl.

22:00 - PA 160/100 mmHg, glicemia 160 mg/dl.

23:00 - PA 160/100 mmHg, glicemia 160 mg/dl.

24:00 - PA 160/100 mmHg, glicemia 160 mg/dl.

25:00 - PA 160/100 mmHg, glicemia 160 mg/dl.

26:00 - PA 160/100 mmHg, glicemia 160 mg/dl.

27:00 - PA 160/100 mmHg, glicemia 160 mg/dl.

28:00 - PA 160/100 mmHg, glicemia 160 mg/dl.

29:00 - PA 160/100 mmHg, glicemia 160 mg/dl.

30:00 - PA 160/100 mmHg, glicemia 160 mg/dl.

Assinatura e identificação  
Fica a p. 12-09-11

HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06	HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
Temperatura						36							Glicemia												
Pressão Arterial						160/100		160/100				160/100	Escala de Dor												
F. Cardíaca						69																			
F. Respiratório																									

	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06
1-Aspiração (1) TOT (2) TQT (3) Orofaringe (4) Nasal																								
2-Troca de Fralda																								
3-Higiene (1) Oral (2) Ocular (3) Íntima																								
4-Banho (1) Leito (2) Cadeira de banho (3) Banheiro																								
5-Curativo Operatório:																								
6-Curativo de Lesão por Pressão:																								
7-Mudança de Decúbito:																								
8-Elevação de cabeça																								



Nome: Marcio Luiz de Oliveira Conceição  
IDADE: 33 LBTO: C-07 REGISTRO: 105.1174 UNIDADE: Ortopedia I

DATA: 09/09

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input checked="" type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input checked="" type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	10-DIURESE: Ausente: <u>0</u> horas Presente: <u>2</u> vezes	
<p>7:30 Pete no leito, acordado, calmo, consciente, orientado, eufórico, afebril, não náuseo, amigérico, verbalizando. Em uso de gesso hidralizado. Não apresenta queixas no momento. Em dieta zero aguardando chamado do C.C.</p> <p>7:10 Pete encaminhado ao C.C. por meio de maca em companhia de funcionário + maculeiro.</p> <p>10:00 Pete retornou ao setor, teve cirurgia suspensa por edema no M.T.E.</p> <p>12:00 Aceitou almoço oferecido.</p> <p>12:30 Pete segue as intervenções e cuidados da equipe de enfermagem.</p>		

Fernanda S. Ismerim  
Assistente de Enfermagem  
CORENSE 59494

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	10-DIURESE: Ausente: <u>0</u> horas Presente: <u>0</u> vezes	
<p>13:00 - Encostado-se de decúbito dorsal, ali emético, amigérico, afebril - em uso gesso hidralizado.</p> <p>14:00 - Verificados sinais vitais PA-130x80, P-98, T-36°C.</p> <p>15:00 - Aceitou lanche oferecido pela nutricionista.</p> <p>16:00 - Administrado medicamento prescrito, Clindamicina 600mg.</p> <p>18:00 - Não foi administrado soro prescrito estando aguardando lugar na farmácia. segue cuidados.</p>		

Paula Mariana de Jesus Santos  
Assistente de Enfermagem  
Téc. de Enfermagem  
CORENSE 841.216







NOME:

MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEIÇÃO

IDADE:

33

LEITO:

62

REGISTRO:

1051126

UNIDADE:

ORTOPEDIA E

DATA: 15-08-16 07:00 às 13:00 h

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input checked="" type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	vezes	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	vezes	Alterações nas fezes:
10-DIURESE: Ausente: horas Presente: vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

07:00 - Em contato de curativo dorsal, aciclovir, amoxicilina, afebril em uso gelco hidratado e companhia de família.

08:00 - Realizado curativo com cloroxina, SFO 3% e sulfatiazina MID.

09:00 - Realizado novo AVP com gelco 2% e SFO perfurado.

10:00 - Aceitar lanche oferecido pela mãe. Em tempo, às 8:00 hs - administrado medicação prescrita, Cipro 400mg + tramal.

12:00 - Administrado medicação prescrita, dipirona, Glindamizina, Em tempo, às 10:00hs administrado medicação prescrita.

Assinatura do enfermeiro Sotius  
Téc. Enfermagem  
CORENSE 841.216

DATA: 15-08-16 13:00 às 19:00 h

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input checked="" type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	vezes	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	vezes	Alterações nas fezes:
10-DIURESE: Ausente: horas Presente: vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

13:00 - Paciente repousando no leito.

14:00 - Verificado sinais vitais PA- 140x80, P-98, T-36°C

15:00 - Aceitar lanche oferecido pela mãe.

16:00 - Realizado novo AVP com gelco 2% e SFO perfurado e administrado tramal 100mg + 100 SFO 3%.

18:00 - Administrado medicação prescrita, Glindamizina, dipirona, segue Guadalupe.

Assinatura do enfermeiro Sotius  
Téc. Enfermagem  
CORENSE 841.216



1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-OCORRÊNCIA: <input type="checkbox"/> Deambula <input checked="" type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inaceessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorético	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	Alterações nas fezes:	
10-DIURSE: Ausente: _____ horas <input checked="" type="checkbox"/> Presente: 2-25	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

[illegible]



1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso 4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso 7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Útil <input type="checkbox"/> Enteral <input checked="" type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero 9-EVACUAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero 10-DIURSE: Ausente: _____ horas <input checked="" type="checkbox"/> Presente: 2-25	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional 5-ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inaceessível	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input checked="" type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado 6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoróxico Alterações nas fezes: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

[illegible]



INOME: Marcio Luiz de Oliveira Conceição

IDADE: 33 LEITO: C-7 REGISTRO: 1051174 UNIDADE: oto-3

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input checked="" type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	vezes	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	vezes	Alterações nas fezes:
10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input checked="" type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

DATA: 26-09-18

07:00 às 13:00 h

08h Pte. no leito em uso de AVP. hidrolizado, segue cuidados

08h Administrado medicação EV. tramal 400mg, Aceiton digoxem oferecido

10h Administrado medicação EV. P. p. 100mg.

Aceiton lanche oferecido

12h Administrado medicação EV. Digoxem + clindamicina 600mg

Aceiton almoço oferecido

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input checked="" type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	vezes	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	vezes	Alterações nas fezes:
10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input checked="" type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

DATA: 26-09-18

13:00 às 19:00 h

13h Pte. no leito tranquilo, segue cuidados

15h Aceiton lanche oferecido

16h Administrado medicação EV. tramal 400mg

18h Administrado medicação EV. Digoxem + clindamicina 600mg

Aceiton dieta oferecido

18:30 Pte. permanece nos cuidados da enfermagem



16

09

19

19:00 às 07:00 h

DATA

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso		2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional		3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado	
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso		5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível		6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero		8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico			
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero		10-DEBILIDADE: <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Presente			

19:00- Paciente no leito acordado, verbalizando, estabelecido em  
 cuidados da equipe de enfermagem  
 20:00- adm. medicação heparina. Não adm. Ciprofloxacina  
 21:00- oferecido lanche pela enfermeira  
 22:00- adm. medicação de horário  
 23:00- adm. bromaf + elinda + di perona  
 24:00- administrado medicação de horário e pm  
 Paciente segue mantendo o quadro clínico

HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06	HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
Temperatura			36,6			36,5			37,0			37,0	Glicemia												
Pressão Arterial			130/90			120/40			160			160	Escala de Dor												
F. Cardíaca			87			78			78			78													
F. Respiratória									20			20													

	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06
1-Aspiração (1) TOT (2) TQT (3) Orofaringe (4) Nasal																								
2-Troca de Fralda																								
3-Higiene (1) Oral (2) Ocular (3) Intima																								
4-Banho (1) Leito (2) Cadeira de banho (3) Banheiro																								
5-Curativo Operatório:																								
6-Curativo de Lesão por Pressão:																								
7-Mudança de Decúbito:																								
8-Elevação de cabeça																								



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME:

Maria Lúcia de Oliveira Gonçalves

IDADE:

33

LEITO:

11

REGISTRO:

UNIDADE:

Unidade I

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	

07 No leito em uso de AVP e gelos hidroalcoólicos colocados nas pernas  
08 Não adormece após E.M. paracetamol 350mg  
09 Não adormece após E.M. paracetamol 350mg  
10 Não adormece após E.M. paracetamol 350mg  
11 Adm. dipiridam, clonidina, acetaminofeno e analgésico

Augusto César  
Téc. Enfermagem  
CORENSE 364513

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	

13:00 - Em contra-choque decubito dorsal, acianótico, normotérmico, afebril -  
em uso gelos hidroalcoólicos e compressas de família.  
14:00 - Verificada pressão arterial PA - 90x60, P - 86 T - 36,6.  
15:00 - Aceitou lanche oferecido pela nutricionista.  
16:00 - Realizado Curativo MID com cloroxidina, SF 9, e óleo de girassol  
e administrado medicação prescrita, Tegonal 400mg + 100mg, 9h  
18:00 - Administrado medicação prescrita, dipiridam, clonidina e analgésico  
meses prescritos aguardando chegar na farmácia

Paula Beatriz de Jesus Santos  
Téc. Enfermagem  
CORENSE 841216



80060149

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso

2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional

3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☒ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Doloroso

5-ORIENTAÇÃO: ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível

6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não

7-ALIMENTAÇÃO: ☐ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero

8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico

9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero

10-DIURESE: Ausente: horas ☐ Presente: vezes

11-Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade

Alterações na urina:

13:00 h Paciente no leito em decúbito dorsal, limpo, Orientado, Consciente, afilado, eutrófico, acianótico. Em uso de Geleto Hidrolizado.

21:00 Administrado Heparina 5.000 UI sc, conforme prescrição médica.

22:00 Administrado, Proteína 100 mg + 100 ml SF 0,9% IV. Não administrado, Lipon e Guardando a farmácia. Recebido o banho de enxerto pele nutricional.

23:00 Administrado, Tramal 50 mg + 100 ml SF 0,9% conforme prescrição.

24:00 Administrado Pipitona 2ml 0,8ml no IV, + Cetabolina 8g + 100 ml AB, Cefidomian 600 mg + 100 ml SF 0,9% conforme prescrição médica.

03:00 Paciente dormindo sem queixas até o momento.

06:00 Administrado medicamentos de horário, conforme prescrição médica.

06:30 Segue por cuidados da equipe de enfermagem.

HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06	HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
Temperatura	35,4			36,0					37,8		37,8		Glicemia												
Pressão Arterial	120x99			120					103		103		Escala de Dor												
F. Cardíaca	80			86					103		103														
F. Respiratória	16			26					18		18														

	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06
1-Aspiração (1) TOT (2) TQT (3) Orofaringe (4) Nasal																								
2-Troca de Fralda																								
3-Higiene (1) Oral (2) Ocular (3) Intima																								
4-Banho (1) Leito (2) Cadeira de banho (3) Banheiro																								
5-Curativo Operatório:																								
6-Curativo de Lesão por Pressão:																								
7-Mudança de Decúbito:																								
8-Elevação de cabeceira																								





## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME:

Mônica Leão de Oliveira Gonçalves

IDADE:

33

LEITO:

7

REGISTRO:

UNIDADE:

Cirurgia

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorético	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	Alterações nas fezes:	
10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

07h - Paciente colocada no leito em uma de AVT. Deixou bexiga ligada para monitorar.  
08h - Aprimor SSVD. Assinatura humoral de monitorar.  
10h - Adm. paracetamol 650mg, Clonazepam 0,5mg e laxante osmótico paracetamol.  
12h - Adm. dipirona 650mg, Clonazepam 0,5mg e laxante osmótico paracetamol.

Augusto de Almeida  
Téc. Enfermagem  
COREN-SP 354512

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorético	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	Alterações nas fezes:	
10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

13:00 - Em contra-rele de curativo dorsal, acicmatizado, amictórico, afelútil.  
14:00 - Verificado parâmetros vitais PR-130x80, R-80, T-36,2.  
15:00 - Agitação leve, não exercido pela enfermeira.  
16:00 - Administrado medicação prescrita, Tramadol 100mg + 100mg SFq. 3h.  
18:00 - Administrado medicação prescrita, dipirona, tramitidina.  
Clonazepam 600mg, Isaque euladado.

Paula Regina de Jesus Santos  
Téc. Enfermagem  
COREN-SP 211.218







NOME: MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEIÇÃO  
 IDADE: 33 LEITO: 27 REGISTRO: 1051173 UNIDADE: ORTOPEDIAT

DATA: 07:00 às 13:00 h	1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
	4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6- LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	vezes	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico
	9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	vezes	Alterações nas fezes:
	10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

DATA: 13:00 às 19:00 h	1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
	4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6- LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	vezes	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico
	9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	vezes	Alterações nas fezes:
	10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

15:00 - Paciente retornou CL com cirurgia realizada, acordado e realizado, Verificado PA=12x8, P=80, T=35.  
 16:00 - No momento calmo, sem queixas de algias e companhia de família.  
 18:00 - Administração medicamentosa prescrita, Cefalotina, dipiridona segue cuidados.



Assinatura e Identificação  
Te-52108

[illegible]



**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

NOME:

Marcos Luiz de Oliveira Lacerda

IDADE:

33

LEITO:

67

REGISTRO:

UNIDADE:

Ortopedia I

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6- LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorético	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	Alterações nas fezes:	
10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

22 h Ausência calmaria no abdômen em uso de AVP+ outras medidas de suporte sem sucesso

23 h Apêndice SSV realçando consistência, aderência, presença de líquido

24 h Sem presença de fezes

25 h Sem fezes, diarreia, ausência de urina, de alta aguardando transição

Atividade e Identificação  
Téc. Enfermagem  
CORENSE 364512

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6- LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorético	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	Alterações nas fezes:	
10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

13:00 - For contra-til de abdômen dorsal, acianótico, anictérico, afébril

14:00 - For contra-til, sem AVP e companhia de família

15:00 - Verificado sinais vitais PA-140x90, P-85, T-36°C

15:00 - Paciente saiu de alta hospitalar em uso calças de

Nada.

Atividade e Identificação  
Téc. Enfermagem  
CORENSE 364512



DATA:	19:00 às 07:00 h	1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
	4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso		5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	
	7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero		8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorético	
	9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero		6- LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes		Alterações nas fezes: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	

Assinatura e identificação

HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06	HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
Temperatura	36,4			36,4									Glicemia												
Pressão Arterial	136x77			136x80									Escala de Dor												
F. Cardíaca	86			85																					
F. Respiratória	19																								

	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06
1-Aspiração (1) TOT (2) TQT (3) Orofaringe (4) Nasal																								
2-Troca de Fralda																								
3-Higiene (1) Oral (2) Ocular (3) Intima																								
4-Banho (1) Leito (2) Cadeira de banho (3) Banheiro																								
5-Curativo Operatório:																								
6-Curativo de Lesão por Pressão:																								
7-Mudança de Decúbito:																								
8-Elavacção de cabeceira																								





HOSPITAL DE CLÍNICAS  
"DR. AUGUSTO LEITE"

Data: 19/08/11

Convenção:

Matrícula: Dnt 2

Paciente: Maria Cruz da Silva

Idade: anos

Internação: 1/1

Unidade:


Leito: 027

Item	PRESCRIÇÃO MÉDICA	Distribuição de Horário					
		1º Turno		2º Turno		3º Turno	
		7 às 13h	Ass.	13 às 19h	Ass.	19 às 7h	Ass.
Dieta	líquida						
Gelco hidrolizado							
Omeprazol 20mg 01 CP VO às 6h;							
Cefalotina 1g EV de 6/6h;		10		X	Raula	X	Raula
Dipirona 2:8ml AD EV 6/6h SOS		12		X	Raula	X	Raula
Plasil 2:8ml AD EV 8/8h SOS							
Captopril 25mg VO se PAS 160x100mmHg SOS							
Profenid 100mg + 100ml SF EV 12/12h SOS		10					
Tramal 100mg + 100ml AD EV 6/6h SOS		08		14			
Clexane 40mg 1xdia SC;							
Glicemia capilar de 6/6h;							
Glicose 25% - 04 amp. IV se glicemia < 70mg/dl							
Insulina Regular SC conforme esquema:	Até						
180=0U 181-250=02U 251-300=04U	301=						
350=06U 351-400=08U >401=10U							
Sinais vitais e cuidados gerais de 6/6h		12		X	Raula	X	Raula

Ana Paula Oliveira Santos  
Enfermeira  
COREN-SE 489400

Ana Paula Oliveira Santos  
Enfermeira  
COREN-SE 489400



 <b>HOSPITAL DE CLÍNICAS</b> <b>"DR. AUGUSTO LEITE"</b>		Data: <u>1 / 1</u>		Convênio:		Matrícula:	
		Paciente: <u>Marco Luis Oliveira Lemos</u>					
		Internação: <u>1 / 1</u>		Unidade:		Leito: <u>C7</u>	
		Distribuição de Horário					
Item		1º Turno		2º Turno		3º Turno	
		7 às 13h	Ass.	13 às 19h	Ass.	19 às 7h	Ass.
Dieta: <u>Marco Luis Oliveira</u>							
Gelco hidratado							
Omeprazol 20mg O1 CP VO às 6h;							
Cefalotina 1g EV de 6/6h;							
Dipirona 2:8ml AD EV 6/6h SOS		<u>12</u>		<u>13</u>	<u>Paula</u>	<u>de 19h</u>	<u>de 19h</u>
Plasil 2:8ml AD EV 8/8h SOS						<u>de 19h</u>	<u>de 19h</u>
Captopril 25mg VO se PA > 160x100mmHg SOS						<u>de 19h</u>	<u>de 19h</u>
Profenid 100mg + 100ml SF EV 12/12h SOS						<u>de 19h</u>	<u>de 19h</u>
Tramal 100mg + 100ml AD EV 6/6h SOS						<u>de 19h</u>	<u>de 19h</u>
Clexane 40mg 1xdia SC;						<u>de 19h</u>	<u>de 19h</u>
Glicemia capilar de 6/6h;						<u>de 19h</u>	<u>de 19h</u>
Glicose 25% - 04.amp. IV se glicemia < 70mg/dl						<u>de 19h</u>	<u>de 19h</u>
Insulina Regular, SC, conforme esquema:						<u>de 19h</u>	<u>de 19h</u>
180=0U    181-250=02U    251-300=04U    Até 301						<u>de 19h</u>	<u>de 19h</u>
350=06U    351-400=08U    > 401=10U		<u>12</u>		<u>13</u>	<u>Paula</u>	<u>de 19h</u>	<u>de 19h</u>
Sinais vitais e cuidados gerais de 6/6h						<u>de 19h</u>	<u>de 19h</u>

Ana Paula Oliveira Santos  
Enfermeira  
COREN-SE 488400

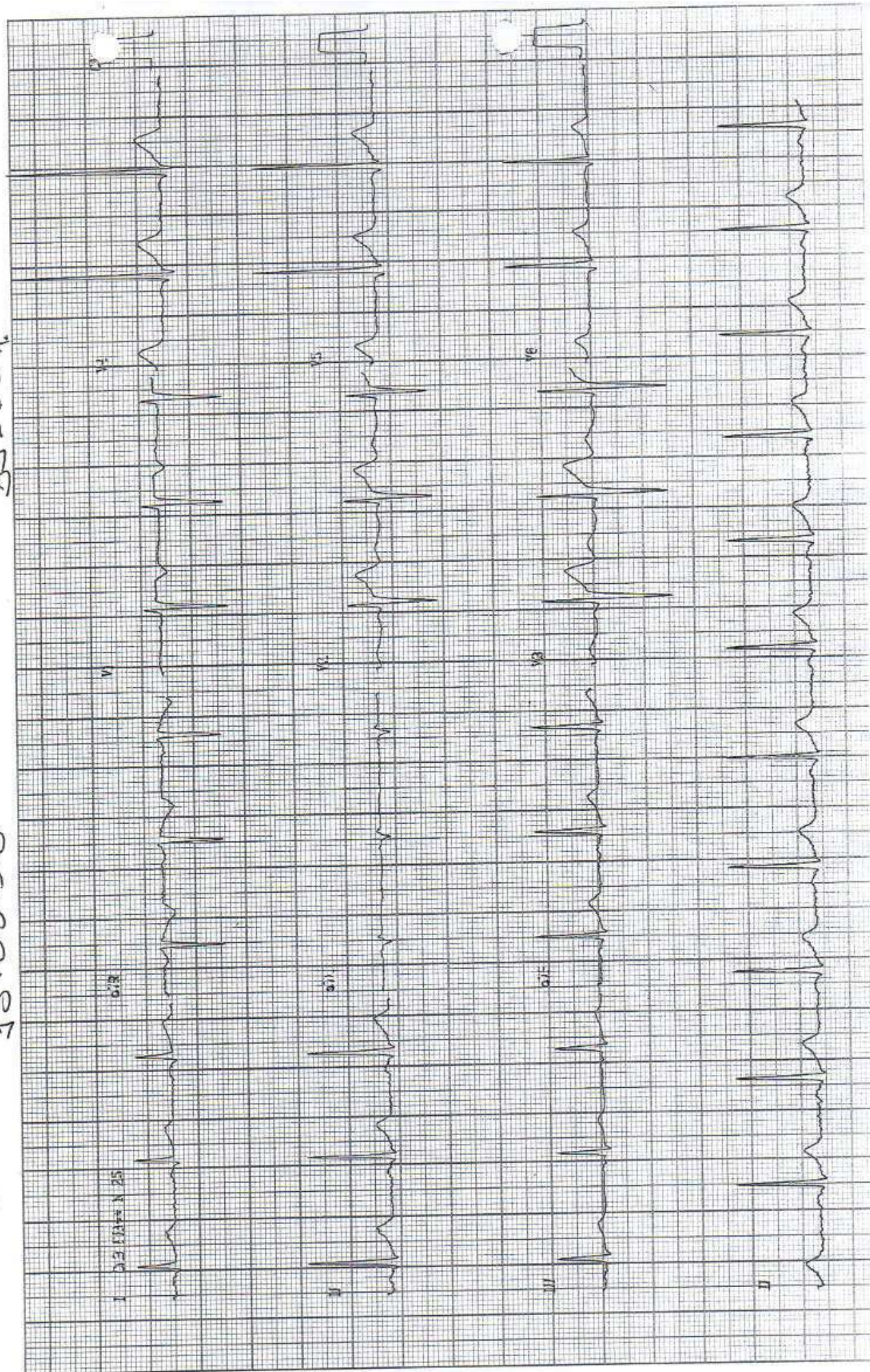
Ana Paula Oliveira Santos  
Enfermeira  
COREN-SE 488400



Márcio Luiz de Oliveira conceição  
grto I. L. C 7

13.09.18

13:45h





p. 96



Nome: Marcio Luiz Oliveira Matrícula:   
Idade: 33 anos Admissão:  Leito: C 7

**CIRURGIA** **FICHA DE EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA**

**Diagnósticos:**  
M ( ) T ( ) N ( ) DATA: 38/09/18 FC: 82 FR: 17 PA: 130/90 T: 35.9  
AP: MV+em AHTX S/RA GCS:  RASS:  IMS:  MRC:  NC:   
VA: VE Sedação:  DVA:  SpO<sub>2</sub>:   
Ventilação Modo:  PC:  TI:  VC:  Fluxo:   
Mecânica: FIO<sub>2</sub>:  PEEP:  PS:  I:E:  FR:  Sens:   
Monit. Vent: Cest:  Cdin:  Res:  IRRS:  PaO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub>:   
PROTÓCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOCE: ( ) NÍVEL 1 / ( ) NÍVEL 2 / ( ) NÍVEL 3 / ( ) NÍVEL 4  
Reavaliação: Paciente em centro de reabilitação, cooperativo, acionando  
quadriceps, padrões respiratórios abdominais ritmicos, regulares  
torácicos e abdominais normais, teste de 30 segundos com presença  
de secreção espessa, gelatinosa e de cor amarelada. BEG. 15 VU  
PA: 140/100 mmHg, FC: 80 bpm, FR: 18 rpm, T: 35.09 AP: MV+em AHTX S/RA

M ( ) T ( ) N ( ) DATA:  FC:  FR:  PA:  T:   
AP:  GCS:  RASS:  IMS:  MRC:  NC:   
VA:  Sedação:  DVA:  SpO<sub>2</sub>:   
Ventilação Modo:  PC:  TI:  VC:  Fluxo:   
Mecânica: FIO<sub>2</sub>:  PEEP:  PS:  I:E:  FR:  Sens:   
Monit. Vent: Cest:  Cdin:  Res:  IRRS:  PaO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub>:   
PROTÓCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOCE: ( ) NÍVEL 1 / ( ) NÍVEL 2 / ( ) NÍVEL 3 / ( ) NÍVEL 4  
Reavaliação:

**CONDUTA: FISIOTERAPIA MOTORA / FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA**  
DESMAME: ( ) S / ( ) D / ( ) P - Horas: ( ) 2 / ( ) 4 / ( ) 6 - FALHOU PRQ?:   
( ) THB ( ) EENM ( ) MRA ( ) TRE VNI (tipo):  Tempo:   
( ) TEP ( ) Ex. Resp ( ) Transporte ( ) TMR ( ) Monit ( ) Intub ( ) Outras:   
( ) RPPI ( ) Posic ( ) Cuff /  ( ) MAN ( ) RCP ( ) Extub   
Motora: ( ) Passiva ( ) Ativo-assistida ( ) Ativo ( ) Resistido  
( ) SL ( ) S/c / MMil pend ( ) SP ( ) ORT ( ) S/L ( ) ME ( ) DEA  
Secreção: ( ) P ( ) M ( ) G / ( ) F ( ) E ( ) MVU ( ) S ( ) MS ( ) MP ( ) Am ( ) Esv ( ) Ros  
Obs: Ped. Daiane Souza  
Izabela Fontes  
CREATO 15786-F  
Fisioterapeuta/CREATO

**CONDUTA: FISIOTERAPIA MOTORA / FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA**  
DESMAME: ( ) S / ( ) D / ( ) P - Horas: ( ) 2 / ( ) 4 / ( ) 6 - FALHOU PRQ?:   
( ) THB ( ) EENM ( ) MRA ( ) TRE VNI (tipo):  Tempo:   
( ) TEP ( ) Ex. Resp ( ) Transporte ( ) TMR ( ) Monit ( ) Intub ( ) Outras:   
( ) RPPI ( ) Posic ( ) Cuff /  ( ) MAN ( ) RCP ( ) Extub   
Motora: ( ) Passiva ( ) Ativo-assistida ( ) Ativo ( ) Resistido  
( ) SL ( ) S/c / MMil pend ( ) SP ( ) ORT ( ) S/L ( ) ME ( ) DEA  
Secreção: ( ) P ( ) M ( ) G / ( ) F ( ) E ( ) MVU ( ) S ( ) MS ( ) MP ( ) Am ( ) Esv ( ) Ros  
Obs:  
Fisioterapeuta/CREATO

**EXAMES REALIZADOS**  
EXAME HORA RESULTADOS  
GASO: pH: PaO<sub>2</sub>: PCO<sub>2</sub>: HCO<sub>3</sub>: BE:  
GASO: pH: PaO<sub>2</sub>: PCO<sub>2</sub>: HCO<sub>3</sub>: BE:  
RAIO X: OUTROS:  
DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:  
CONDUTAS: FISIOTERAPIA ( ) MOTORA ( ) RESPIRATÓRIA Fisioterapeuta/CREATO  
DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:  
CONDUTAS: FISIOTERAPIA ( ) MOTORA ( ) RESPIRATÓRIA Fisioterapeuta/CREATO

**EXAMES REALIZADOS**  
EXAME HORA RESULTADOS  
GASO: pH: PaO<sub>2</sub>: PCO<sub>2</sub>: HCO<sub>3</sub>: BE:  
GASO: pH: PaO<sub>2</sub>: PCO<sub>2</sub>: HCO<sub>3</sub>: BE:  
RAIO X: OUTROS:  
DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:  
CONDUTAS: FISIOTERAPIA ( ) MOTORA ( ) RESPIRATÓRIA Fisioterapeuta/CREATO  
DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:  
CONDUTAS: FISIOTERAPIA ( ) MOTORA ( ) RESPIRATÓRIA Fisioterapeuta/CREATO



**LAUDO MÉDICO SUPLEMENTAR**

Nº DO LAUDO DE AIH	SEQUÊNCIA	Nº DO LAUDO DE ALTO CUSTO :	Nº DO CARTÃO SUS :	Nº DO PRONTUÁRIO
UNIDADE SOLICITANTE FUNDAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL DE CIRURGIA		CÓDIGO DA UNIDADE 0002283	CGC 13.016.332.0001-06	
NOME DO(A) PACIENTE <i>Marcos Luiz de Oliveira</i>				
NOME DA MÃE				SEXO Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>
ENDEREÇO COMPLETO				MUNICÍPIO EM QUE RESIDE
DATA DE INTERNAÇÃO	HORA DE INTERNAÇÃO Hs. Min.	CARÁTER <input type="checkbox"/> URG <input type="checkbox"/> ELETIVA	TIPO	NÚMERO DO LEITO
		ENFERM.	CPF MÉDICO SOLICITANTE	

**TIPO DE SOLICITAÇÃO**

<input type="checkbox"/> 1 - PERMANÊNCIA A MAIOR	<input type="checkbox"/> 4 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	<input type="checkbox"/> 7 - DIÁLISE
<input type="checkbox"/> 2 - MEDICAMENTOS ESPECIAIS	<input type="checkbox"/> 5 - HEMODINÂMICA	<input type="checkbox"/> 8 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
<input type="checkbox"/> 3 - NUTRIÇÃO PARENTERAL	<input type="checkbox"/> 6 - DIÁRIA DE RECÉM NASCIDO	
<input type="checkbox"/> 9 - HEMODERIVADOS	<input type="checkbox"/> 12 - UTI II	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
<input type="checkbox"/> 10 - USO DE ÓRTESE/PRÓTESE	<input type="checkbox"/> 13 - UTI III	
<input type="checkbox"/> 11 - CIRURGIA MÚLTIPLA	<input type="checkbox"/> 14 - OUTROS	
<input type="checkbox"/> 15 - DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> 16 - DIÁRIA DE UTI I	QTDE
<input type="checkbox"/> 17 - MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>06008050497</i>	
<input type="checkbox"/> 21 - NOVA AIH	<input type="checkbox"/> 23 - CUIDADOS PROLONGADOS	<input type="checkbox"/> 18 - MUDANÇA DE AIH 1 PARA AIH 5
<input type="checkbox"/> 22 - PSIQUIATRIA	<input type="checkbox"/> 24 - ACOMPANHANTE PÓS-TRANSPLANTE	<input type="checkbox"/> 19 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5
<input type="checkbox"/> 25 - REABILITAÇÃO		<input type="checkbox"/> 20 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5 - PÓS TRANSPLANTE
MÉDICO SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO) <i>Carlos Alberto Ferreira</i> Médico		DIRETOR CLÍNICO DA UNIDADE (ASSINATURA E CARIMBO)
		DATA DA SOLICITAÇÃO <i>18/05/18</i>

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

DADOS DA HISTÓRIA CLÍNICA E DO EXAME FÍSICO

*Conforme exames radiológicos procedente subdes-  
cenderem findings bi matetivos do tórax  
Solicitamos o procedimento*

EXAMES COMPLEMENTARES

TRATAMENTO

PROCEDIMENTO AUTORIZADO

DESCRIÇÃO DO NOVO PROCEDIMENTO

 AUTORIZADO  
☐ SIM ☐ NÃO

MOTIVO DA REJEIÇÃO

DATA DA AUTORIZAÇÃO OU REJEIÇÃO

 MÉDICO SUPERVISOR  
 (ASSINATURA / CARIMBO)

 MÉDICO AUTORIZADOR  
 (ASSINATURA / CARIMBO)

CPF / MÉDICO AUTORIZADOR

 MÉDICO COORDENADOR DA AUDITORIA  
 (ASSINATURA / CARIMBO)



F.B.H.C- FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

AV. DESEMBARGADOR MAYNARD, 174 UF: SE CEP: 49075-170

FICHA DE ADMISSÃO HOSPITALAR

ATT: licia.rodrigues

ATENDIMENTO

ACOMODACAO: Enfermaria

DIREITO A ACOMPANHANTE? Não

DATA: 12/09/2018 15:39:02

LEITO: ORT BUCO C07 - Ortopedia I

TIPO: Urgência

CONVENIO: SUS INTERNO

PROFISSIONAL: 751-ADAIL BEZERRA BARBOSA

PACIENTE

CARTÃO SUS: 708606550571884

ATENDIMENTO: 1051174

NOME: MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEICAO

ENDERECO: RUA SAO JORGE

Nº: 822

BAIRRO: Santos Dumont

UF: SE

CEP: 49087000

CIDADE: Aracaju

CPF

79986994500

FONE: 98829-5388

R.G:

30643244

DATA NASC.: 12/05/1985

IDADE: 33

SEXO: Masculino

EST. CIVIL: Solteiro

PROFISSÃO

NOME DO PAI: JOSE LUIZ DA CONCEICAO

NOME DA MAE: MARIA NORMELIA DE OLIVEIRA

RESPONSÁVEL:

NOME DO RESPONSÁVEL: O PRÓPRIO

ENDERECO:

BAIRRO:

CIDADE:

UF:

DADOS

COMPLEMENTARES:

CID: S82.0-Fratura da rótula [patela]

ORIGEM: Aracaju

DIAS INTERNAMENTO: 5

PROC. SUS: 040805050-0 Tratamento Cirurgico De Fratura Da Diafise Da

AIH.:

Com sigas e cópia do doe



 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	 <b>HOSPITAL CIRURGIA</b>
--	---	--

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

FUNDACÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

2 - CNES

0002283

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

FUNDACÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

4 - CNES

0002283

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEICAO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

3051174

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

708606550571884

8 - DATA DE NASCIMENTO

12/05/1985

9 - SEXO

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

MARIA NORMELIA DE OLIVEIRA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

O PRÓPRIO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA SÃO JORGE Nº 822

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

ARACAJU

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

SE

19 - CEP

49087000

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*fratura da tíbia e do rádio  
1/10/08 às 03/00hrs/11h*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*fratura da tíbia e do rádio com lesão  
de fratura do H. ulna*

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

Rx

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura da tíbia

24 - CID 10 PRINCIPAL

S820

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

V230

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

H. ulna

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050500

29 - CLÍNICA

Ortopedia

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Emergência

31 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

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

0671111534

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Adm. 151

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

12/09/18

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

11/11/18

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJECTO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

**AUTORIZAÇÃO**

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

17/09/18

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



281810015858-8



O.E.: M280030801 ESFERA: PRIVADO APRESENTAÇÃO: 10/2018  
Num AIH: 221810015858-8 Situação: COM ERRO Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 10/2018 Data Autorização: 12/09/2018

Especialidade: 01 - CIRURGICO Orgão Emissor: M280030801 CRC:  
Doc autorizador: 190138128980000 Doc med resp: 209790814650009 Doc diretor clínico: 208790814650009 Doc médico solíc: 102380227620003  
CNS: 0002283 - FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA CNS: 70860655057188-4  
Paciente: MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEICAO Nacionalidade: 010 - BRASIL Tipo Doc.: Identidade Doc: 30643244  
Data Nasc.: 12/05/1985 Sexo: MASCULINO Nome da Mãe: MARIA NORMELIA DE OLIVEIRA  
Responsável pac.: MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEICAO Raça/Cor: 03-PARDA Etnia: 0000-NAO SE APLICA  
Endereço: RUA SAO JORGE 822 Bairro: SANTOS DUMONT Telefone: (79)9882-95388 Muda Proc.?: SIM  
Município: 280030 - ARACAJU UF: SE CEP: 49087-000  
Procedimento solicitado: 04.08.05.050-0 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA  
Procedimento principal: 04.08.05.060-8 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESAO FISARIA DISTAL DE TIBIA  
Diag. principal: S823-FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA  
Complementar: Diag. secundário:  
Carater atendimento: 02 - URGENCIA Causa Obito:  
Data Internação: 12/09/2018 Data saída: 20/09/2018 Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO Modalidade: HOSPITALAR  
Liberação SISAIH01:

[ Causas Externas (Acidente ou Violência) ] AIH Anterior: AIH Posterior:  
CNPJ do Empregador: CNAER: -  
Vínculo Previdência: CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento CBO	CNPJ/CNPJ	Apurar Valor/p/	Qtde	Cmpt	Descrição
1	0408050608	980016282474154 22527000	0002283	0002283	1	09/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESAO
2	0408050608	980016281849502 225151(6)	3359948	3359948	1	09/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESAO
3	0702030830	02681701000169 02681701000169	02681701000169	02681701000169	1	09/2018	PLACA TUBULAR 3.5MM (INCLUI PARAFUSOS)
4	0702030902	02681701000169 02681701000169	02681701000169	02681701000169	1	09/2018	PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4.5 MM
5	0702030724	02681701000169 02681701000169	02681701000169	02681701000169	2	09/2018	PARAFUSO ESPONIOSO 4.0MM
6	0302050019	980016287944507 223635	0002283	0002283	3	09/2018	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM
7	0302050019	980016287944507 223635	0002283	0002283	3	09/2018	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE

DADOS DE OPM

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Reg. ANVISA	CNPJ Fabricante
3	000037165	02.681.701/0001-69				
4	000037165	02.681.701/0001-69				
5	000037165	02.681.701/0001-69				

MOTIVOS DE REJEIÇÃO / ADVERTÊNCIA

	Complemento	LINHA
IDADE NAO PERMITIDA ( SOLICITAR LIBERACAO )	Paciente: Idade = 33 anos 4 meses Proc: 0408050608	
PROCEDIMENTO INCOMPATIVEL COM PROCEDIMENTO PRINCIPAL DA AIH	Proc: 0702030830	3.
PROCEDIMENTO INCOMPATIVEL COM PROCEDIMENTO PRINCIPAL DA AIH	Proc: 0702030902	4.

CID SECUNDÁRIO

Cid	Característica	Descrição
V230	PREEXISTENTE	MOTOCICLISTA TRAUM. EM COL. C/CARRO, PICK-UP OU CAMINHON. - CONDUTOR TRAUM. EM ACID. ã-TRANSITO
Número de Nascidos		
Vivos:	Mortos:	Altas:
Número de Saídas		Nº Pré-Natal:
Transf.:	Óbitos:	

\*De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente\*

ASSINATURA E CARIMBO  
DIRETOR DO HOSPITAL

Dr. Camilla Soares Tavares  
04/10/17





## FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL CIRURGIA

### RASTREABILIDADE DE INTEGRADORES QUÍMICOS

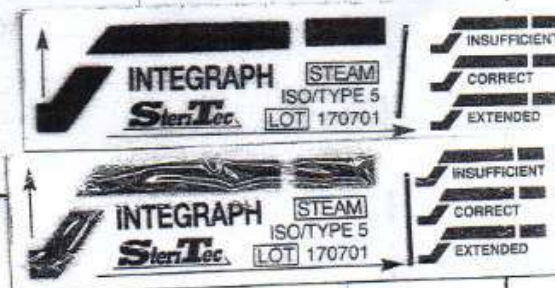
NOME:	Marcos Luiz de Alencar Conceição
NUMERO DE INTERNAMENTO:	1051144
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO:	Trat. Cirurgico de Divulsa
CIRURGIÃO:	Dr. Paulo Salotti
ENFERMEIRO:	Samanta
CIRCULANTE DE SALA:	Fernando
ANESTESIOLOGISTA:	Dr. Bolela
INSTRUMENTADOR:	Maxwell
DATA:	19-09-18
SALA CIRÚRGICA:	06

### GRAMPEAR INTEGRADORES QUÍMICOS NOS ESPAÇOS ABAIXO

LOTES	LOTES
18109U8 25109U8 J81A 25/09	<del>18109U8</del> 18218 lot. 232

COLABORADORES: Enfermeiros João e Josivalda desde 27/06/2016

Obs.: permanecer junto ao prontuario





ADAM

FUNDACAO DE PESQUISA E INOVACAO

INSTITUTO DE PESQUISA E INOVACAO

INSTITUTO DE PESQUISA E INOVACAO

INSTITUTO DE PESQUISA E INOVACAO

INSTITUTO DE PESQUISA E INOVACAO

INSTITUTO DE PESQUISA E INOVACAO

INSTITUTO DE PESQUISA E INOVACAO

INSTITUTO DE PESQUISA E INOVACAO

INSTITUTO DE PESQUISA E INOVACAO

INSTITUTO DE PESQUISA E INOVACAO

INSTITUTO DE PESQUISA E INOVACAO

INSTITUTO DE PESQUISA E INOVACAO

INSTITUTO DE PESQUISA E INOVACAO

03 CAPOTES 2006 EAMPA E

Art. 107 Pa





PACIENTE:

Marcio Luiz de Oliveira Tenreiro

Nº DAH:

PRONTUÁRIO Nº

1051174

DATA DA CIRURGIA:

19.09.18

CONVÊNIO:

SUS

CIRURGIÃO:

Paulo Salati

PROCEDIMENTO:

## DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS UTILIZADOS

Nº 017571

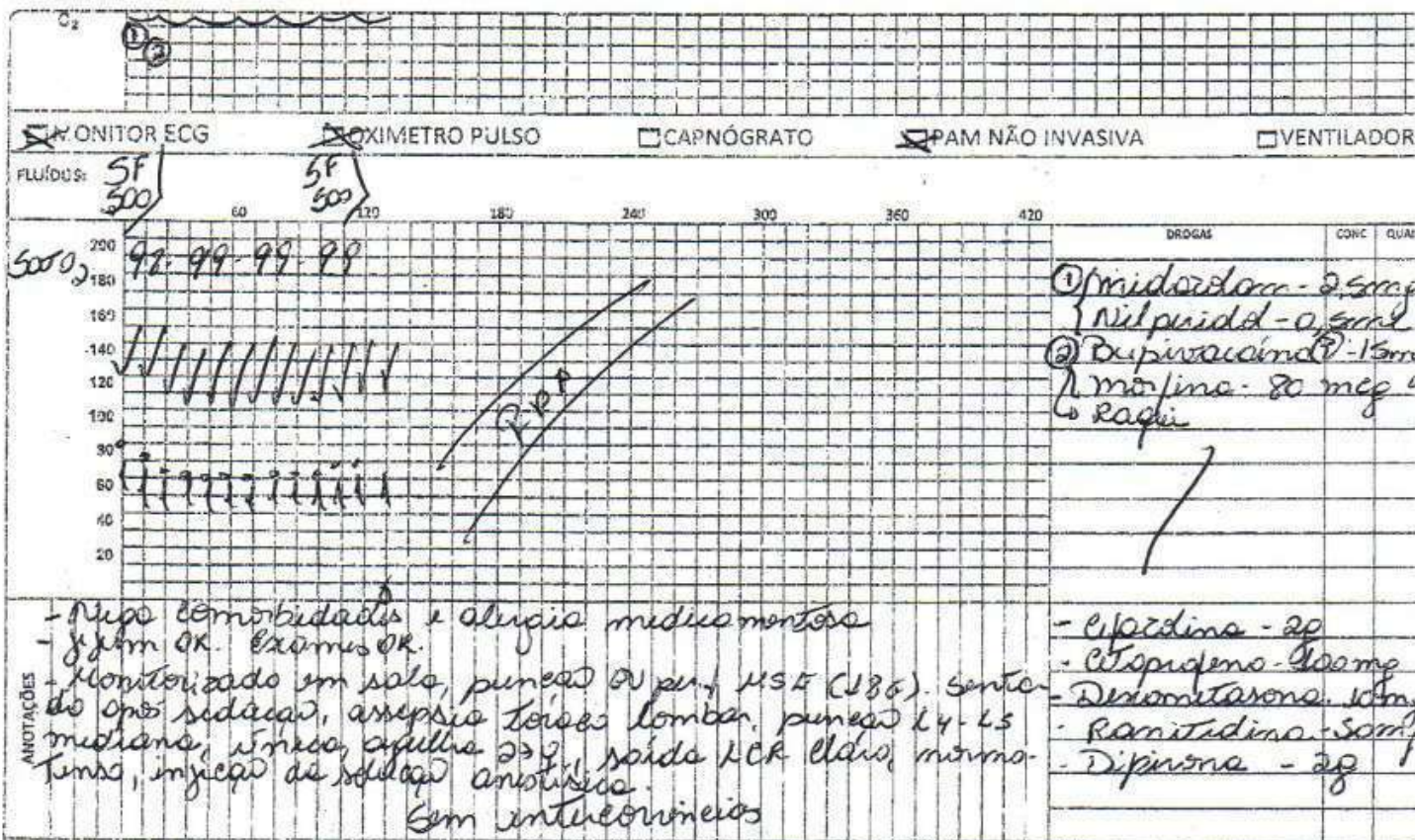
	MATERIAL	REF.	QUANT.	MATERIAL	REF.	QUANT.
Peq. Fragmentos	Arruela p/ Parafuso 3,5			Haste Bloqueada <input type="checkbox"/> Femur <input type="checkbox"/> Tibia <input type="checkbox"/> Umero		
	Placa em T 3,5			Parafuso para Haste Bloqueada		
	Placa A/ C Estreita Peq. Fragto 3,5			Parafuso Tampão		
	Placa 1/3 Tubular Peq. Fragto 3,5			Haste <input type="checkbox"/> Ender <input type="checkbox"/> Mini Ten <input type="checkbox"/> Ten		
	Placa em Trevo 3,5			Fixador ( )		
Grandes Fragmentos	Placa de Reconstrução 3,5			Fixador Linear (Antebraço)		
	Arruela p/ Parafuso <input type="checkbox"/> 4,5 <input type="checkbox"/> 6,5			Fixador Linear (Umero)		
	Placa A/ C Estreita 4,5			Fixador Linear (Mão e Pé)		
	Placa A/ C Larga 4,5			Fixador Linear (Femur/Tibia)		
	Placa Ponte Larga 4,5			Fixador Linear (Femur)		
	Placa Semitubular 4,5			Fixador Linear (Tibia)		
	Placa Reta Maleável 4,5			Fixador Linear TP Preston (Tibia)		
	Placa Supra Condilar 4,5			Fixador Linear TP Preston (Umero)		
	Placa em L / T 4,5 <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda			Fixador Linear TP Preston (Femur)		
	Placa Tipo Puddu <input type="checkbox"/> Femur <input type="checkbox"/> Tibia			Fixador Articulado (TP Colles)		
Fra. Colo	Placa Tubo Richards <input type="checkbox"/> 95° <input type="checkbox"/> 135°			Fixador Ilizarov		
	Parafuso Deslizante			Lâmina de Cartilagem		
	Parafuso de Compressão			Lâmina de Osso		
Quadril	Prótese Thompson			Equipo p/ Bomba Infusão		
	Parafuso p/ Acetabulo			Equip. Multivias		
	Acetábulo Bipolar			Ponteira de Radiofrequência (Ablator)		
	Acetábulo N/ Cimentado			Parafuso Transverso		
	Acetábulo Cimentado			Parafuso de Interferência		
	Inserto do Acetábulo			Agrafe		
	Cabeça Intercambiável			Âncora Femural (Endoboton)		
	Haste			Âncora		
	Centralizador			Cânula		
	Restritor de Cimento			Fio de Kirschner		
Joelho	Componente Femoral			Fio de Steinmann		
	Inserto Tibial			Fio de Cerclagem		
	Base Tibial			Grampo de Blount		
	Componente Patelar			Placa Bloqueada 3,5 ( )		
	Steri Drape			Placa Bloqueada 4,5 ( )		
	Cimento Ortopédico			Placa Titânio ( ) ( )		
	Kit Cimentação			Placa Pedus		

## ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

PARAFUSO CORTICAL	Nº	QTD	PARAFUSO TITANIO CORTICAL	Nº	QTD
3,5MM	14	12	3,5MM	03	02
4,0MM	16		4,0MM	01	
4,5MM	30	42	4,5MM	03	01
4,5MM	03	01			
4,5MM					
R/16 CURTA					
R/32 LONGA					
TIPO HERBERT					



PACIENTE: Marcio Luiz de Oliveira Lencina		MATRÍCULA: 1051194		CONVÊNIO: SUS	
IDADE: 33a	SEXO: M	COR:	ENF:	QUARTO:	LEITO:
CIRURGIÃO: Paulo Salotti		ANESTESISTA: Isabella Souza			
1º AUXILIAR: Eduardo (R)		2º AUXILIAR:			
DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura pilas Tibial E					
DIAGNOSTICO PÓS-OPERATÓRIO:					
CIRURGIA PROPOSTA: Tto Cir-fratura Pulas Tibial E					
CIRURGIA REALIZADA: a mesma					CÓDIGO CIRURGICO
PRÉ-MEDICAÇÃO:				HORA:	RESULTADO: 1-2-3-4-5-6
INÍCIO DA ANESTESIA: 10:20h / 11:40	INÍCIO DA OPERAÇÃO: 10:20h / 11:35h	ALT DA ANESTESIA:	RISCO OPERATÓRIO: 1-2-3-4	ESTADO FÍSICO: 1-2-3-4-5-6-7	



AGENTES ANESTÉSICOS:			
TÉCNICA: Raqui + sedação			
INDUÇÃO:	POSIÇÃO:	LOCAL PUNÇÃO:	LÍQUIDO RETIRADO:
TÉCNICA:	POSIÇÃO APOS:	POSIÇÃO OPERATÓRIA: DDH	RESULTADO B.R.M.
DURAÇÃO DA OPERAÇÃO:	DURAÇÃO DA ANESTESIA:	CONSCIÊNCIA:	
PÓS-OPERATÓRIO: <input type="checkbox"/> UT <input checked="" type="checkbox"/> SRPA	DESTINO DA SRPA: <input type="checkbox"/> LEITO <input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	CONDIÇÕES: Dra. Isabella Souza Anestesiologista CRM SE 3347	
OBSERVAÇÕES:		ASSINATURA DO ANESTESISTA	



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA  
FICHA DE CONSUMO DE SALA

PACIENTE: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_ CONVÊNIO: \_\_\_\_\_  
CURRÊNCIA REALIZADA: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_ CIRURGIÃO: \_\_\_\_\_  
1º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ 2º AUXILIAR: \_\_\_\_\_  
ANESTESIA: \_\_\_\_\_ ANESTESIOLOGISTA: \_\_\_\_\_  
CIRULANTE: \_\_\_\_\_

ONOCRYL 5.0 REF Y844 1.6CM		1 - CATH AMARELO ( ) AZUL ( ) VERDE ( )	
ONOCRYL 5.0 REF Y495		LÂMINA DE BISTURI Nº 15 ( ) 23 ( ) 24 ( )	01
ONOFYL 3.0 C\ 2 AG. 70CM		LATEX 204 AMARELO ( ) SILICONE ( )	
NONONYLON Nº 0 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 8 ( )	05	LUVA ESTERIL 7.0	03
( ) 10 ( )		LUVA ESTERIL 7.5	03
LIESTER (ETIBOND) Nº 0 ( ) 5 ( )		LUVA ESTERIL 8.0	02
LIPROPILENO (PROLENE) Nº 0 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )		PLACA DE BISTURI ELETRICO	
( )		SCALP Nº 19 ( ) 21 ( ) 23 ( ) 25 ( ) 27 ( )	
LYCRYL Nº 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 8 ( )	02	SERINGA DESCARTAVEL 1ML ( ) 60ML ( )	04
		SERINGA DESCARTAVEL 3 ML ( ) 5ML ( )	02
RYL Nº 0 5\ AG.		SERINGA DESCARTAVEL 10ML	01
GTUT. SIMPLES C\ AG. Nº ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )		SERINGA DESCARTAVEL 20 ML	
( ) 5 ( )		SERRA DE GIGLI	
GTUT. SIMPLES S\ AG. Nº ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )		SONDA ASPIRAÇÃO Nº 4 ( ) 6 ( ) 8 ( ) 10 ( ) 12 ( ) 14 ( )	
( ) 5 ( )		16 ( ) 18 ( ) 20 ( )	
RA P\ OSSO		SONDA CATETER P\ OXIGÊNIO Nº 4 ( ) 6 ( ) 8 ( ) 10 ( ) 12 ( ) 14 ( )	
ETRODO DESCARTAVEL P\ MARCAPASSO		16 ( )	
TA CARDIACA FC 500		SONDA DE FOLLEY 2 VIAS Nº 10 ( ) 12 ( ) 14 ( ) 16 ( ) 18 ( )	20 ( )
T CATARATA 3\ 8 6.5MM REF KB5510		22 ( )	
GA CLIP 100		SONDA DE FOLLEY 3 VIAS Nº 16 ( ) 18 ( ) 20 ( ) 22 ( ) 24 ( )	
GA CLIP 300			
ONOCRYL 6 REF Y967H 3.5CM		SONDA ENDOTRAQUEAL ARAMADA C\ BALÃO Nº 3.0 ( ) 3.5 ( )	
ONOCRYL 3 REF Y305 1.5CM		4.0 ( ) 4.5 ( ) 5.0 ( ) 5.5 ( ) 6.0 ( ) 6.5 ( ) 7.0 ( ) 7.5 ( ) 8.0 ( ) 8.5 ( )	
ONOCRYL 3.0 REF 8450-30			
MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR	QNT	SONDA ENDOTRAQUEAL C\ BALÃO Nº 3.0 ( ) 3.5 ( ) 4.0 ( ) 4.5 ( )	
GODÃO HIDROFILO	01	5.0 ( ) 5.5 ( ) 6.0 ( ) 6.5 ( ) 7.0 ( ) 7.5 ( ) 8.0 ( ) 8.5 ( ) 9.0 ( ) 9.5 ( )	
CATH Nº ( ) 14 ( ) 16 ( ) 18 ( ) 20 ( ) 22 ( ) 24		SONDA ENDOTRAQUEAL S\ BALÃO Nº 2.0 ( ) 2.5 ( ) 3.0 ( ) 3.5 ( )	
BAIXADOR DE LINGUA (ESPATULA)		4.0 ( ) 4.5 ( ) 5.0 ( ) 5.5 ( ) 6.0 ( ) 6.5 ( )	
GULHA DESCARTAVEL Nº ( ) 13X0.45 ( ) 30X0.70 ( )			
0X0.80 ( ) 40X0.12		SONDA ENDOTRAQUEAL S\ BALÃO Nº 2.0 ( ) 2.5 ( ) 3.0 ( )	
GULHA PERIDURAL Nº ( ) 16 ( ) 18 ( ) 19 ( ) 20	04	3.5 ( ) 4.0 ( ) 4.5 ( ) 5.0 ( ) 5.5 ( ) 6.0 ( ) 6.5 ( )	
GULHA DE RAQUI Nº 14-25 ( ) 27			
TADURA AUSODÃO ORTOPEDICO 10CM ( )		SONDA GASTRICA Nº 4 ( ) 6 ( ) 8 ( ) 10 ( ) 12 ( ) 14 ( ) 16 ( ) 18 ( )	
5CM ( ) 20CM ( )		20 ( ) 22 ( )	
TADURA CREPOM 10CM		SONDA RETAL Nº 4 ( ) 6 ( ) 8 ( ) 10 ( ) 12 ( ) 14 ( ) 16 ( ) 18 ( )	
TADURA CREPOM 15CM		20 ( )	
TADURA CREPOM 20CM	03	SONDA URETRAL Nº 4 ( ) 6 ( ) 8 ( ) 10 ( ) 12 ( ) 14 ( ) 16 ( ) 18 ( )	
TADURA GESSADA 10CM ( ) 15CM ( ) 20CM ( )		20 ( )	
OLSA DE COLSTOMIA			
ÂNULA DE TRAQEOSTOMIA Nº 7.0 ( ) 7.5 ( ) 8.0 ( ) 8.5 ( )		SONDA CATETER TIPO OCULOS	01
0 ( )		TORNEIRA PLASTICA 3 VIAS	
APA P\ MICROSCÓPIO ( ) CAPA P VÍDEO ( )		FRACIONADOS	QNT
OLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO		CAL SOLDADA	
RENO DE KERH EM T Nº 12 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )		ESPARADRAPO COMUM	
RENO DE SUÇÃO Nº 3.2 ( ) 4.8 ( ) 6.4 ( )		ESPARADRAPO ANTIALERGICO	
RENO DE TORAX Nº 28 ( ) 36 ( )		ETER SULFURICO	
RENO PENROSE Nº 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )		FORMOL 10%	
LETRODO DESCARTAVEL		GORRO TURBANTE	
QUIPO MACROGOTAS C\ INJETOR LATERAL	01	MÁSCARA DESCARTAVEL	
SCOVA PVP		POLVIDINE TÓPICO	
SPONJA GELFO AM MEDICINAL		POLVIDINE DEGERMANTE	





HOSPITAL DE CLÍNICAS  
"DR. AUGUSTO LEITE"

Data: 19/08/11

Convenção:

Matrícula: Dnt 2

Paciente: Maria Cruz da Silva

Idade: anos

Internação: 1/1

Unidade:

Leito: 027

Item	PRESCRIÇÃO MÉDICA	Distribuição de Horário					
		1º Turno		2º Turno		3º Turno	
		7 às 13h	Ass.	13 às 19h	Ass.	19 às 7h	Ass.
Dieta	líquida						
Gelco hidrolizado							
Omeprazol 20mg 01 CP VO às 6h;							
Cefalotina 1g EV de 6/6h;		10		X	Raula	X	Raula
Dipirona 2:8ml AD EV 6/6h SOS		12		X	Raula	X	Raula
Plasil 2:8ml AD EV 8/8h SOS							
Captopril 25mg VO se PAS 160x100mmHg SOS							
Profenid 100mg + 100ml SF EV 12/12h SOS		10					
Tramal 100mg + 100ml AD EV 6/6h SOS		08		14			
Clexane 40mg 1x/dia SC;							
Glicemia capilar de 6/6h;							
Glicose 25% - 04 amp. IV se glicemia < 70mg/dl							
Insulina Regular SC conforme esquema:	Até						
180=0U 181-250=02U 251-300=04U	301=						
350=06U 351-400=08U >401=10U							
Sinais vitais e cuidados gerais de 6/6h		12		X	Raula	X	Raula

Ana Paula Oliveira Santos  
Enfermeira  
COREN-SE 489400

Ana Paula Oliveira Santos  
Enfermeira  
COREN-SE 489400



**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: Mauro Luiz de Oliveira Conceição Procedência: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F Data de admissão: 19/09/18 Leito: 0051144

**TRANS-OPERATÓRIO (Admissão no Centro Cirúrgico)**

- Confirmar a solicitação: Reserva de Sangue ( ) SIM ( ) NÃO Volume: \_\_\_\_\_ Vaga na UTI ( ) SIM ( ) NÃO
- Preparo: ( ) Jejum a partir - HORÁRIO: \_\_\_\_\_ e DATA: \_\_\_\_\_ ( ) Punção venosa periférica
- Retirar a prótese e adornos: ( ) Prótese dentária ( ) Lente de contato ( ) Jóias ( ) Grampos ( ) Outros: \_\_\_\_\_
- Alergia conhecida: ( ) SIM ( ) NÃO ( ) QUAL (S): \_\_\_\_\_
- Habito de vida: Tabagista: ( ) SIM ( ) NÃO ( ) TEMPO: \_\_\_\_\_ / Etílica: ( ) SIM ( ) NÃO ( ) TEMPO: \_\_\_\_\_
- Passado cirúrgico: ( ) SIM ( ) NÃO ( ) QUAL (S): \_\_\_\_\_
- Doenças atuais: ( ) HAS ( ) ICC ( ) IAM ( ) AVC ( ) DM ( ) NEO ( ) DPOC ( ) IRC ( ) ITU ( ) NÃO.
- Faz uso de medicamento: ( ) SIM ( ) NÃO ( ) QUAL (S): \_\_\_\_\_

**REGISTRO DE ENFERMAGEM (Estado clínico do paciente)**

HORÁRIO: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ h.

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

**INTRA-OPERATÓRIO (Admissão na Sala Operatória - SO)**

**EQUIPE CIRÚRGICA**

- Cirurgião: Dr. Paulo Salotti
- Instrumentador: Mauro
- Anestesiologista: Dr. Marcelo
- Circulante: Fernando

**SERVIÇO DE APOIO**

- Hemotransfusão com SO ( ) SIM ( ) NÃO
- ( ) 1ª Infusão: Volume: \_\_\_\_\_ Horas: \_\_\_\_\_
- ( ) 2ª Infusão: Volume: \_\_\_\_\_ Horas: \_\_\_\_\_
- ( ) 3ª Infusão: Volume: \_\_\_\_\_ Horas: \_\_\_\_\_
- Anatomopatológico: ( ) SIM ( ) NÃO
- ( ) Peça cirúrgica: \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTO CIRÚRGICO**

- Proposto: \_\_\_\_\_ Realizado: \_\_\_\_\_
- Horário - Início: 10:20 h e Término: \_\_\_\_\_ h.
- Monitoração: ECG POximetria PANI ( ) Pressão Invasiva: \_\_\_\_\_
- Técnicas Anestésicas: \_\_\_\_\_
- ( ) Geral venosa ( ) Geral Intravenosa
- ( ) Geral combinada ( ) Peridural com cateter Peridural sem cateter
- Raquianestesia ( ) Bloqueio ( ) Sedação ( ) Local
- Posição Cirúrgica: \_\_\_\_\_
- Dorsal ( ) Ventral ( ) Ginecológica ( ) Lateral D ( ) Lateral E
- ( ) Outras: \_\_\_\_\_
- Local da placa dispersiva: \_\_\_\_\_
- Incisão Cirúrgica - local: \_\_\_\_\_
- Curativo - Tipo e local: \_\_\_\_\_

**REGISTRO DE ENFERMAGEM (Ocorrências e Intercorrências)**

HORÁRIO DE ENTRADA NA SO: 10:20 h.

HORÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA SRPA: \_\_\_\_\_ h.

Paciente admitida na SO, calma, eupneica, normocárdica, normotensa e afébril. Monitorizada PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ SPO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_  
Paciente em uso de placa de bisturi elétrico.  
10:20 Início da raquianestesia.  
10:20 Início da cirurgia sem nenhuma intercorrência no momento.  
11:30 Finalizada a cirurgia, paciente encaminhado para SRPA em maca, uso de vendagem elástica. Tipo ocular, curativo em MTE. Seque com pronúncia e exames.

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

2403666



POS-OPERATORIO IMEDIATO (Admissão na Sala de Recuperação Pós Anestésica - SRPA)

DISPOSITIVOS EM USO

( ) CATETER O<sub>2</sub> \_\_\_\_ L/MIN ( ) MÁSCARA O<sub>2</sub> - FIO<sub>2</sub>: \_\_\_\_ % ( ) VMI/TQT - Modo: \_\_\_\_ e FIO<sub>2</sub>: \_\_\_\_ % ( ) VMI/TQT - Modo: \_\_\_\_ e FIO<sub>2</sub>: \_\_\_\_ % ( ) MARCAPASSO  
 ( ) CATETER VENOSO PERIFÉRICO \_\_\_\_ ( ) CATETER VENOSO CENTRAL \_\_\_\_ ( ) CATETER PERITONEAL \_\_\_\_ ( ) Sonda Vesical \_\_\_\_ ( ) Sonda Gástrica/Enteral \_\_\_\_ ( ) OSTOMIA  
 ( ) FRALDA \_\_\_\_ ( ) DRENO SUÇÃO: \_\_\_\_ ( ) DRENO PENROSE: \_\_\_\_ ( ) DRENO TORÁCICO: \_\_\_\_ ( ) DRENO TORÁCICO

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Estado clínico do paciente na Admissão da SRPA)

0	FR: ____ rpm	SpO <sub>2</sub> : ____ %	FC: ____ bpm	PANI: ____ / ____ mmHg	Temp.: ____ °C	DOR: ____
30	FR: ____ rpm	SpO <sub>2</sub> : ____ %	FC: ____ bpm	PANI: ____ / ____ mmHg	Temp.: ____ °C	DOR: ____
60	FR: ____ rpm	SpO <sub>2</sub> : ____ %	FC: ____ bpm	PANI: ____ / ____ mmHg	Temp.: ____ °C	DOR: ____
90	FR: ____ rpm	SpO <sub>2</sub> : ____ %	FC: ____ bpm	PANI: ____ / ____ mmHg	Temp.: ____ °C	DOR: ____
120	FR: ____ rpm	SpO <sub>2</sub> : ____ %	FC: ____ bpm	PANI: ____ / ____ mmHg	Temp.: ____ °C	DOR: ____
150	FR: ____ rpm	SpO <sub>2</sub> : ____ %	FC: ____ bpm	PANI: ____ / ____ mmHg	Temp.: ____ °C	DOR: ____

HORARIO: \_\_\_\_ h.

Paciente admitido na SRPA, sob efeito anestésico, devidamente faz uso de ~~tempip~~, exames, cateter O<sub>2</sub>

ASSINATURA:

*Ser. Solange*

Solange M. Franco Santos  
Técnica de Enfermagem  
COREN/SE 529722

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Estado clínico do paciente na Alta da SRPA)

HORARIO: 13:30 h. Paciente saiu de alta da SRPA para sua unidade de origem.

DESTINO/UNIDADE:

ASSINATURA:

*[Assinatura]*

MENSURAÇÃO DO ÍNDICE DE ALDRET E KROLIK - IAK

IAK - paciente adulto (valor mínimo para Alta - 08 pontos)

		Valor	0	30	60	90	120
Atividade Motora	Capaz de mover os 04 membros	02	1	1	2		
	Capaz de mover os 02 membros	01	1	1	2		
	Incapaz de mover os membros	0					
Respiração	Respira profundamente ou tosse livremente	02	2	2	2		
	Dispneia ou limitação de respiração	01					
	Apnéia	0					
Circulação	PA 20% do nível pré anestésico	02	2	2	2		
	PA 20 - 40% do nível pré anestésico	01					
	PA 50% do nível pré anestésico	0					
Consciência	Lúcido, orientado no tempo e no espaço	02	2	2	2		
	Desperta se solicitado	01					
	Não responde	0					
Saturação	Maior que 92% respirando em ar ambiente	02	2	2	2		
	Maior que 90% com oxigênio suplementar	01					
	Menor que 90% com oxigênio suplementar	0	0	0	0		
IAK	TOTAL		9	9	10		

HORARIO DE ALTA: SRPA

ASSINATURA: ANESTESIOLOGISTA

ASSINATURA: ENFERMEIRO (COREN)

12:30h Pte BEG, Isotrel hemodinamicamente  
Alta, sem sequelas  
já em uso dos HHT

DOR (0-2 leve) / (3-7 moderada) / (8-10 Intensa) Alta RPA

Dra. Isabella Souza  
Anestesiologista  
CRM-SE 3847



## LAUDO MÉDICO SUPLEMENTAR

Nº DO LAUDO DE AIH	SEQUÊNCIA	Nº DO LAUDO DE ALTO CUSTO	Nº DO CARTÃO SUS	Nº DO PRONTUÁRIO 1051174
UNIDADE SOLICITANTE FUNDAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL DE CIRURGIA			CÓDIGO DA UNIDADE 0002283	CGC 13.016.332.0001-06
NOME DO(A) PACIENTE MARCOS AUGUSTO DE ALMEIDA			DATA DO NASCIMENTO 32 05 85	
NOME DA MÃE MARIA NARMELIA DE ALMEIDA			SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	
ENDEREÇO COMPLETO Rua Paro (Santas Dumont)			MUNICÍPIO EM QUE RESIDE Aracaju	
DATA DE INTERNAÇÃO 12/09/18	HORA DE INTERNAÇÃO 15:39 Min.	CARÁTER <input checked="" type="checkbox"/> URG <input type="checkbox"/> ELETIVA	TIPO	NÚMERO DO LEITO
		ENFERM.	CPF MÉDICO SOLICITANTE	

### TIPO DE SOLICITAÇÃO

<input type="checkbox"/> 1 - PERMANÊNCIA A MAIOR	<input type="checkbox"/> 4 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	<input type="checkbox"/> 7 - DIÁLISE
<input type="checkbox"/> 2 - MEDICAMENTOS ESPECIAIS	<input type="checkbox"/> 5 - HEMODINÂMICA	<input type="checkbox"/> 8 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
<input type="checkbox"/> 3 - NUTRIÇÃO PARENTERAL	<input type="checkbox"/> 6 - DIÁRIA DE RECÉM NASCIDO	
<input type="checkbox"/> 9 - HEMODERIVADOS	<input type="checkbox"/> 12 - UTI II	
<input checked="" type="checkbox"/> 10 - USO DE ÓRTESE/PRÓTESE	<input type="checkbox"/> 13 - UTI III	
<input type="checkbox"/> 11 - CIRURGIA MÚLTIPLA	<input type="checkbox"/> 14 - OUTROS	
<input type="checkbox"/> 15 - DIÁRIA DE ACOMPAHANTE	<input type="checkbox"/> 16 - DIÁRIA DE UTI I	
<input type="checkbox"/> 17 - MUDANÇA DE PROCEDIMENTO		
<input type="checkbox"/> 21 - NOVA AIH	<input type="checkbox"/> 23 - CUIDADOS PROLONGADOS	<input type="checkbox"/> 25 - REABILITAÇÃO
<input type="checkbox"/> 22 - PSIQUIATRIA	<input type="checkbox"/> 24 - ACOMPAHANTE PÓS-TRANSPLANTE	
MÉDICO SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO)		DIRETOR CLÍNICO DA UNIDADE (ASSINATURA E CARIMBO)
		DATA DA SOLICITAÇÃO

### JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

#### DADOS DA HISTÓRIA CLÍNICA E DO EXAME FÍSICO

02 Ploco  
04 artrose articular 4,5  
05 3,5  
01 exame físico 4,0

01 pho / um mparado

Dr. Paulo M. Salotti  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 4451 - TEOT 12.509

#### EXAMES COMPLEMENTARES

#### TRATAMENTO

#### PROCEDIMENTO AUTORIZADO

#### DESCRIÇÃO DO NOVO PROCEDIMENTO

#### AUTORIZADO

☒ SIM ☐ NÃO

#### MOTIVO DA REJEIÇÃO

DATA DE AUTORIZAÇÃO

MÉDICO SUPERVISOR  
(ASSINATURA / CARIMBO)

MÉDICO AUTORIZADOR  
(ASSINATURA / CARIMBO)

CPF / MÉDICO AUTORIZADOR

MÉDICO COORDENADOR DA AUDITORIA  
(ASSINATURA / CARIMBO)





FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA  
Hospital de Clínicas "Dr Augusto Leite"

Comunicado de Utilização de Órtese, Prótese e Material Especial (OPME)  
CENTRO CIRÚRGICO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Marcio Luiz de Oliveira Matrícula: 1051174  
Enfermaria: \_\_\_\_\_ Convênio: SUS  
Diagnóstico: frat. tibia distal e fíbula  
Procedimento realizado: placagem e fixação  
Data da utilização: 19.09.18

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome: Paulo Salotti  
CRM: \_\_\_\_\_  
Dr. Paulo M. de C. Salotti  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 4.451 - TEOT 12.509

IDENTIFICAÇÃO DOS PRODUTOS

Código INSS / SIMPRO	Quantidade Utilizada	Descrição dos produtos
010805050-0	01	Placa estrutural 4,5
	01	placa tibia tibia
	05	parafusos corticais 3,5
	04	parafusos corticais 4,5
	01	parafuso expansor 4,0
	01	11 11 *1324,5

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: ATO 9 Lou CNPJ: \_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura: \_\_\_\_\_

CONTROLE DA FARMÁCIA

Data do recebimento: \_\_\_\_\_  
Farmacêutico: \_\_\_\_\_

1ª via - Prontuário

2ª via - Fornecedor

3ª via - Farmácia



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE  
**ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA**  
PRESCRIÇÃO EVOLUÇÃO DIÁRIA

DIH: 1º

DATA: 10 / 09 / 2018.

CORREDOR: catástrofe orto

LEITO: 00

NOME:

Marcio Luiz Oliveira Conceição

33 A VT 1

DIAGNÓSTICO(S): FRATURA Cominutiva Tornozelo E

Evolução do período passado:

φ tubagem

Hoje:

febre, Afonia, φ do intestino, φ da urina, extra-ajuda

Solicitações: 10 dias de internamento, exames de rotina e exames de laboratório de acordo com necessidade

Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º. Dieta RICA EM FIBRA	
2º. SOL FISIOLÓGICA 0,9% 500 ML EV 8/8 HS	HS
3º. KEFLIN 1G EV 6-6HS OU KEFAZOL 1G EV 8-8HS	HS
4º. GENTAMICINA 240MG / 200ML EV 1X AO DIA	HS
5º. Dipirona 2ml + 8 ml AD EV ou Paracetamol 30gts VO 6/6hs	08 14 20 02
6º. Nausebron 8mg EV 08/08hs SOS	06h
7º. Omeprazol 40mg VO às 6hs OU ANTAK 150 VO 12-12HS	06h
8º. Tramal 50mg + 100 ml SF 0,9% EV ou VO 8/8hs	08 14 20 02
9º. Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% EV 12/12hs	08 14 20
10º. Captopril 25mg Sub lingual se PAS > 180 mmHg ou PAD > 100 mmHg	SOS
11º. Clexane 40mg SC 1 x dia ou Heparina 5000UI SC 2 x dia	08 14 20
12º. GLICEMIA CAPILAR 3x ao dia (anotar) -NÃO-	6hs: 14hs: 22hs:
13º Insulina Regular SC, após o GLICEMIA CAPILAR 201 - 250: 02UI 251 - 300: 04UI 301 - 350: 06UI 351 - 400: 08UI > ou = 401: 10UI	
14º. Curativos Diários 1x dia COM SF 0,9%	
15º GLICOSE 50% 4 AMPOLAS EM 250ML SF 0,9% EV SE GLICEMIA CAPILAR MENOR OU IGUAL A 70MG-DL	
16º FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA	
17. MEDIDAS ANTI ULCERA DE PRESSAO	
18. MANTER MEMBRO FRATURADO ELEVADO	
19. LAVAGEM INTESTINAL COM 500ML SOL GLICERINADA: GOTA /GOTA	SOS

20. LUFTAL 25 GOTAS VO 8-8HS

21. CLONAZEPAM GOTAS : 10 GTS VO A NOITE

22. RISCO CIRURGICO COM A CARDIOLOGIA (sem efeito)

23. Iniciar Omeprazol 40mg VO 1x ao dia

24. Elevar a perna

DR. JOAO FRANCISCO BC ARAUJO CRM 2801 TEOT 5508 - ORTOPEDIA CLINICA



FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

ATESTADO MÉDICO

ATESTADO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) SENHOR (A) MARCO ANTONIO  
DE OLIVEIRA CONCEIÇÃO

ENCONTRA-SE IMPOSSIBILITADO (A) DE EXERCER SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS POR UM  
PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

CID: 582.2

582.

Dr. Wilson Teixeira  
Clínico Geral  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM-SE 4003

ARACAJU - SE 70.08.13



REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME: MARCELO C. M. SILVA

SOLICITO RAO X PE (F) 2P

PE-9 (F) 2P

ARACAJU - SE 14/10

*Dr. Gilson Teixeira*



70.580.655-521334  
R6: 30643244

CIRURGIA

FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

ORIENTAÇÕES DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR APÓS ALTA HOSPITALAR

NOME: Marcos Luiz M. Oliveira IDADE: 70

DIAGNÓSTICO(S)/CID-10 S82.

DATA DA CIRURGIA 19/09/18 CIRURGIÃO: Pavel Sawati

DATA DA ALTA HOSPITALAR 20/09/18

- 1 - NÃO PISAR, CASO A CIRURGIA TENHA SIDO NO MEMBRO INFERIOR;
- 2 - MANTER MEMBRO OPERADO ELEVADO; 22/09/18
- 3 - CURATIVO DIÁRIO NO POSTO DE SAÚDE; 74
- 4 - TIRAR OS PONTOS NO POSTO DE SAÚDE APÓS 15 DIAS DA CIRURGIA;
- 5 - FAZER USO DAS MEDICAÇÕES PRESCRITAS;
- 6 - MARCAR RETORNO PARA DE Pavel Sawati EM 7 DIAS, APÓS ALTA HOSPITALAR PARA REVISÃO, RELATÓRIO DO INSS E ORIENTAÇÕES PELO NÚMERO (79) 210 7200 / 2106 7207

OBS.: CASO OCORRA ALGUMA INTERCORRÊNCIA PROCURAR UM SERVIÇO DE URGÊNCIA MAIS PRÓXIMO, SE POSSÍVEL DO HOSPITAL DE CIRURGIA.

7 - TRAZER O SOLICITADO NA ALTA HOSPITALAR (FAZER NO POSTO DE SAÚDE)

Dr. Wilson Teixeira  
Clínico Geral  
Ortopedia e Traumatologia  
R. 1005





HOSPITAL DE CLÍNICAS "DR. AUGUSTO LEITE"  
RELATÓRIO DO ATO CIRÚRGICO

UNIDADE: ☒

PACIENTE:

MATRÍCULA:

IDADE:

CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

CIRURGIA REALIZADA:

CIRURGIÃO:

ANESTESIOLOGISTA:

AUXILIAR:

AUXILIAR:

AUXILIAR:

ANESTESIA UTILIZADA:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO

EQUIPAMENTOS

☐

B. E. / BIPOLAR

☐

TRÉPANO ELÉTRICO

☐

SERRA ELÉTRICA

☐

MICROSCÓPIO CIRÚRGICO

☐

FONTE DE LUZ / FIBRA ÓTICA

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO:

1. Incisão em S para o tumor  
2. Tumor em S para o tumor  
3. Tumor e Tumor  
4. Tumor e Tumor  
5. Tumor e Tumor  
6. Tumor e Tumor  
7. Tumor e Tumor  
8. Tumor e Tumor  
9. Tumor e Tumor  
10. Tumor e Tumor  
11. Tumor e Tumor  
12. Tumor e Tumor  
13. Tumor e Tumor  
14. Tumor e Tumor  
15. Tumor e Tumor  
16. Tumor e Tumor  
17. Tumor e Tumor  
18. Tumor e Tumor  
19. Tumor e Tumor  
20. Tumor e Tumor  
21. Tumor e Tumor  
22. Tumor e Tumor  
23. Tumor e Tumor  
24. Tumor e Tumor  
25. Tumor e Tumor  
26. Tumor e Tumor  
27. Tumor e Tumor  
28. Tumor e Tumor  
29. Tumor e Tumor  
30. Tumor e Tumor  
31. Tumor e Tumor  
32. Tumor e Tumor  
33. Tumor e Tumor  
34. Tumor e Tumor  
35. Tumor e Tumor  
36. Tumor e Tumor  
37. Tumor e Tumor  
38. Tumor e Tumor  
39. Tumor e Tumor  
40. Tumor e Tumor  
41. Tumor e Tumor  
42. Tumor e Tumor  
43. Tumor e Tumor  
44. Tumor e Tumor  
45. Tumor e Tumor  
46. Tumor e Tumor  
47. Tumor e Tumor  
48. Tumor e Tumor  
49. Tumor e Tumor  
50. Tumor e Tumor  
51. Tumor e Tumor  
52. Tumor e Tumor  
53. Tumor e Tumor  
54. Tumor e Tumor  
55. Tumor e Tumor  
56. Tumor e Tumor  
57. Tumor e Tumor  
58. Tumor e Tumor  
59. Tumor e Tumor  
60. Tumor e Tumor  
61. Tumor e Tumor  
62. Tumor e Tumor  
63. Tumor e Tumor  
64. Tumor e Tumor  
65. Tumor e Tumor  
66. Tumor e Tumor  
67. Tumor e Tumor  
68. Tumor e Tumor  
69. Tumor e Tumor  
70. Tumor e Tumor  
71. Tumor e Tumor  
72. Tumor e Tumor  
73. Tumor e Tumor  
74. Tumor e Tumor  
75. Tumor e Tumor  
76. Tumor e Tumor  
77. Tumor e Tumor  
78. Tumor e Tumor  
79. Tumor e Tumor  
80. Tumor e Tumor  
81. Tumor e Tumor  
82. Tumor e Tumor  
83. Tumor e Tumor  
84. Tumor e Tumor  
85. Tumor e Tumor  
86. Tumor e Tumor  
87. Tumor e Tumor  
88. Tumor e Tumor  
89. Tumor e Tumor  
90. Tumor e Tumor  
91. Tumor e Tumor  
92. Tumor e Tumor  
93. Tumor e Tumor  
94. Tumor e Tumor  
95. Tumor e Tumor  
96. Tumor e Tumor  
97. Tumor e Tumor  
98. Tumor e Tumor  
99. Tumor e Tumor  
100. Tumor e Tumor

10.00  
DATA  
MOD. CEMICAL

ASSINATURA DO CIRURGIÃO



DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO:

- 1) ~~Redução~~ Anterior medial da Tibia com dreno por plano
- 2) Colocar elástico forte
- 3) Sutura por plano
- 4) Curativo





RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

Marcos L. D. Cordeiro

DATA DE NASCIMENTO:

# Relatório Médico

Paciente submetido a tratamento  
cirúrgico de fratura de Tibia

Alimentado após fratura  
consolidada e sem sinais  
de infecção após exame  
C.T. 582

ARACAJU, 07 de 11 de 2019

Dr. Paulo Salotti  
Ortopedista  
CRM: 44517-07/2509

Médico responsável pelas informações





NOME: *Marcio Z. de S. Cordeiro* *Prof*

# *Exame* #

*Paciente submetido à cirurgia  
de + de 20 (2) h 1 mês*

*Presença de comorbidade com  
obesidade e 30 dias (1 mês)*

*(17) 582*

*25/10/18*

*Dr. Paulo Salotti  
Médico  
CRM 4451*

Av. Desembargador Maynard, nº 174 - tel.: 2106-7312  
CEP - 49005-210 - Aracaju - SE

MOD:022 HCAL



contato SUS: 70 8606550571884  
RG: 30643244

CIRURGIA

FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

ORIENTAÇÕES DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR APÓS ALTA HOSPITALAR

NOME: MARCO ANTONIO DE OLIVEIRA IDADE: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO(S)/CID-10 S82.

DATA DA CIRURGIA 19/09/18 CIRURGIÃO: PAULO SAWATI

DATA DA ALTA HOSPITALAR 20/09/18

- 1 - NÃO PISAR, CASO A CIRURGIA TENHA SIDO NO MEMBRO INFERIOR;
- 2 - MANTER MEMBRO OPERADO ELEVADO; 27/09/18
- 3 - CURATIVO DIÁRIO NO POSTO DE SAÚDE; 74
- 4 - TIRAR OS PONTOS NO POSTO DE SAÚDE APÓS 15 DIAS DA CIRURGIA;
- 5 - FAZER USO DAS MEDICAÇÕES PRESCRITAS;
- 6 - MARCAR RETORNO PARA DE PAULO SAWATI EM 7 DIAS, APÓS ALTA HOSPITALAR PARA REVISÃO, RELATÓRIO DO INSS E ORIENTAÇÕES PELO NÚMERO (70) 210 7200 / 2106 7207

OBS.: CASO OCORRA ALGUMA INTERCORRÊNCIA PROCURAR UM SERVIÇO DE URGÊNCIA MAIS PRÓXIMO, SE POSSÍVEL DO HOSPITAL DE CIRURGIA.

- 7 - TRAZER A SOLICITADO NA ALTA HOSPITALAR (FAZER NO POSTO DE SAÚDE).

Dr. Wilson Teixeira  
Clínica Geral  
da Traumatologia



IMOS DE ORTOPLAN SERGIPE LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e	
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº 000.037.165	
		SÉRIE: 3	

<b>ORTOPLAN SERGIPE LTDA</b>  <b>AV. RIO BRANCO-EDF. OVIEDO TEIXEIRA -S.813, 186 - -</b> <b>CENTRO, Aracaju, SE - CEP: 49010030</b>	<b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - Entrada 1 - Saída	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 30px; margin: 0 auto;">1</div>	 CHAVE DE ACESSO 2818 0902 6817 0100 0169 5500 3000 0371 6510 2200 9003 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora
		Nº 000.037.165 SÉRIE: 3 Página 1 de 2	

NATUREZA DA OPERAÇÃO <b>5102-VENDA MERCANTIL</b>		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO <b>328180013266241 - 20/09/2018 16:37</b>	
INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>270975853</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ <b>02.681.701/0001-69</b>	

<b>DESTINATÁRIO/REMETENTE</b>			
NOME/RAZÃO SOCIAL <b>FUNDACAO DE BENEFICENCIA H. DE CIRURGIA</b>		CNPJ/CPF <b>13.016.332/0001-06</b>	DATA DA EMISSÃO <b>20/09/2018</b>
ENDEREÇO <b>AV: DESEMBARGADOR MAYNARD, 174, 0 -</b>	BAIRRO/DISTRITO <b>CIRURGIA</b>	CEP <b>49055-170</b>	DATA DE ENTRADA/SAÍDA <b>20/09/2018</b>
MUNICÍPIO <b>Aracaju</b>	FONE/FAX	UF <b>SE</b>	HORA DE ENTRADA/SAÍDA <b>00:00</b>

<b>FATURA</b>	
/ Num.: 37165 / V. Orig.: 439,70 / V. Desc.: 0,00 / V. Liq.: 439,70	

<b>CÁLCULO DO IMPOSTO</b>					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS <b>0,00</b>	VALOR DO ICMS <b>0,00</b>	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST <b>0,00</b>	VALOR DO ICMS ST <b>0,00</b>	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS <b>439,70</b>	
VALOR DO FRETE <b>0,00</b>	VALOR DO SEGURO <b>0,00</b>	DESCONTO <b>0,00</b>	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS <b>0,00</b>	VALOR DO IPI <b>0,00</b>	VALOR TOTAL DA NOTA <b>439,70</b>

<b>TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS</b>					
RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA <b>0 - Emitente</b>	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO	MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

<b>DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO</b>													
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VL.R. UNIT.	VL.R. TOTAL	BC ICMS	VL.R. ICMS	VL.R. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
20816	PARAFUSO ESPONJOSO 4.0X16 TRAUMEDICA TRAUMEDICA INSTRUMENTAIS E IMPL. LTDA Cod.: 790 Simpro: 0084546 Anvisa: 80057410008 Lote (s): 164018-1,000-V.INDETERMIN	90211020	040	5102	UND	1,0000	27,7100	27,71					
21242	PARAFUSO CORTICAL 4.5X42 TRAUMEDICA TRAUMEDICA INSTRUMENTAIS E IMPL. LTDA Cod.: 8357 Simpro: 0084543 Anvisa: 80057410010 Lote (s): 296018-1,000-V.INDETERMIN	90211020	040	5102	UND	1,0000	19,3800	19,38					
21750	PARAFUSO ESPONJOSO 6.5X50 - 32 ROS TRAUMEDICA TRAUMEDICA INSTRUMENTAIS E IMPL. LTDA Cod.: 8362 Anvisa: 80057410008 Lote(s): 397217-1,000-V.INDETERMIN	90211020	040	5102	UND	1,0000	27,7100	27,71					
21240	PARAFUSO CORTICAL 4.5X40 TRAUMEDICA TRAUMEDICA INSTRUMENTAIS E IMPL. LTDA Cod.: 9224 Simpro: 0084543 Anvisa: 80057410010 Lote (s): 258918-3,000-V.INDETERMIN	90211020	040	5102	UND	3,0000	19,3800	58,14					
50410	PLACA ESTREITA 10F TRAUMEDICA TRAUMEDICA INSTRUMENTAIS E IMPL. LTDA Cod.: 9477 Simpro: 0126209 Anvisa: 80057410007 Lote (s): 331118-1,000-V.INDETERMIN	90211020	040	5102	UND	1,0000	158,3600	158,36					
40103500146	PF CORT 3,5X14MM IOL IOL IMPLANTES LTDA Cod.: 8014 Simpro: 0084544 Anvisa: 10223680060 Lote(s): 338918-3,000-V.INDETERMIN	90211020	040	5102	UND	3,0000	15,2300	45,69					
40205100074	PL RETA 1/3 TUBO PEQ FRAG 07F IOL IOL IMPLANTES LTDA Cod.: 8166 Simpro: 0084562 Anvisa: 10223680053 Lote(s): 220718-1,000-V.INDETERMIN	90211020	040	5102	UND	1,0000	72,2500	72,25					

<b>CÁLCULO DO ISSQN</b>			
INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN

<b>DADOS ADICIONAIS</b>	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Duplicata - Num.: 001, Venc.: 19/03/2019, Valor: 439,70 Vendedor: IVO LEAL, Pedido: 058763, Pedido Cliente: , Ordem : 03, Hospital: FUNDACAO DE BENEFICENCIA H. DE CIRURGIA, Médico: PAULO SALOTTI, Paciente: MARCIO LUIZ DE O. CONCEICAO, Id: , Prontuario: 1051174, Dt Cirurgia: 19.09.2018, AIH: , Convenio: SUS, Procedimento: , Msg ICMS: 040/ISENTO DE ICMS CF ART. 8 INCISO IV DEC 17.037/97, Msg IPI: ITENS (1-8) ISENTOS IPI CONF CAP.90 DA TIPI E DEC 2995 DE 19/03/1999, Fat	RESERVADO AO FISCO <div style="font-family: cursive; font-size: 1.2em;">           070 2030 830 - (3) não paga            070 2030 902 - (1) ok            070 2030 724 - (2) - não paga         </div>



<b>ORTOPLAN SERGIPE LTDA</b>  <b>AV. RIO BRANCO-EDF. OVIEDO TEIXEIRA -S.813, 186 - -</b> <b>CENTRO, Aracaju, SE - CEP: 49010030</b>		<b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - Entrada 1 - Saída <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"><b>1</b></span> <b>Nº 000.037.165</b> <b>SÉRIE: 3</b> <b>Página 2 de 2</b>		<b>CONTROLE DO FISCO</b>  <b>CHAVE DE ACESSO</b> <b>2818 0902 6817 0100 0169 5500 3000 0371 6510 2200 9093</b> Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e <a href="http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal">www.nfe.fazenda.gov.br/portal</a> ou no site da Sefaz Autorizadora  <b>PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO</b> <b>328180013266241 - 20/09/2018 16:37</b>									
NATUREZA DA OPERAÇÃO		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.		CNPJ									
<b>5102-VENDA MERCANTIL</b>				<b>02.681.701/0001-69</b>									
INSCRIÇÃO ESTADUAL													
<b>270975853</b>													
<b>DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO</b>													
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
40103500120	PF CORT 3,5X12MM IOL IOL IMPLANTES LTDA Cod.: 8560 Simpro: 0084544 Anvisa: 10223680060 Lote(s): 765215-2,000-V. INDETERMIN	90211020	040	5102	UND	2,0000	15,2300	30,46					
<b>CONTINUAÇÃO - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</b>													
ura: 003716503 19.03.2019 439,70, COD OPME 0702030830, 0702030902, 0702030724.													



# RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: MARILIO LUIZ DE OLIVEIRA (MIRILIN)  
DATA DA ENTRADA: 10/09/2018  
DATA DA SAÍDA: 12/09/2018

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

INTERNAMENTO: PS ☒ ENFERMARIA ☒ UTI ☐

## HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente em consulta no setor de análise de urina de 10/09/2018, apresentando quadro de hipertensão e diabetes. Relato de sintomas de fraqueza e fadiga, além de perda de peso e fome para continuar o atendimento.

## HISTÓRICO CIRÚRGICO:

## EXAMES COMPLEMENTARES:

Exames laboratoriais  
Mio X

## MÉDICOS ASSISTENTES:

Adriana Brito Brito

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO ☐ TRANSFERIDO ☒ ÓBITO ☐ EVASÃO ☐

ARACAJU, 17 de Set de 2020

Dr. Silvio V. Almeida  
SAMA / HUSE  
CRM 2510

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

**Pierde**

**CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO**  
TABELÃO DANIEL PIERDE

**AUTENTICAÇÃO**

Confere com o original apresentado dou fé.  
Selo TJSE: 20202952711638  
Acesse: <http://www.tjse.jus.br/x/PYUTXA>  
Aracaju, 23/09/2020 10:59:31 22076  
Débora Arimatea Baptista - Escrevente Autorizada  
Emol.: R\$3,00 Selo: R\$0,00 FERD: R\$0,60 Total: R\$3,60

RUA LAGARTO, 1331 - SAO JOSÉ / ARACAJU - SE - CEP: 06.000-000 - TEL: (79) 3104.1391



Cartório Pierete  
VERSO EM BRANCO



ID: PAT009035  
Data de nascimento:  
Sex: Masc  
MARCIO LUIZ DE O CONCEIÇÃO 38 ANOS

Índice de ext: 1808  
Data de aquisição: 10/10/2018  
Sex: Masc  
MARCIO LUIZ DE O CONCEIÇÃO 38 ANOS

Ind:  
Hora de aq:  
Data de aq:

Esq.

ARTICULAR  
W: 3858 L: 5147  
AP  
FIBULA TIBIA

CIAME  
Escala: 0.80  
W: 2919 L: 1994  
LATERAL  
FIBULA TIBIA









NOME : MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEIÇÃO

SOLICITANTE : Dr (a). PAULO SALOTTI

CONVÊNIO : PART.

IDADE : 33 ANOS

DATA : 24/04/2019

REGISTRO : 71689

DIGITADOR: Paula J.

### LAUDO RADIOLÓGICO

#### **TORNOZELO E/PERNA E:**

Controle ortopédico de fraturas antiga e osteossíntese no terço distal tíbia e fibular.

Espaços articulares conservados.

Osteoporose por desuso.

---

**Dr. Osmário Silva Dantas**  
Radiologista/Ultrasonografista  
CRM/SE 299



---

**Dr. Osmário Souza Dantas**  
Radiologista/Ultrasonografista  
CRM/SE 3212

**(79) 3241-5678**

atendimento@ciame-aju.com.br  
Rua Bahia, 864 - Bairro Siqueira Campos - Aracaju/SE





Clínica de Imagem e Atendimento Médico

NOME : MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEIÇÃO

RG:30643244

SOLICITANTE : Dr (a). -

CONVÊNIO : PART

IDADE : 33 ANOS

DATA : 24/09/2018

REGISTRO : 62504

DIGITADOR:

### LAUDO RADIOLÓGICO

**PERNA E:**

Fraturas cominutiva e osteossíntese no terço distal da tíbia e fíbula.  
Controle de osteossíntese.

**PE E:**

Fraturas na diáfise/base do 5º metatarso.

**Dr. Osmário Silva Dantas**  
Radiologista/Ultrasonografista  
CRM/SE 299

**Dr. Osmário Souza Dantas**  
Radiologista/Ultrasonografista  
CRM/SE 3212

**(79) 3241-5678**

atendimento@ciame-aju.com.br  
Rua Bahia, 864 - Bairro Siqueira Campos - Aracaju/SE











# HOSPITAL SANTA ISABEL

AV. SIMEAO SOBRAL S/N  
C.G.C.: 13.025.507/0001-41

Bairro: SANTO ANTONIO  
Fone: 79 3212-4900

ARACAJU  
C.E.P.: 32.041-720

UF: SE

Paciente: MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEICAO

Prontuário: 32248718

Data Exame: 07/08/2019 Registro: 736143 Controle: 220634

Convênio: SUS

Médico: 19 ASSOCIAÇÃO ARACAJUANA DE BENEFICENCIA

PERNA E (AP - LATERAL)

- Osteossíntese tibial e fibular.
- Controle.

OBS: - O valor diagnóstico do presente exame é válido quando correlacionado com dados clínicos e outros exames complementares

  
MANOEL FABIANO DE CARVALHO

CRM: 1027



# HOSPITAL SANTA ISABEL

AV. SIMEAO SOBRAL S/N  
C.G.C.: 13.025.507/0001-41

Bairro: SANTO ANTONIO  
Fone: 79 3212-4900

ARACAJU  
C.E.P.: 32.041-720

UF: SE

Paciente: MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEICAO

Prontuário: 32248718

Data Exame: 14/06/2019 Registro: 722667 Controle: 216351

Convênio: SUS

Médico: 19 ASSOCIAÇÃO ARACAJUANA DE BENEFICENCIA

PERNA E (AP - LATERAL)

- Osteossíntese tibial e fibular distal. Osteoporose.
- Controle.

OBS: - O valor diagnóstico do presente exame é válido quando correlacionado com dados clínicos e outros exames complementares.



MANOEL FABIANO DE CARVALHO  
CRM: 1027





GOVERNO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIAS  
INSTITUTO MÉDICO LEGAL "DR. AUGUSTO LEITE"

ESTE CONFERE COM O ORIGINAL  
Em 12/09/20  
Laércio Figueiredo de Souza  
Agente de Polícia Judiciária

LAUDO DO EXAME DE LESÕES CORPORAIS

quarta-feira, 23 de setembro de 2020

Nº Laudo  
5510/2020

Dados Da Vítima

Nome da Vítima	Nascimento	Idade	Naturalidade
MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEIÇÃO	12/06/1985	35	ARACAJU
Estado Civil	Sexo	Cor	Profissão
SOLTEIRO	MASCULINO	PARDA	MOTO BOY
Instrução	Nome da Mãe	Nome do Pai	
2º Grau Completo	MARIA NORMELIA DE OLIVEIRA	JOSE LUIZ DA CONCEIÇÃO	
Endereço	Bairro	Município	
RUA SAO JORGE, Nº 822	SANTOS DUMONT	ARACAJU/SE	
Nome da Autoridade	Função	Unidade	
DANIELA RAMOS L. BARRETO	DANIELA RAMOS L. BARRETO	DEDT	

1º Perito Relator:  
DR. RONNEL LISBOA DOS SANTOS

Cremeset/Crose 2º Perito Relator:  
3173

Cremeset/Crose  
LAUDO Nº  
5510/2020

Local da Perícia  
Sala do IML

Tipo

Causa

Historico/Descrição

Historico

Relata o periciando que foi vítima de acidente de trânsito do tipo colisão entre carro e motocicleta (era condutor da motocicleta). Fato corrido no dia 09/09/2018, às 23h20, nesta Capital. Socorrido pelo SAMU e conduzido ao HUSE, posteriormente encaminhado ao Hospital Cirurgia.

Descrição

Ao exame apresenta duas cicatrizes lineares e normotróficas, localizadas em maléolos lateral e medial esquerdos, medindo respectivamente 11,0cm e 6,0cm. Tem sequela residual na função motora do tornozelo citado. Trouxe relatório médico assinado pelo Dr. Silvio Almeida, CRM 2610, relatando que o paciente sofreu fratura de ossos da perna após acidente de trânsito. Trouxe outro relatório médico assinado pelo Dr. Paulo Salotti, CRM 4451, Relatando que o paciente foi submetido a cirurgia para fratura de perna esquerda evoluindo com fratura consolidada.

Comentário Médico/Conclusão/Questos Respostas  
Comentário Médico - Forense

Existe compatibilidade entre os achados e a ação contundente. As lesões não resultaram em perigo de vida, porém se fez necessário afastá-lo de suas ocupações habituais por período superior a 30 dias. Entretanto, do acidente, resultou para o periciando uma sequela residual na função do tornozelo esquerdo.

Conclusão

1)Do observado e exposto concluímos que, do acidente, resultou para o periciando uma sequela residual na função do tornozelo esquerdo.



- 2) Houve ofensa à integridade física da vítima.  
3) Lesões produzidas por ação contundente.  
4) Exame realizado às 10h15 do dia 23/09/2020.

**Quesitos/Respostas**

1º) Houve ofensa a integridade ou a saúde do paciente?

Sim.

2º) Qual o instrumento ou meio que produziu a ofensa?

Contundente.

3º) A ofensa foi produzida com emprego de veneno, fogo, explosivo, asfixia, tortura ou por meio insidioso ou cruel, ou que podia resultar perigo comum?

Não.

4º) Da ofensa resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta (30) dias?

Sim.


5º) Da ofensa resultou perigo de vida?

Não.

6º) Da ofensa resultou incapacidade incurável perda ou inutilização de membro, sentido ou função ou deformidade permanente?

Sim sequelas residuais em tornozelo esquerdo.

Este documento foi expedido via eletrônica (expresso), nos termos da legislação vigente. Confira com o original em arquivo digital, disponível no banco de dados do Instituto Médico Legal. Deverá conter o carimbo da unidade policial responsável pela impressão.


  
DR. RONMEL LISBOA DOS SANTOS  
3173

LAUDO Nº 5510/2020

Dr. Ronmel Lisboa dos Santos  
Perito Médico - Legal  
CRM - SE 3173



ESTE COMPETE COM O ORIGINAL  
ENC. 12.120

  
Inácio Figueiredo de Souza  
Agente de Polícia Judiciária





ESTE CONFERE COM O ORIGINAL  
Em 16/10/2020

Laércio Figueiredo de Souza  
Agente de Polícia Judiciária

INSTITUTO MÉDICO LEGAL  
**LAUDO PERICIAL**  
**Lesões Corporais**

**MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEIÇÃO**

*Lauda nº 5510/2020*



## PAGUE SEGURO

Como Pagar  
Consulta a Pagamentos Efetuados

## ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

## SINISTRO 3200359886 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEICAO

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** FREITAS  
CORRETORA E SEGUROS EIRELI


**BENEFICIÁRIO** MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEICAO

**CPF/CNPJ:** 79986994500

**Posição em 23-10-2020 16:26:10**

Desculpe. No momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, [Clique aqui](#) e registre uma solicitação para que possamos checar mais detalhes sobre seu caso. Em até 72 horas, entraremos em contato.

### Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
16/10/2020	PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO	

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT





**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU**  
**Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**PROCESSO:**

202040601263

**DATA:**

04/12/2020

**MOVIMENTO:**

Conclusão

**DESCRIÇÃO:**

Nesta data faço o processo eletrônico concluso.

**LOCALIZAÇÃO:**

Juiz

**PUBLICAÇÃO:**

Não





**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU**  
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**PROCESSO:**

202040601263

**DATA:**

09/12/2020

**MOVIMENTO:**

Despacho

**DESCRIÇÃO:**

Cls. Por se presumirem verdadeiras as alegações de hipossuficiência deduzidas por pessoa natural, bem como por não verificar nos autos elementos que evidenciem a falta dos pressupostos legais para a sua concessão, defiro o pedido de justiça gratuita, nos termos do artigo 99, § 2º, do Código de Processo Civil. A petição inicial encontra-se de conformidade com o artigo 319 do CPC, não é caso de improcedência liminar do(s) pedido(s) e o direito que baseia a pretensão não veda a autocomposição. Assim, nos termos do disposto no art. 334, §4º, I, do CPC, encaminhem-se os autos à CEJUSC para designação de audiência de conciliação ou de mediação. Cite-se e intime-se a parte ré para comparecer à aludida audiência, ficando ciente que, em caso de desinteresse na autocomposição, deverá informar a este Juízo em até 10 (dez) dias antes da realização do ato, sendo obrigatória a manifestação de todos os litisconsortes (art. 334, §§ 5º e 6º CPC). Em havendo a anuência quanto à realização da audiência, mas não chegando as partes ao acordo, o prazo para resposta, que será de 15 (quinze) dias, iniciar-se-á no dia seguinte à audiência (art. 335, caput e inciso I do CPC). Na hipótese de não haver audiência por desinteresse das partes ou por não ser admitida a autocomposição (art. 334, § 4º do CPC), o prazo para resposta terá como termo inicial, o dia do protocolo do pedido de cancelamento da audiência de conciliação/mediação ou nos termos do art. 231, do CPC (art. 335 do CPC). Observem as partes que a ausência injustificada à audiência de conciliação/mediação, será considerada ato atentatório à dignidade da justiça cabendo aplicação de multa de até 2% (dois por cento) da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa a ser revertida em favor da União ou do Estado (art. 334, §8º do CPC). Ficam as partes advertidas de que o comparecimento para a audiência de conciliação acompanhadas de advogados é obrigatório (art. 334, §9º do CPC) e que poderão constituir representante com poderes para negociar e transigir, desde que por meio de procuração específica (art. 334, §10 do CPC). Intimem-se as partes e patronos, observando a escrivania/CEJUSC o disposto no art. 334, caput e § 3º do CPC, que determina a citação da parte requerida com pelo menos 20 dias de antecedência da audiência designada, bem como que a intimação da parte autora deverá ser realizada na pessoa de seu advogado. Remetam-se os autos à Central/Núcleo de Conciliação (CEJUSC) para as providências necessárias. Aracaju/SE, 04 de dezembro de 2020.

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Sim





**Poder Judiciário do Estado de Sergipe  
Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito**

Nº Processo 202040601263 - Número Único: 0050400-47.2020.8.25.0001  
Autor: MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEIÇÃO  
Réu: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

Movimento: Despacho >> Mero Expediente

Cls.

Por se presumirem verdadeiras as alegações de hipossuficiência deduzidas por pessoa natural, bem como por não verificar nos autos elementos que evidenciem a falta dos pressupostos legais para a sua concessão, defiro o pedido de justiça gratuita, nos termos do artigo 99, § 2º, do Código de Processo Civil.

A petição inicial encontra-se de conformidade com o artigo 319 do CPC, não é caso de improcedência liminar do(s) pedido(s) e o direito que baseia a pretensão não veda a autocomposição. Assim, nos termos do disposto no art. 334, §4º, I, do CPC, encaminhem-se os autos à CEJUSC para designação de audiência de conciliação ou de mediação.

*Cite-se e intime-se a parteré* para comparecer à aludida audiência, ficando ciente que, em caso de desinteresse na autocomposição, deverá informar a este Juízo em até 10 (dez) dias antes da realização do ato, sendo obrigatória a manifestação de todos os litisconsortes ( **art. 334, §§ 5º e 6º CPC**).

Em havendo a anuência quanto à realização da audiência, mas não chegando as partes ao acordo, o prazo para resposta, que será de 15 (quinze) dias, iniciar-se-á no dia seguinte à audiência (**art. 335, capute inciso I do CPC**).

Na hipótese de não haver audiência – por desinteresse das partes ou por não ser admitida a autocomposição (**art. 334, § 4º do CPC**), o prazo para resposta terá como termo inicial, o dia do protocolo do pedido de cancelamento da audiência de conciliação/mediação ou nos termos do art. 231, do CPC (**art. 335 do CPC**).

Observem as partes que a ausência injustificada à audiência de conciliação/mediação, será considerada ato atentatório à dignidade da justiça cabendo aplicação de multa de até 2% (dois por cento) da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa a ser revertida em favor da União ou do Estado (**art. 334, §8º do CPC**).

Ficam as partes advertidas de que **o comparecimento para a audiência de conciliação acompanhadas de advogados é obrigatório (art. 334, §9º do CPC)** e que poderão constituir representante com poderes para negociar e transigir, desde que por meio de procuração específica (**art. 334, §10 do CPC**).

Intimem-se as partes e patronos, observando a escrivania/CEJUSC o disposto no **art. 334, capute § 3º do CPC**, que determina a citação da parte requerida com pelo menos 20



dias de antecedência da audiência designada, bem como que a intimação da parte autora deverá ser realizada na pessoa de seu advogado.

**Remetam-se os autos à Central/Núcleo de Conciliação (CEJUSC) para as providências necessárias.**

Aracaju/SE, 04 de dezembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **RÔMULO DANTAS BRANDÃO, Juiz(a) de Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito, em 09/12/2020, às 12:21:23**, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A conferência da **autenticidade do documento** está disponível no endereço eletrônico [www.tjse.jus.br/portal/servicos/judiciais/autenticacao-de-documentos](http://www.tjse.jus.br/portal/servicos/judiciais/autenticacao-de-documentos), mediante preenchimento do número de consulta pública **2020002378722-62**.

---





Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe

VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU  
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**PROCESSO:**

202040601263

**DATA:**

21/12/2020

**MOVIMENTO:**

Juntada

**DESCRIÇÃO:**

Juntada de Outras Petições realizada nesta data. {Movimento Gerado pelo Advogado: FELIPE DE BRITO ALMEIDA - 338615}

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Não



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA VARA DE  
ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU – SE.**

**Processo n. 0050400-47.2020.8.25.0001**

**MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEIÇÃO**, já qualificado nos autos do processo em epígrafe, que move em face de **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT S/A**, por meio de seus advogados, vem respeitosamente perante Vossa Excelência, se manifestar conforme se segue.

Devido a pandemia causada pelo COVID 19, e as medidas de segurança sanitária, visando a não proliferação do vírus, informa o Autor que não possui interesse na realização de audiência de conciliação.

Termos em que, pede deferimento.

São Paulo, 21 de dezembro de 2020.

**FELLIPE MOREIRA MATOS**

**OAB/SP 345.432**

**FELIPE DE BRITO ALMEIDA**

**OAB/SP 338.615**





**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU**  
**Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**PROCESSO:**

202040601263

**DATA:**

08/01/2021

**MOVIMENTO:**

Remessa

**DESCRIÇÃO:**

**LOCALIZAÇÃO:**

Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania de Aracaju

**PUBLICAÇÃO:**

Não





Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe

VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU  
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**PROCESSO:**

202040601263

**DATA:**

08/01/2021

**MOVIMENTO:**

Recebimento

**DESCRIÇÃO:**

**LOCALIZAÇÃO:**

Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania de Aracaju

**PUBLICAÇÃO:**

Não





**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU**  
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**PROCESSO:**

202040601263

**DATA:**

29/01/2021

**MOVIMENTO:**

Audiência

**DESCRIÇÃO:**

<br/> Audiência de Conciliação/Mediação - Art 334 do CPC designada para o dia 07/04/2021, às 11h:30min, a ser realizada no(a) Fórum Gumersindo Bessa, na sala de audiências do CEJUSC PROCESSUAL: GRUPO 2- PAUTA VIRTUAL -SALA 16.2021-Bloqueada.

**LOCALIZAÇÃO:**

Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania de Aracaju

**PUBLICAÇÃO:**

Sim





Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe

VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU  
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**PROCESSO:**

202040601263

**DATA:**

29/01/2021

**MOVIMENTO:**

Outras Informações

**DESCRIÇÃO:**

Audiência de Conciliação/Mediação - Art 334 do CPC do dia 07/04/2021 às 11:30h cancelada. Motivo:  
ADEQUAÇÃO DE PAUTA.

**LOCALIZAÇÃO:**

Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania de Aracaju

**PUBLICAÇÃO:**

Não





**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU**  
**Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**PROCESSO:**

202040601263

**DATA:**

29/01/2021

**MOVIMENTO:**

Audiência

**DESCRIÇÃO:**

<br/> Audiência de Conciliação/Mediação - Art 334 do CPC designada para o dia 22/04/2021, às 10h:00min, a ser realizada no(a) Fórum Gumersindo Bessa, na sala de audiências do CEJUSC PROCESSUAL: GRUPO 2- PAUTA VIRTUAL -SALA 4.2021.

**LOCALIZAÇÃO:**

Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania de Aracaju

**PUBLICAÇÃO:**

Sim





**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU**  
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**PROCESSO:**

202040601263

**DATA:**

29/01/2021

**MOVIMENTO:**

Ato Ordinatório

**DESCRIÇÃO:**

Considera(m)-se intimada(s) da Audiência de Conciliação a(s) parte(s) requerente(s) e (ou) requerido(a)(s), por meio de seu(s) patrono(s), via DJE, em conformidade com o art. 334, § 3º do novo CPC) para realização de audiência por videoconferência, nos termos da Portaria 29/2020. Nesse caso, deverá ser providenciada a instalação do aplicativo ZOOM CLOUD MEETINGS em seu smartphone, tablet ou computador, uma vez que será a plataforma utilizada para a videoconferência, sendo o link de acesso: <https://us02web.zoom.us/my/sala4cejusc.aju>

**LOCALIZAÇÃO:**

Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania de Aracaju

**PUBLICAÇÃO:**

Sim





**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU**  
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**PROCESSO:**

202040601263

**DATA:**

29/01/2021

**MOVIMENTO:**

Citação Eletrônica

**DESCRIÇÃO:**

Citação Eletrônica enviada à Empresa Privada - SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.<br>Deverá ser providenciada a instalação do aplicativo ZOOM CLOUD MEETINGS em seu smartphone, tablet ou computador, uma vez que será a plataforma utilizada, sendo o link de acesso: <https://us02web.zoom.us/my/sala4cejusc.aju>; em caso de dúvida, solicitamos que o(s) seu(s) contato(s) de WhatsApp seja(m) enviado(s) para o e-mail: VIDEOAUDIENCIA\_CEJUSCAJU\_SALA4@TJSE.JUS.BR, devendo ser informado o número do processo 202040601263. O conciliador entrará em contato e o(a) auxiliará com o procedimento a ser seguido.

**LOCALIZAÇÃO:**

Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania de Aracaju

**PUBLICAÇÃO:**

Sim





**Poder Judiciário do Estado de Sergipe  
Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito**

Nº Processo 202040601263 - Número Único: 0050400-47.2020.8.25.0001

Autor: MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEIÇÃO

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

Movimento: Despacho >> Mero Expediente

Cls.

Por se presumirem verdadeiras as alegações de hipossuficiência deduzidas por pessoa natural, bem como por não verificar nos autos elementos que evidenciem a falta dos pressupostos legais para a sua concessão, defiro o pedido de justiça gratuita, nos termos do artigo 99, § 2º, do Código de Processo Civil.

A petição inicial encontra-se de conformidade com o artigo 319 do CPC, não é caso de improcedência liminar do(s) pedido(s) e o direito que baseia a pretensão não veda a autocomposição. Assim, nos termos do disposto no art. 334, §4º, I, do CPC, encaminhem-se os autos à CEJUSC para designação de audiência de conciliação ou de mediação.

*Cite-se e intime-se a parteré* para comparecer à aludida audiência, ficando ciente que, em caso de desinteresse na autocomposição, deverá informar a este Juízo em até 10 (dez) dias antes da realização do ato, sendo obrigatória a manifestação de todos os litisconsortes ( **art. 334, §§ 5º e 6º CPC**).

Em havendo a anuência quanto à realização da audiência, mas não chegando as partes ao acordo, o prazo para resposta, que será de 15 (quinze) dias, iniciar-se-á no dia seguinte à audiência (**art. 335, capute inciso I do CPC**).

Na hipótese de não haver audiência – por desinteresse das partes ou por não ser admitida a autocomposição (**art. 334, § 4º do CPC**), o prazo para resposta terá como termo inicial, o dia do protocolo do pedido de cancelamento da audiência de conciliação/mediação ou nos termos do art. 231, do CPC (**art. 335 do CPC**).

Observem as partes que a ausência injustificada à audiência de conciliação/mediação, será considerada ato atentatório à dignidade da justiça cabendo aplicação de multa de até 2% (dois por cento) da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa a ser revertida em favor da União ou do Estado (**art. 334, §8º do CPC**).

Ficam as partes advertidas de que **o comparecimento para a audiência de conciliação acompanhadas de advogados é obrigatório (art. 334, §9º do CPC)** e que poderão constituir representante com poderes para negociar e transigir, desde que por meio de procuração específica (**art. 334, §10 do CPC**).

Intimem-se as partes e patronos, observando a escrivania/CEJUSC o disposto no



dias de antecedência da audiência designada, bem como que a intimação da parte autora deverá ser realizada na pessoa de seu advogado.

**Remetam-se os autos à Central/Núcleo de Conciliação (CEJUSC) para as providências necessárias.**

Aracaju/SE, 04 de dezembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **RÔMULO DANTAS BRANDÃO, Juiz(a) de Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito**, em 09/12/2020, às 12:21:23, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A conferência da **autenticidade do documento** está disponível no endereço eletrônico [www.tjse.jus.br/portal/servicos/judiciais/autenticacao-de-documentos](http://www.tjse.jus.br/portal/servicos/judiciais/autenticacao-de-documentos), mediante preenchimento do número de consulta pública **2020002378722-62**.

---



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA \_\_\_\_ VARA  
CÍVEL DO FORO CENTRAL DA COMARCA DE ARACAJU – SE.**

**MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEIÇÃO**, brasileiro, solteiro, motoboy, nascido em 21/05/1985, portador da cédula de identidade RG nº 3.064.324-4, inscrito no CPF/MF sob o nº 799.869.945-00, residente e domiciliado na Rua São Jorge, nº 798, Santos Dumont, Aracaju, SE, CEP: 49087-560, e-mail contato@almeidaematos.com.br, vem por seus advogados, respeitosamente à presença de Vossa Excelência, propor a presente

**AÇÃO DE COBRANÇA DE DIFERENÇA DE INDENIZAÇÃO DECORRENTE DO SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIAS TERRESTRES – DPVAT pelo procedimento comum previsto no artigo 318 do Novo Código de Processo Civil**

em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT S/A**, inscrita no CNPJ/MF 09.248.608/0001-04, com sede na Rua João Pessoa, nº320, Aracaju, SE, CEP: 49010000, pelas razões de fato e direito a seguir aduzidas.

**I. PRELIMINARMENTE**

Primeiramente cumpre esclarecer que, em atendimento ao que dispõe o art. 319, II e VII do NCPC, o autor desconhece o endereço de e-mail do réu. Ao mesmo tempo declara que tem interesse realização da audiência de conciliação e mediação, desde que juntado aos autos o laudo pericial.

**II. DA CONCESSÃO DA JUSTIÇA GRATUITA**

O Requerente é pobre no sentido jurídico da expressão e não possui condições de arcar com as custas e despesas processuais sem prejuízo próprio, ou de sua família, nos precisos termos do art. 4º da Lei n.



7.510/86, conforme se comprova com a declaração de hipossuficiência acostada aos autos.

### **III. DA FORO COMPETENTE**

É competente o presente foro, pois é faculdade do Autor ingressar com a demanda em qualquer foro entre seu domicílio, o do local do acidente ou ainda o domicílio do Réu.

Conforme se consta na qualificação da Ré, sua localização é de competência deste Foro Central da capital do Estado de São Paulo.

Corroborar para esse entendimento a súmula 540 do STJ.

“Na ação de cobrança do seguro DPVAT, constitui faculdade do autor escolher entre os foros do seu domicílio, do local do acidente ou ainda do domicílio do réu. ”

### **IV. DA LEGITIMIDADE PASSIVA DA RÉ**

O artigo 7º da Lei 6.194/74, a qual dispõe sobre o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre – DPVAT assegura que a indenização de pessoa vitimada por veículo poderá ser requerida e paga por um consórcio constituído por qualquer das sociedades seguradoras que operem no seguro disposto nessa lei.

Ainda que ainda assim não entendido, foi concedido à Ré a posição como entidade líder dos consórcios pela Portaria da SUSEP n. 2.797/2007, ratificando desse modo sua legitimidade passiva.

### **V. DOS FATOS**

O Requerente foi vítima de acidente de trânsito no dia 09/09/2018, ao transitar em sua motocicleta, na Rua José Cunha Alcântara, quando colidiu com outro veículo sendo lançado ao solo. Conforme se verifica através do Boletim de Ocorrência número 00057826/2020. Foi encaminhado



pelo Samu ao Hospital de Urgência de Sergipe, para receber os devidos cuidados.

Em atendimento médico, o Autor foi diagnosticado com fratura de tíbia e fíbula esquerda e fratura do quinto metatarso esquerdo. Sendo submetido a tratamento cirúrgico de diáfise para a consolidação da lesão. **CID 10 - S82.2**

Em decorrência do acidente, o Autor ainda padece de sequelas que limitam suas atividades laborativas, bem como, a dificuldade para locomoção, limitação da amplitude de movimentos, redução de força no local lesionado e dores constantes.

Neste cenário, o Requerente solicitou administrativamente o pagamento do seguro DPVAT junto à requerida, contudo ela negou o pagamento da indenização que o Requerente faz jus.

## **VI. DA DENECESSIDADE DA APRESENTAÇÃO DO LAUDO DO IML E DO BILHETE SE SEGURO DPVAT - DUT**

A ora ré vem, em algumas ações movidas contra ela que versam sobre o mesmo tema, exigindo a apresentação de laudo do IML e requerendo o indeferimento das iniciais que não o colacionam.

Ocorre que a Lei n. 6194/74 é clara quanto ao tema, pois em seu art. 5º não trata o laudo do IML como documento necessário para o pagamento da indenização, senão vejamos:

**“Art . 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.**

§ 1º A indenização referida neste artigo será paga com base no valor vigente na época da ocorrência do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a



liquidação, **no prazo de 30 (trinta) dias da entrega dos seguintes documentos:**

- a) certidão de óbito, registro da ocorrência no órgão policial competente e a prova de qualidade de beneficiários no caso de morte;
- b) Prova das despesas efetuadas pela vítima com o seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico assistente e registro da ocorrência no órgão policial competente - no caso de danos pessoais.”

Não há que se alegar a necessidade de laudo do IML para o pagamento da indenização ou a sua apresentação para instrução de demanda que verse sobre o tema.

Da mesma forma, não se faz necessária a apresentação do bilhete de seguro DPVAT – DUT para o pagamento de indenização, pois a Lei do DPVAT condiciona para que seja feito o pagamento apenas a apresentação de relatório médico, registro de ocorrência policial no órgão competente e documentos pessoais.

## **VII. DO DIREITO**

A Lei 6.194/74 em seu art. 3º, II estabelece que as vítimas de acidente de trânsito devem receber de acordo com o seu grau de invalidez o valor de até R\$ 13.500,00.

Neste cenário, diante da lesão do Autor, é a presente para que seja pago ao Autor o valor que faz jus ao recebimento, qual seja, valor integral da tabela.

## **VIII. DOS PEDIDOS**

Em face do todo exposto, requer

- a) O recebimento e processamento da presente, com a citação da ré via postal, na pessoa do seu representante legal para, querendo, apresente defesa sob pena de revelia e confissão;



b) A condenação da Ré ao pagamento de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) ao Requerente, tendo em vista o grau de sua sequela.

c) A condenação da Requerida ao pagamento de honorários advocatícios sucumbenciais de 20% sobre o valor da condenação corrigido e custas processuais efetivamente pagas;

d) A concessão do benefício da justiça gratuita, por não dispor de condições de suportar as despesas processuais, pois a requerente é pobre no sentido jurídico da expressão e não possui condições de arcar com as custas e despesas processuais sem prejuízo próprio ou de sua família, nos termos da Lei n. 7.510/1986;

e) Provar todo o alegado, por todos os meios de provas admitidos em direito, **notadamente a prova pericial**, documental e demais que se fizerem necessárias à elucidação da lide, REQUERENDO desde já a aplicação do art. 6º do CDC, com a inversão do ônus da prova.

Atribui-se à causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Termos em que

pede deferimento,

São Paulo, 1 de dezembro de 2020.

**Fellipe Moreira Matos**  
**OAB/SP n. 345.432**

**Felipe de Brito Almeida**  
**OAB/SP n. 338.615**





**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU**  
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**PROCESSO:**

202040601263

**DATA:**

29/01/2021

**MOVIMENTO:**

Citação Eletrônica

**DESCRIÇÃO:**

Citação Eletrônica enviada à Empresa Privada - SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A. Retificando a citação eletrônica abaixo, adicionando a data da audiência: Audiência de Conciliação/Mediação - Art 334 do CPC designada para o dia 22/04/2021, às 10h:00min, a ser realizada no(a) Fórum Gumersindo Bessa, na sala de audiências do CEJUSC PROCESSUAL: GRUPO 2- PAUTA VIRTUAL -SALA 4.2021. Deverá ser providenciada a instalação do aplicativo ZOOM CLOUD MEETINGS em seu smartphone, tablet ou computador, uma vez que será a plataforma utilizada, sendo o link de acesso: <https://us02web.zoom.us/my/sala4cejusc.aju>; em caso de dúvida, solicitamos que o(s) seu(s) contato(s) de WhatsApp seja(m) enviado(s) para o e-mail: VIDEOAUDIENCIA\_CEJUSCAJU\_SALA4@TJSE.JUS.BR, devendo ser informado o número do processo 202040601263. O conciliador entrará em contato e o(a) auxiliará com o procedimento a ser seguido.

**LOCALIZAÇÃO:**

Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania de Aracaju

**PUBLICAÇÃO:**

Sim





**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU**  
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**PROCESSO:**

202040601263

**DATA:**

01/02/2021

**MOVIMENTO:**

Outras Informações

**DESCRIÇÃO:**

Citação Eletrônica do(a) Empresa Privada - SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A. considerada em 01/02/2021, mediante consulta processual realizada por seu representante legal, referente ao movimento de Intimação, do dia 29/01/2021, às 08:23:16.

**LOCALIZAÇÃO:**

Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania de Aracaju

**PUBLICAÇÃO:**

Não





**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU**  
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**PROCESSO:**

202040601263

**DATA:**

01/02/2021

**MOVIMENTO:**

Outras Informações

**DESCRIÇÃO:**

Citação Eletrônica do(a) Empresa Privada - SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A. considerada em 01/02/2021, mediante consulta processual realizada por seu representante legal, referente ao movimento de Intimação, do dia 29/01/2021, às 09:12:41.

**LOCALIZAÇÃO:**

Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania de Aracaju

**PUBLICAÇÃO:**

Não





Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe

VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU  
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**PROCESSO:**

202040601263

**DATA:**

18/02/2021

**MOVIMENTO:**

Juntada

**DESCRIÇÃO:**

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20210217183503525 às 18:35 em 17/02/2021.

**LOCALIZAÇÃO:**

Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania de Aracaju

**PUBLICAÇÃO:**

Não





**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU/SE**

Processo: 202040601263

**AUSÊNCIA DE COBERTURA**

**SÚMULA 474 STJ:** "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

**SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEICAO**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

**CONTESTAÇÃO**

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

Constata-se, pelos documentos acostados à exordial, que o veículo causador dos danos era de propriedade da própria vítima reclamante da indenização. Assim, o acidente narrado não possui cobertura pelo Seguro Obrigatório de Veículos – DPVAT, vez que o autor proprietário do veículo encontrava-se inadimplente com o pagamento do prêmio do seguro obrigatório na ocasião do sinistro.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.



## **DAS INTIMAÇÕES**

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ, inscrita sob o nº 2595/SE, e-mail: [kchrystian@hotmail.com](mailto:kchrystian@hotmail.com), telefone: 79 9 9988 5315, sob pena de nulidade das mesmas.

## **PRELIMINARMENTE**

## **DA TEMPESTIVIDADE**

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015<sup>1</sup>, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma como tempestiva tendo em vista os feriados dos dias 15 a 17 de Fevereiro de 2021.

## **DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO**

Informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

## **DA INÉPCIA DA INICIAL**

## **DOCUMENTO DE IDENTIDADE INCOMPLETO**

Cabe o reconhecimento de que a petição inicial protocolada é inepta. Isto se confirma posto que a inicial deve ser instruída com os documentos obrigatórios, sendo o RG e o CPF essenciais.

Ocorre que, conforme se observa nos autos, os dois documentos de identificação trazidos estão incompletos faltando a página, inviabilizando até mesmo a confirmar a identidade da parte e confrontar as assinaturas com os documentos acostados.

Tal situação enseja o reconhecimento de que não foi observado o que dispõe o artigo 320, do CPC.

Desse modo, requer o indeferimento da petição inicial, com a extinção do processo, com fulcro no artigo 485, I, do CPC.

## **DO MÉRITO**

## **DOCUMENTO IMPRESCINDÍVEL AO EXAME DA QUESTÃO**

## **(REGISTRO DA OCORRÊNCIA NO ÓRGÃO POLICIAL COMPETENTE)**

Constata-se, pela síntese dos fatos narrados na exordial, que a parte autoral pretende que o seguro DPVAT no suposto acidente noticiado.

---

<sup>1</sup>[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.



O parágrafo 1º, do art. 5º da lei n.º 6.194/74 é claro, e exige para que o beneficiário possa ter o direito de pleitear a indenização relativa ao seguro obrigatório de veículo a apresentação de determinados documentos.

Com efeito, verifica-se que a parte Autora deixar de apresentar o **registro da ocorrência policial, documento imprescindível para comprovação da ocorrência do acidente e do nexo de causalidade.**

Essa prova documental incumbe à parte autoral, não só em função do que consta expressamente na lei específica, supratranscrita, como em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373 do CPC.

Assim, merece a presente demanda seja julgada extinta com resolução do mérito, na forma do art. 485, inciso I, da Lei Processual Civil.

### **DA AUSÊNCIA DE COBERTURA**

No caso trazido à baila, conforme se extrai da documentação acostada aos autos, a parte autora é proprietária do veículo causador das lesões pelas quais é pleiteada a indenização pelo Seguro DPVAT, estando a categoria daquele englobada pelo Consórcio DPVAT, à inteligência do art. 38 da Resolução do CNSP nº 332/2015.

Contudo, é cristalino que a parte autora não preenche os requisitos necessários para ser indenizada, em razão da mora do pagamento do Seguro DPVAT. Assim, não há em que se cogitar cobertura securitária para o caso concreto, conforme Resolução 332/2015, em seu art. 17, §2º.

De acordo com o calendário, o vencimento se deu em 31/08/2018:

**Este site possui informações apenas de pagamentos do Seguro DPVAT de 2020 ou anos anteriores**

Selecione as opções abaixo para acessar o calendário de pagamento do Seguro DPVAT:

Exercício	UF	Final da Placa	Categoria(Saiba mais)	Pagamento	
2018	SE	7	9	À vista	Consultar

**Categoria: 9**

Final da Placa	Vencimento			
	IPVA (COTA ÚNICA)	Com Desconto?	DPVAT	Licenciamento
7	31/08/2018	NÃO	31/08/2018	-

SE: TABELA DE VENCIMENTO DO IPVA E DO SEGURO DPVAT DE 2018

Já o pagamento somente ocorreu em 18/09/2018, de maneira que na data do sinistro, 09/09/2018 não havia pagamento do prêmio:

**Sua busca por placa: IAI1337 UF: SE CATEGORIA: 09\***

	Exercício	Valor Pago	Situação	Declaração de Pagamento
+	2020	R\$12,30	Quitado	
+	2019	R\$84,58	Quitado	
-	2018	R\$185,50	Quitado	
Data Pagamento		Valor Pago		
18/09/2018		R\$185,50		



Como qualquer outro seguro, o DPVAT é um contrato aleatório, onde a seguradora, mediante uma contraprestação pecuniária, assume a responsabilidade de indenizar o segurado na hipótese de ocorrido o sinistro.

Por certo, o inadimplemento por parte dos proprietários de veículos, gera um desequilíbrio no provisionamento, ao passo que a seguradora não recebeu o pagamento que lhe era devido. Assim, a ausência de quitação do prêmio, inviabiliza a manutenção regular do contrato, ensejando um aumento nos valores do prêmio, a fim de harmonizar o balanço atuarial da seguradora, onerando os demais proprietários.

Ademais, se deve frisar o caráter social do Seguro DPVAT, evidenciado pela destinação do prêmio pago pelos proprietários de veículos automotores. Digno de destaque, que o valor pago a título de prêmio é rateado de forma que 45% dos valores arrecadados são direcionados ao Fundo Nacional de Saúde – FNS, para custeio de tratamento de vítimas de acidente na rede pública, no Sistema Único de Saúde-SUS e 5% são destinados aos programas educativos que buscam prevenir a ocorrência de novos acidentes, através do DENATRAN.

Frisa-se que a ausência de pagamento pelo proprietário gera um prejuízo a toda sociedade, na medida, em caso de inadimplência do seguro, os valores não são repassados aos programas sociais, programa saúde pública e programas educadores de prevenção de acidentes.

Conforme antedito, o Seguro DPVAT exclui da cobertura o sinistrado, quando este for o proprietário do veículo e se encontrar inadimplente em relação ao pagamento do prêmio, quando da ocorrência do acidente. Por certo, a exclusão da cobertura restringe-se somente ao acidentado-proprietário inadimplente, mantendo-se toda a cobertura no que tange a terceiros.

É exatamente este o entendimento que ensejou a edição do verbete sumular nº 257 do STJ, posto que os casos concretos que foram julgados naquela corte tratavam de situações onde a vítima não era o proprietário do veículo, sendo, portanto, prescindível a discussão acerca do pagamento ou não do prêmio, uma vez que, indiscutivelmente, aqueles acidentados tinham direito ao recebimento da indenização.

Assim, o posicionamento do Superior Tribunal de Justiça buscou, tão somente, resguardar o direito de terceiros quando não realizado o pagamento do prêmio pelo causador do sinistro.

Portanto, feita a devida análise nos precedentes da súmula 257, STJ, quais sejam: REsp 200838/GO; REsp 67763/RJ; e REsp 144583/SP, temos que a mesma trata de situações jurídicas distintas, quando confrontado ao teor Resolução 273/2012 do CNSP, conforme quadro comparativo que segue:

RESOLUÇÃO 273 /2012 DO CNSP	SÚMULA 257, STJ
Exclui da cobertura a vítima, quando esta for proprietária do veículo causador do acidente, estando este inadimplente.	Garante o recebimento do seguro a TERCEIROS vítimas de sinistro causado por proprietário de veículo inadimplente.

Consigne-se, por oportuno, que a interpretação que deve ser dada à Súmula 257, STJ, corroborando com a exegese do art.7º, §1º da Lei 6.194/74<sup>x</sup>, garante à seguradora consorciada o direito de regresso em face do proprietário inadimplente em caso de eventuais valores que se desembolsem com as vítimas de sinistros quando o evento for causado por proprietários inadimplentes.

Ora, se o §1º do art. 7º da Lei 6.194/74 prevê o direito de regresso em face do proprietário inadimplente, e houvesse condenação da Seguradora em indenizar o referido proprietário, a parte autora figuraria tanto como credora, como devedora dos valores indenizatórios. Deste modo, forçoso aplicar o instituto da compensação e a consequente extinção das obrigações, de acordo com o Art. 368 do Código Civil.



Trazemos a colação o entendimento da 8ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná no julgamento da apelação cível Nº 1.658.910-1, no qual a Câmara entendeu concordou com o i. Relator o qual ressaltou a importância dos princípios de celeridade e economia processual, no sentido de que não faz sentido a Lei prever o direito de regresso à Seguradora quando a ocorrência de proprietário inadimplente e condena-la a realizar o pagamento do seguro, vejamos trecho do julgado:

“Tal entendimento também já tinha sido exposto, mesmo que indiretamente, na Lei 8.441/92, que alterou a Lei 6.194/74, passando a prever o direito de regresso da seguradora em face do proprietário inadimplente em seu art. 7º, §1º, [...]”

Ora, se a seguradora possui direito de regresso dos valores despendidos com a vítima em face do proprietário inadimplente, por decorrência lógica, quando o proprietário inadimplente também figurar como vítima, não há o que se falar em indenização, **caso contrário este seria credor e devedor da mesma obrigação, configurando o instituto da confusão, devendo a obrigação ser extinta, nos termos do art. 381, CC.**

Também **não há como defender a tese de que a indenização é devida pois caput do artigo obriga o pagamento, enquanto seu parágrafo primeiro faculta o direito de regresso, haja vista os princípios de celeridade e economia processual, que visam a obtenção do máximo rendimento da lei com o mínimo de atos processuais, não sendo razoável condenar alguém em face de outra pessoa, a qual detenha o direito de regresso.**

[...]

Diante do exposto, dou provimento ao apelo, para reformar a sentença e julgar improcedente a lide, condenando o autor ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios, fixados em 15% sobre o valor da causa.

ACORDAM os Desembargadores da 8ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná, por unanimidade de votos, em dar provimento ao apelo, nos termos do voto do relator.

Nesta esteira trazemos os seguintes arrestos:

APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE COBRANÇA – SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) – SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA – NECESSIDADE DE COMPROVAÇÃO DO PAGAMENTO DO PRÊMIO – VÍTIMA QUE É A PROPRIETÁRIA DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO SINISTRO – INADIMPLÊNCIA VERIFICADA – INDENIZAÇÃO INDEVIDA – INTERPRETAÇÃO DA SÚMULA 257 DO STJ EM CONFORMIDADE COM AS DEMAIS DISPOSIÇÕES VIGENTES ACERCA DA MATÉRIA – EXTINÇÃO DA OBRIGAÇÃO – IMPROCEDÊNCIA DOS PEDIDOS INICIAIS – INVERSÃO DO ÔNUS SUCUMBENCIAL. RECURSO DE APELAÇÃO PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

(TJPR - 8ª C.Cível - 0018643-27.2016.8.16.0130 - Paranavaí - Rel.: Juiz Alexandre Barbosa Fabiani - J. 06.09.2018)

Apelação cível. Ação de cobrança. Seguro obrigatório DPVAT. Dever de indenizar. Vítima proprietária do veículo. Inadimplência do prêmio do seguro obrigatório à época do sinistro. Indenização indevida. Inaplicabilidade da Súmula 257 do STJ. Instituto da confusão configurado. Inteligência do art. 381 do Código Civil. Extinção da obrigação. Ônus de sucumbência. Readequação. Recurso provido.



1. Art. 17. §2º Resolução SUSEP 332/2015: “Se o proprietário do veículo causador do sinistro não estiver com o prêmio do Seguro DPVAT pago no próprio exercício civil, e a ocorrência do sinistro for posterior ao vencimento do Seguro DPVAT, não terá direito à indenização.”
  2. Art. 381 do Código Civil: “Extingue-se a obrigação, desde que na mesma pessoa se confundam as qualidades de credor e devedor.
  3. Com o provimento do recurso de apelação em relação ao mérito, deve ser readequado o ônus de sucumbência.
- (TJPR - 8ª C.Cível - 0004500-96.2017.8.16.0130 - Paranavaí - Rel.: Desembargador Hélio Henrique Lopes Fernandes Lima - J. 08.11.2018)

Pelo exposto, não deve ser imputada à Seguradora Ré qualquer dever de indenizar a parte autora pelos supostos danos, eis que ausentes os elementos ensejadores da obrigação indenizatória.

### **DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO**

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **09/09/2018**.

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ<sup>2</sup>.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado<sup>3</sup>.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

---

<sup>2</sup> **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

<sup>3</sup> “[...] Invalidez parcial e incompleta – Debilidade de membro superior direito – Aplicação da Lei nº 6.194/74 com as alterações introduzidas pelas Leis nº 11.482/2007 e 11.945/2009 – Gradação fixada em laudo do IML acostado aos autos – Percentual da Perda fixada em 60% (sessenta por cento) – Indenização que deve ser fixada de acordo com o grau da invalidez – Súmula nº 474, do Superior Tribunal de Justiça – Valor que merece adequação – Reforma da sentença nesse ponto – Provimento parcial. - Ocorrido o acidente que vitimou o segurado na vigência das Leis nos 11.482/2007 e 11.945/2009, que alteraram o art. 3º da Lei nº 6.194/74, para a fixação do valor indenizatório, deve ser observada a graduação, em percentuais e conforme o tipo da lesão e o membro/órgão lesado, estabelecida na tabela anexa à segunda lei citada. - Nos termos da Súmula nº 474, do Superior Tribunal de Justiça, “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.” [...]” Julgamento da Apelação Cível n.º 0000293-49.2011.815.0241 - Sala de Sessões da Segunda Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, João Pessoa, 28 de abril de 2015.



Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta, que é exatamente o caso dos autos:

6º) Da ofensa resultou incapacidade incurável perda ou inutilização de membro, sentido ou função ou deformidade permanente?  
Sim sequela residual em tornozelo esquerdo.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na presente hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Para uma melhor visualização, segue tabela demonstrando o valor devido ao autor, com base na lesão suportada:

<b>Danos Corporais Segmentares (Parciais)</b>	<b>Percentuais</b>	<b>Valor da Indenização</b>
<b>Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais</b>	<b>das Perdas</b>	
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	25	R\$ 3.375,00

<b>Repercussão</b>	<b>Valor da Indenização</b>
10% (grau mínimo)	R\$ 337,50

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez na hipótese de condenação.

#### **DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA**

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios<sup>4</sup>, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

<sup>4</sup>“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em



Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

### **DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA**

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>5</sup>.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação<sup>6</sup>.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

### **CONCLUSÃO**

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

---

*ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90. 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.” (TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).*

<sup>5</sup> “SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

<sup>6</sup> art.

1º

(...)

**§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.**



Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ, inscrito sob o nº 2595/SE, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

ARACAJU, 11 de fevereiro de 2021.

**KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ**  
**2592 - OAB/SE**



### QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?
  - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
  - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
  - Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;
- 8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

**Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.**



## TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/SE 780-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa da advogada **KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ**, inscrito na 2592 - OAB/SE, com escritório na RUA PACATUBA, N.º 254, SALA 210, CENTRO. ARACAJU/SE, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEICAO**, em curso perante a **VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO VADT** da comarca de **ARACAJU**, nos autos do Processo nº 00504004720208250001.

Rio de Janeiro, 11 de fevereiro de 2021.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/SE 780-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



ENTRE A SEDE DA FILIAL QUANDO A SEDE FOR EM OUTRA UF

33.3.0028479-6

These authors

Sociedade anônima

### Positive Environmental

Normal

128 *Am. Dent. Assoc.*

00-2018/017153-4

26/01/2018 - 10:52:13

JUCERIA

**Other Arguments:**

0000131501-18/12/2017

DOI: 10.1002/for

SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

Balance(s): 102595084

Hash: ECC32023-D73D-4331-8033-7CC99410A904

Órgão	Calculado	Pago
Junta	570,00	570,00
DRF	21,00	21,00



## REQUERIMIENTO


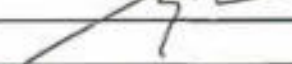
Ilmo Sr. Presidente da Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**

requer a v. sa o deferimento do seguinte ato:

[illegible]

Representante legal da empresa

Local	Nome:	 
	Assinatura:	
	Telefone de contato:	
Data	E-mail:	
	Tipo de documento:	Híbrido
	Data de criação:	24/01/2018
	Data da 1ª entrada:	



00-2018/017153-4

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO PRIVAT S/A

NÍQUE: 133.0020479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

NUM: 133.0028479-9 Protocolo: 00-2018/01152-4 Data do protocolo: 28/11/2018  
CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00031149058 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD59743867A48220CF0K4956AFAD5E5CF8FFD5CF68740F233K496AFDA8DE1FD8

73 Para validar o documento acesse <http://www.tuceria.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pág. 2/13





**SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO  
DO SEGURO DPVAT S.A.**

NIRE nº. 33.3.0028479-6  
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

**ATA DA REUNIÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO  
REALIZADA EM 14 DE DEZEMBRO DE 2017**

**1. DATA, HORA E LOCAL:** Aos 14 (quatorze) dias do mês de dezembro de 2017, às 10 horas, na Rua da Assembleia, nº 100 - 26º andar - Sala de Reunião do Conselho de Administração, na Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

**2. CONVOCAÇÃO:** Os membros do Conselho de Administração foram convocados por correio eletrônico enviado em 07 de dezembro de 2017.

**3. PRESENÇA:** Presentes os conselheiros titulares: Roberto Barroso, Celso Damadi, Jablis de Mendonça Alexandre, Rosana Techima Salsano, Ivan Luiz Gontijo Júnior, Alfredo Lalia Neto, Marcelo Goldman, Bernardo Dieckmann, João Gilberto Possiede, Nicolás Jesus Di Salvo, Paulo de Oliveira Medeiros, João Carlos Cardoso Botelho, Fernando Rodrigues Azevedo e Paulo Augusto Freitas de Souza, conforme assinaturas constantes do Livro de Presença de Conselheiros da Companhia. Presentes, ainda, os conselheiros suplentes Leonardo F. Semenovitch, Sidney Aparecido Pariz, Anderson Fernandes Peixoto e Maurício Bernardes, que, por força da presença dos respectivos Conselheiros titulares, atenderam à reunião sem direito a voto nas matérias da ordem do dia, conforme assinaturas constantes do Livro de Presença de Conselheiros da Companhia.

**4. MESA:** Presidente: Roberto Barroso; Secretária: Isabella Maria Azevedo da Cunha.

**5. ORDEM DO DIA:** deliberar sobre:

- (i) reeleição de Diretores Estatutários; e
- (ii) eleição de membro para o Comitê de Auditoria.

**6. DELIBERAÇÕES:** Iniciados os trabalhos pelo item (i) da ordem do dia, os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, reeleger para um mandato de 01 (um) ano os seguintes membros da Diretoria da Companhia: (a) **JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**, brasileiro, casado, securitário, inscrito no CPF/MF sob o nº 186.088.769-49 e titular da carteira de identidade nº 2.237.060, expedido pela SSP-DF, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretor Presidente da Companhia; (b) **HELIO BITTON RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, advogado, titular do documento de identidade nº 07.395.050-3, expedido pelo DETRAN-RJ, inscrito no CPF/MF sob o nº 990.536.407-20, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretor sem designação específica da

Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder do Consórcio do  
Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas  
Página 1 de 3



Companhia; e (c) **CRISTIANE FERREIRA DA SILVA**, brasileira, solteira, securitária, titular do documento de identidade nº 16.482.014-0, expedido pela SSP-SP, inscrita no CPF/MF sob o nº 060.179.048-09, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretora sem designação específica. A posse dos diretores ora eleitos dar-se-á mediante assinatura do respectivo termo no livro de atas da Diretoria Executiva da Companhia, permanecendo nos respectivos cargos até a investidura dos seus sucessores. Os Diretores ora eleitos aceitaram e declararam, sob as penas da lei, que não estão impedidos de exercer o comércio ou a administração de sociedade mercantis em virtude de condenação criminal, tampouco estão impedidos, por lei especial, ou condenados por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos, não estando incurso em quaisquer dos crimes previstos em lei ou nas restrições legais que possam impedi-los de exercer atividades mercantis, em desacordo com o disposto no art. 37, inciso II, da Lei nº. 8.934, 18 de dezembro de 1994 e no art. 147 da Lei nº. 6.404, de 15 de dezembro de 1976, ciente de que qualquer declaração falsa importará em responsabilidade criminal. Os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, retirar o item (II) da ordem do dia de pauta. Em decorrência do item (I) da ordem do dia, os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, reafirmar as funções específicas perante a SUSEP atribuídas aos membros da Diretoria Executiva, conforme segue. Deixa-se de atribuir as funções de que tratam os itens 1.2.1.5, 1.2.1.6, e 1.2.1.7, da Carta Circular nº 1/2016/Susep-Cgrat, tendo em vista inexistirem as referidas atividades na Companhia:

N	MEMBRO	RCA	MANDATO	FUNÇÃO ESPECÍFICAS PERANTE À SUSEP
1	José Ismar Alves Tôres	14.12.2017	13.12.2018	Diretor Presidente
2	Helio Bitton Rodrigues	14.12.2017	13.12.2018	sem função específica
3	Cristiane Ferreira da Silva	14.12.2017	13.12.2018	Diretor responsável técnico (Circular SUSEP nº 234/03 e Resolução CNSP nº 321/15) (executiva ou operacional)
4	Milton Bellizia	15.02.2017	14.02.2018	Diretor responsável pelas relações com a SUSEP (executiva ou operacional)
				Diretor responsável administrativo-financeiro (executiva ou operacional)
				Diretor responsável pelo acompanhamento, supervisão e cumprimento das normas e procedimentos de contabilidade (executiva ou operacional)
5	Andrea Louise Ruano Ribeiro	15.02.2017	14.02.2018	Diretor responsável pelo cumprimento do disposto na Lei nº 9.613, de 3 de março de 1998 (Circulares SUSEP nº 234/03 e 445/12) (fiscalização ou controle)
				Diretor responsável pelos controles internos (fiscalização ou controle)
				Diretor responsável pelos controles internos específicos para a prevenção contra fraudes (fiscalização ou controle)

Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas  
Página 2 de 3

*CR* *Luci*

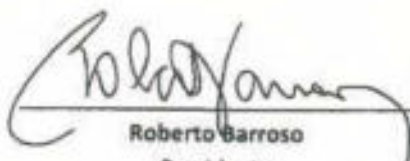


**7. ENCERRAMENTO, LAVRATURA, APROVAÇÃO E ASSINATURA DA ATA:** Nada mais a ser tratado, foi encerrada a reunião e lavrada a presente ata em forma de sumário dos fatos ocorridos e que, após lida e achada correta, foi aprovada e assinada por todos os conselheiros presentes.

**8. ASSINATURAS:** A presente ata foi assinada por: Roberto Barroso – Presidente (ass.), Isabella Maria Azevedo da Cunha – Secretária (ass.), Celso Damadi, Jabis de Mendonça Alexandre (ass.), Rosana Techima Salsano (ass.), Ivan Luiz Gontijo Junior (ass.), Alfredo Lalia Neto (ass.), Marcelo Goldman (ass.), Bernardo Dieckmann (ass.), João Gilberto Possiede (ass.), Nicolás Jesus Di Salvo (ass.), Paulo de Oliveira Medeiros (ass.), João Carlos Cardoso Botelho, Fernando Rodrigues Azevedo (ass.) e Paulo Augusto Freitas de Souza (ass.).

Certifico que a presente é cópia fiel da Ata original lavrada no Livro de Atas do Conselho de Administração da Companhia.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017

  
Roberto Barroso  
Presidente

  
Isabella Maria Azevedo da Cunha  
Secretária

Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder do Consórcio do  
Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas  
Página 3 de 3

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4856AFAD858CF8FFD5CF68740F233E496AFDA80X1F88

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o n° de protocolo. Pag. 5/13





SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO  
DO SEGURO DPVAT S.A.  
NIRE nº. 33.3.0028479-6  
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA

TERMO DE POSSE

JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES, brasileiro, casado, securitário, inscrito no CPF/MF sob o nº 186.088.769-49 e titular da carteira de identidade nº 2.237.060, expedido pela SSP-DF, residente e domiciliado na Rua Presidente Alfonso Lopes, nº 25, apto 402 – Lagoa, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro – CEP: 22071-050, eleito como membro da Diretoria Executiva da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. ("Companhia") na Reunião do Conselho de Administração realizada no dia 14 de dezembro de 2017, é investido no cargo para o qual foi eleito mediante assinatura do presente termo, em conformidade com a Lei nº 6.404/1976, com prazo de mandato de 01 (um) ano. O membro da Diretoria Executiva ora investido, nos termos do art. 147 da Lei nº 6.404/76, declara, sob as penas da lei, que: (i) não está impedido por lei especial, ou condenado por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; (ii) possui reputação ilibada; (iii) preenche os requisitos estabelecidos na legislação em vigor para o exercício do cargo para o qual foi eleito; e (iv) não ocupa cargo em sociedade que possa ser considerada concorrente no mercado da Companhia, e não tem, nem representa, interesse conflitante com o da Companhia. Por fim, nos termos do art. 149, § 2º da Lei nº 6.404/1976, declara que receberá as citações e intimações em processos administrativos e judiciais relativos a atos de sua gestão na Rua Senador Dantas, nº 74 - 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017

  
JOSE ISMAR ALVES TORRES

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00053149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CFEE4836AFADE5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1F88

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 8/13





SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO  
DO SEGURO DPVAT S.A.  
NIRE nº. 33.3.0028479-6  
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA

TERMO DE POSSE

HÉLIO BITTON RODRIGUES, brasileiro, solteiro, advogado, titular do documento de identidade nº 07.395.050-3, expedido pelo DETRAN-RJ, inscrito no CPF/MF sob o nº 990.536.407-20, residente e domiciliado na Rua Visconde de Pirajá, 228, apto 203, Ipanema, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro – CEP: 22410-000, eleito como membro da Diretoria Executiva da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. ("Companhia") na Reunião do Conselho de Administração realizada no dia 14 de dezembro de 2017, é investido no cargo para o qual foi eleito mediante assinatura do presente termo, em conformidade com a Lei nº 6.404/1976, com prazo de mandato de 01 (um) ano. O membro da Diretoria Executiva ora investido, nos termos do art. 147 da Lei nº 6.404/76, declara, sob as penas da lei, que: (i) não está impedido por lei especial, ou condenado por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; (ii) possui reputação ilibada; (iii) preenche os requisitos estabelecidos na legislação em vigor para o exercício do cargo para o qual foi eleito; e (iv) não ocupa cargo em sociedade que possa ser considerada concorrente no mercado da Companhia, e não tem, nem representa, interesse conflitante com o da Companhia. Por fim, nos termos do art. 149, § 2º da Lei nº 6.404/1976, declara que receberá as citações e intimações em processos administrativos e judiciais relativos a atos de sua gestão na Rua Senador Dantas, nº 74 - 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017

  
HÉLIO BITTON RODRIGUES

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

Empresa: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

NIRE: 33.3.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149039 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6376386FA8220CFDE4B56AFAD5ECF8FFDDCF88740F233E496AFDA30X1F8S

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 10/15









12/10

**ANEXO I À ATA DAS ASSEMBLEIAS GERAIS ORDINÁRIA E EXTRAORDINÁRIA DA SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., REALIZADAS EM 17 DE MARÇO DE 2016**



4996507

**"SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**

**ESTATUTO SOCIAL**

**CAPÍTULO I - DENOMINAÇÃO, SEDE, OBJETO E DURAÇÃO**

**Artigo 1º** – A SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A. (a "Companhia") é uma sociedade por ações, de capital fechado, que se rege por este Estatuto Social e pelas disposições legais que lhe forem aplicáveis.

**Artigo 2º** – A Companhia tem por objeto operar nos ramos de seguros de danos e de pessoas, podendo participar de consórcios como líder, como previsto na regulamentação do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP.

**Artigo 3º** – A Companhia tem sede na cidade de Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, na Rua Senador Dantas nº 74, 5º, 6º, 9º, 14 e 15 andares, podendo criar, modificar e encerrar, mediante decisão da Diretoria, filiais, agências, sucursais, escritórios e representações em qualquer localidade do País.

**Artigo 4º** – A Companhia terá prazo indeterminado de duração.

**CAPÍTULO II - CAPITAL SOCIAL E AÇÕES**

**Artigo 5º** – O capital social é de R\$ 15.000.000,00 (quinze milhões de reais), totalmente subscrito e integralizado, sendo dividido em 15.000.000 (quinze milhões) de ações ordinárias nominativas escriturais, sem valor nominal.

**Parágrafo Primeiro** – Cada ação ordinária confere a seu titular direito a um voto nas deliberações da Assembleia Geral.

**Artigo 6º** – Respeitadas as disposições legais aplicáveis, a Companhia poderá efetuar resgate total ou parcial de ações de qualquer espécie ou classe ou adquiri-las para mantê-las em Tesouraria, pelo valor patrimonial da ação do último balanço auditado, cabendo ao Conselho de Administração fixar as demais características da operação.

**CAPÍTULO III – ASSEMBLEIA GERAL**

**ARTIGO 7º** – A Assembleia Geral tem poderes para decidir todos os negócios relativos ao objeto da Companhia e tomar as resoluções que julgar convenientes à sua defesa e desenvolvimento, sempre por maioria absoluta de votos, excetuados os casos expressos em lei.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016.  
Página 1 de 10

Bernardo R. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C81B477D798CBA11812475AE8208296B235403C7645C895  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4896508

**ARTIGO 8º** - A Assembleia Geral reunir-se-á, ordinariamente, dentro dos 3 (três) primeiros meses após o encerramento do exercício social e, extraordinariamente, sempre que os interesses sociais assim o exigirem.

**Parágrafo Primeiro** - A Assembleia Geral será convocada na forma da lei. Independentemente das formalidades de convocação, também será considerada regular a Assembleia Geral a que comparecerem todos os acionistas.

**Parágrafo Segundo** - A mesa da Assembleia Geral será presidida por um acionista, diretor ou não, escolhido dentre os presentes por aclamação para dirigir os trabalhos, o qual poderá nomear até 2 (dois) secretários, que poderão ser acionistas ou não, para assessorá-lo a dirigir os trabalhos, manter a ordem, suspender, adiar e encerrar as reuniões e reduzir a termo o que foi deliberado, produzindo a competente ata.

**Parágrafo Terceiro** - Os representantes legais e os procuradores constituídos, para que possam comparecer às Assembleias, deverão fazer a entrega dos respectivos instrumentos de representação ou mandato na sede da Companhia, até 48 (quarenta e oito) horas antes da reunião acontecer.

**Parágrafo Quarto** - Ressalvadas as exceções previstas em lei, a Assembleia Geral instalar-se-á, em primeira convocação, com a presença de acionistas que representem, no mínimo, 1/4 (um quarto) do capital social com direito a voto, e em segunda convocação instalar-se-á com qualquer número.

**Parágrafo Quinto** - As decisões da Assembleia Geral serão formalizadas através de ata que deverá conter a transcrição das deliberações tomadas. Da ata tirar-se-ão certidões ou cópias autenticadas para os fins legais.

**Parágrafo Sexto** - Somente será aprovada a modificação do objeto social da Companhia com a aprovação de 2/3 (dois terços) das ações ordinárias.

#### **CAPÍTULO IV - ADMINISTRAÇÃO DA COMPANHIA**

**ARTIGO 9º** - A Companhia terá um Conselho de Administração e uma Diretoria Executiva.

**Parágrafo Primeiro** - Os Conselheiros e os Diretores serão investidos, após a aprovação de sua eleição pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, em seus cargos mediante assinatura do termo de posse no Livro de Atas do Conselho de Administração ou da Diretoria Executiva, conforme o caso.

**Parágrafo Segundo** - O prazo de gestão dos Conselheiros e dos Diretores estender-se-á até a investidura dos respectivos sucessores.

**Parágrafo Terceiro** - As atas das reuniões do Conselho de Administração e da Diretoria Executiva serão lavradas em livro próprio e serão assinadas pelos Conselheiros e pelos Diretores presentes, conforme o caso.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinárias e Extraordinárias da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 2 de 10

Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11B12475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4996509

**Parágrafo Quarto** – Os membros do Conselho de Administração e da Diretoria Executiva ficam dispensados de prestar caução como garantia de sua gestão.

**Parágrafo Quinto** – Caberá à Assembleia Geral fixar o montante global da remuneração dos Administradores, a qual será distribuída e destinada conforme deliberação do Conselho de Administração.

## **CAPÍTULO V - CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO**

**ARTIGO 10** – A Companhia será administrada por um Conselho de Administração, composto por, no mínimo, 9 (nove) membros, e no máximo, 15 (quinze) membros, e igual número de suplentes, todos acionistas, residentes no País ou não, eleitos e destituíveis pela Assembleia Geral, e com mandato de 1 (um) ano, permitida a reeleição.

**Parágrafo Primeiro** - Os membros do Conselho de Administração terão as seguintes denominações: Conselheiro Presidente, Conselheiro Vice-Presidente e demais conselheiros sem designação específica.

**Parágrafo Segundo** – O membro do Conselho de Administração, que tiver ou representar interesse conflitante com a Companhia, não poderá ter acesso a informações nem participar e exercer o direito de voto nas deliberações do Conselho de Administração que configurem tal impedimento. Poderá, todavia, ser substituído por seu suplente, desde que este não esteja igualmente impedido.

**Parágrafo Terceiro** – O primeiro mandato dos membros do Conselho de Administração poderá ser superior a 1 (um) ano, se estendendo até a Assembleia Geral Ordinária que se realizar em 2009, referente ao exercício de 2008.

**ARTIGO 11** – Eleito pela Assembleia Geral o Conselho de Administração, caberá a este a eleição do Presidente e do Vice-Presidente do Conselho, por maioria de votos. O Vice-Presidente substituirá o Presidente nas suas ausências e impedimentos temporários.

**ARTIGO 12** – Na hipótese de ausências e impedimentos temporários de membro do Conselho de Administração, caberá ao seu suplente substituí-lo, e, no caso de vacância de cargo do Conselho de Administração, o conselheiro ausente será substituído por seu suplente até que seja eleito novo membro e seu respectivo suplente pela primeira Assembleia Geral.

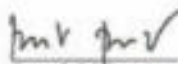
**ARTIGO 13** – Todas as deliberações do Conselho de Administração, feitas nas competentes reuniões e devidamente lavradas em atas, serão tomadas pela maioria de votos dos presentes.

**Parágrafo Primeiro** – O Presidente e Vice-Presidente do Conselho de Administração terão direito a voto, cabendo, ainda, ao Presidente em exercício, na hipótese de empate nas deliberações, o voto de desempate.

**Parágrafo Segundo** - Para que as reuniões do Conselho de Administração possam se instalar e validamente deliberar será necessário a presença da maioria de seus membros em exercício (titulares ou suplentes), desde que a reunião tenha sido regularmente

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 3 de 10

  
Bernardo A.S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/08/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



13/4

convocada.



4996510

**Parágrafo Terceiro** - Caberá ao Presidente do Conselho de Administração presidir as reuniões do aludido Conselho de Administração, e escolher o secretário da reunião, que poderá não ser membro do Conselho de Administração.

**ARTIGO 14** - O Conselho de Administração reunir-se-á, ordinariamente, 1 (uma) vez por mês e, extraordinariamente, quando necessário, mediante convocação de seu Presidente ou, conjuntamente, por 3 (três) de seus membros.

**Parágrafo Primeiro** - Os membros da Diretoria Executiva participarão das reuniões do Conselho de Administração, quando convocados pelo Presidente do Conselho de Administração a pedido de qualquer de seus membros, para esclarecer sobre quaisquer assuntos de interesse da Companhia.

**Parágrafo Segundo** - As reuniões do Conselho de Administração deverão ser convocadas, por escrito, mediante carta, telegrama ou e-mail a cada um dos seus membros, e dos membros da Diretoria Executiva quando for o caso, com 5 (cinco) dias úteis de antecedência da data de sua realização. O local de realização das reuniões do Conselho de Administração deverá constar do competente anúncio de convocação, juntamente com o horário, a data de realização e a ordem do dia.

**Parágrafo Terceiro** - Independentemente das formalidades relativas à convocação, considerar-se-á regular a reunião a que comparecerem todos os membros titulares do Conselho de Administração ou seus suplentes, expressamente autorizados pelos respectivos titulares.

**ARTIGO 15** - Compete ao Conselho de Administração, além das atribuições que lhe são conferidas por lei:

- a) convocar as Assembléias Gerais Ordinárias e Extraordinárias;
- b) fixar a orientação geral dos negócios da Companhia e aprovar as diretrizes políticas empresariais e objetivos básicos para todas as áreas principais da atuação da Companhia, bem como a sua política de investimentos financeiros;
- c) aprovar o orçamento anual, o plurianual e o planejamento estratégico da Companhia;
- d) eleger e destituir os Diretores da Companhia e fixar-lhes as atribuições através de um Regimento da Diretoria Executiva, bem como atribuir, dentro do montante global da remuneração fixada pela Assembleia Geral, os honorários mensais de cada um dos membros da Administração da Companhia;
- e) eleger, destituir e fixar a remuneração dos membros do Comitê de Auditoria da Companhia;
- f) fiscalizar a gestão dos Diretores, podendo examinar a qualquer tempo, os livros e papéis da Companhia e solicitar informações sobre quaisquer atos celebrados ou em vias de celebração pela Diretoria Executiva;

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 4 de 10

Bernardo F. S. Benavente  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7845C895  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



13/4



4996511

g) manifestar-se, previamente, sobre o relatório da Administração, as contas da Diretoria Executiva, as demonstrações financeiras do exercício e examinar os balancetes mensais;

h) por proposta da Diretoria Executiva, deliberar sobre a declaração de dividendos à conta de lucros apurados em balanços semestrais e submeter à Assembleia Geral a proposta de destinação do lucro líquido do exercício;

i) autorizar a celebração de qualquer operação ou negócio relevante (contratos, acordos, alianças estratégicas, parcerias, contratos de marketing, etc.), bem como contrato financeiro, de aquisição, de venda, de constituição de ônus reais e de locação cujo valor exceder o limite de alçada da Diretoria Executiva estabelecido pelo próprio Conselho de Administração;

j) autorizar a concessão de qualquer garantia, pela Companhia, qualquer que seja o montante, vedada a concessão de garantias para negócios estranhos aos interesses sociais;

k) a aprovação de qualquer transação para pôr término a litígio de valor superior ao limite de alçada da Diretoria Executiva estabelecido pelo próprio Conselho de Administração;

l) estabelecer, por proposta da Diretoria Executiva, critérios gerais de remuneração e a política de benefícios, diretos e indiretos, do quadro de funcionários;

m) decidir sobre a aquisição das próprias ações da companhia para cancelamento ou permanência em tesouraria e, neste último caso, deliberar sobre a sua eventual alienação, observadas as disposições legais aplicáveis;

n) nomear e destituir os auditores independentes da Companhia, analisando e homologando os resultados de seus trabalhos;

o) contribuir para o desenvolvimento de modelos, metodologias e processos de gestão, recomendando à Diretoria Executiva o alinhamento da companhia às melhores práticas, atuando como agente de modernização;

p) analisar e aprovar as propostas para novos investimentos em equipamentos, os compromissos de parcerias e associações e os assumidos com colaboradores;

q) definir diretrizes para o planejamento estratégico;

r) aprovar dotações orçamentárias para cada área e projetos, avaliando e aprovando os resultados a serem atingidos e seus ajustes;

s) manter-se devidamente atualizado sobre os riscos dos negócios;

t) aprovar a contratação de serviços de regulação e de liquidação de sinistros.

u) aprovar e fazer cumprir o Código de Ética da Companhia; e

v) resolver sobre os casos omissos no Estatuto Social e exercer outras atribuições que a

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 5 de 10

Bernardo K.L. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575165 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF8A0C86883B2947C81B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



15/4

lei ou este Estatuto não confirmam a outro órgão da Companhia.



4996512

**ARTIGO 16** – São atribuições específicas do Presidente do Conselho de Administração:

- a) fixar as datas para as reuniões ordinárias e convocar as reuniões extraordinárias do Conselho;
- b) presidir as reuniões e supervisionar os serviços administrativos do Conselho;
- c) dar o voto de qualidade em caso de empate, além de seu próprio voto; e
- d) zelar pela preservação do estatuto social, e pelo cumprimento das atribuições que cabem ao Conselho de Administração;

**Parágrafo Único** – Incumbe ao Vice-Presidente do Conselho de Administração substituir o Presidente durante as suas ausências ou impedimentos.

#### **CAPÍTULO VI - COMITÊ DE AUDITORIA**

**ARTIGO 17** – A Companhia terá um Comitê de Auditoria.

**ARTIGO 18** - O Comitê de Auditoria será composto por 3 (três) membros e se regerá, em todos os seus aspectos, pelo previsto na legislação do Conselho Nacional de Seguros Privados e da Superintendência de Seguros Privados.

**Parágrafo único** - Os membros do Comitê de Auditoria serão eleitos e destituíveis pelo Conselho de Administração, com mandato de até 1 (um ano), sendo permitida a sua reeleição na forma da legislação em vigor, e receberão, a título de remuneração, o estabelecido pelo Conselho de Administração.


#### **CAPÍTULO VI – DIRETORIA EXECUTIVA**

**ARTIGO 19** - A Diretoria Executiva é o órgão de representação da Companhia, a quem compete praticar todos os atos de gestão dos negócios sociais e será composta pelo Diretor Presidente e por 4 (quatro) Diretores sem designação específica, dentre eles um responsável pelos controles internos e que terá as atribuições da Lei nº 9.613/98, outro que será o responsável técnico e responsável pela prevenção de fraudes, outro que será responsável pelo relacionamento com a SUSEP e, dentre eles, ainda, um diretor responsável administrativo-financeiro, que também será responsável pelo acompanhamento, supervisão e cumprimento das normas e procedimentos de contabilidade, tudo conforme o que dispõe a regulamentação em vigor, com as demais atribuições estabelecidas pelo Conselho de Administração da Companhia

**Parágrafo Primeiro** – Os Diretores serão eleitos e destituíveis pelo Conselho de Administração, com mandato de até 1 (um ano), sendo permitida a reeleição.

**Parágrafo Segundo** – Na hipótese das ausências e impedimentos dos Diretores caberá ao Diretor-Presidente indicar, entre os demais Diretores, o substituto, sendo atribuição do Conselho de Administração tomar as medidas necessárias em caso de ausência

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 6 de 10

  
Bernardo F. S. Barwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9ADC88883B2947C61B477D79BCBA11812475AE92082968235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



16/7

temporária do Diretor-Presidente, bem como deliberar sobre o preenchimento da vaga em caso de vacância de qualquer um dos Diretores.



4896513

**ARTIGO 20** – Cabe aos integrantes da Diretoria Executiva, em conjunto, supervisionar e controlar todos os assuntos da Companhia, de acordo com as diretrizes e políticas determinadas pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral, competindo-lhe ainda:

- a) administrar os bens e serviços da Companhia;
- b) gerir as atividades da Companhia, obedecendo rigorosamente às diretrizes traçadas pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral;
- c) zelar pelo fiel cumprimento do presente estatuto social;
- d) cumprir e fazer cumprir as deliberações do Conselho de Administração e da Assembleia Geral;
- e) elaborar e apresentar anualmente, ao Conselho de Administração, relatório circunstanciado de suas atividades, balanço e prestação de contas do exercício findo, bem como a sua compatibilidade com o planejamento estratégico e orçamento plurianual da Companhia;
- f) preparar e submeter ao Conselho de Administração o orçamento anual e o plurianual e o planejamento estratégico da Companhia;
- g) elaborar e escriturar o balanço e os livros contábeis referentes às demonstrações do exercício findo, para oportuna manifestação do Conselho de Administração e da Assembleia Geral;
- h) autorizar a celebração de qualquer operação ou negócio relevante (contratos, acordos, alianças estratégicas, parcerias, convênios), bem como contratos financeiros, de aquisição, de venda, de constituição de ônus reais e locação dentro da alçada estabelecida pelo Conselho de Administração;
- i) aprovar qualquer transação para pôr término a litígio dentro da alçada estabelecida pelo Conselho de Administração;
- j) admitir e dispensar o pessoal administrativo;
- h) representar a Companhia em juízo ou fora dele.

**ARTIGO 21** - Compete ao Diretor Presidente, além de coordenar a ação dos Diretores e de dirigir as atividades relacionadas com o planejamento geral da Companhia:

- a) convocar e presidir as reuniões da Diretoria Executiva;
- b) executar a política, as diretrizes e as atividades de administração da Companhia, conforme especificado pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral;

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 7 de 10

Bernardo F. S. Barwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C81B477D79BCBA11812475AE9208295B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



12/3



4896514

c) manter o Conselho de Administração informado sobre as atividades da Companhia, através da apresentação mensal de balancete econômico-financeiro e patrimonial da Companhia;

d) manter o Conselho de Administração informado sobre as atividades do Seguro DPVAT e o andamento de suas operações;

e) propor um código de ética para a Companhia, consistente com o código de ética aprovado pelo órgão de representação sindical superior das empresas de seguro;

f) avaliar periodicamente o desempenho dos Diretores, informando a sua conclusão ao Conselho de Administração;

g) delegar para qualquer um dos Diretores a execução das atribuições que estejam dentro de sua alçada; e

i) exercer outras funções que lhe forem cometidas pelo Conselho de Administração.

**ARTIGO 22** – Como regra geral, a Companhia se obrigará validamente sempre que representada por:

a) dois Diretores;

b) qualquer Diretor em conjunto com um procurador;

c) dois procuradores com poderes especiais.

**Parágrafo Primeiro** – Na constituição de procuradores, observar-se-ão as seguintes regras:

a) todas as procurações serão outorgadas pelo Diretor Presidente, em conjunto com outro Diretor. Na ausência do Diretor-Presidente, as procurações serão outorgadas por dois Diretores em conjunto;

b) quando a procuração tiver por objeto a prática de atos que dependam de prévia autorização da Diretoria Executiva, a sua outorga ficará sujeita ao disposto no Parágrafo Segundo desta Cláusula.

**Parágrafo Segundo** – O prazo de mandato contido nas procurações outorgadas pela Companhia não poderá exceder o prazo de mandato da Diretoria Executiva, exceto para as procurações judiciais, que terão o prazo correspondente à duração da respectiva ação judicial ou, se inaplicável, prazo indeterminado.

## **CAPÍTULO VIII - CONSELHO FISCAL**

**ARTIGO 23** – A Companhia terá um Conselho Fiscal cujos deveres, competências e responsabilidades serão os definidos em lei.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 8 de 10

Bernardo F.S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9ADC86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4996515

**Parágrafo Primeiro** – O Conselho Fiscal é composto por, no mínimo, 3 (três) e, no máximo, 5 (cinco) membros efetivos e igual número de suplentes, eleitos pela Assembleia Geral.

**Parágrafo Segundo** – O Conselho Fiscal poderá reunir-se, sempre que necessário, mediante convocação de qualquer de seus membros, lavrando-se em ata suas deliberações.

## **CAPÍTULO IX – EXERCÍCIO SOCIAL, DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS E LUCROS**

**ARTIGO 24** – O exercício social terá início em 1º de janeiro e término em 31 de dezembro de cada ano. Ao término de cada exercício social serão elaboradas as demonstrações financeiras previstas em lei.

**ARTIGO 25** – Em cada exercício, os acionistas terão direito a receber, a título de dividendos, um percentual do lucro líquido do exercício, obedecido o mínimo obrigatório de 25% sobre aquele lucro líquido, com os seguintes ajustes:

- a) o acréscimo das importâncias resultantes da reversão, no exercício, de reservas para contingências, anteriormente formadas;
- b) o decréscimo das importâncias destinadas, no exercício, à constituição da reserva legal e de reservas para contingências;
- c) sempre que o montante do dividendo mínimo obrigatório ultrapassar a parcela realizada do lucro líquido do exercício, a Diretoria Executiva poderá propor, e o Conselho de Administração e a Assembleia Geral aprovarem, destinar o excesso à constituição de reserva de lucros a realizar (artigo 197 da Lei nº 6.404/76, com a redação dada pela Lei nº 10.303/01).

**ARTIGO 26** – A Companhia poderá levantar balanços semestrais, trimestrais ou mensais, bem como declarar dividendos à conta de lucros apurados nesses balanços. A Companhia poderá ainda declarar dividendos intermediários à conta de lucros acumulados ou de reservas de lucros existentes no último balanço anual ou semestral.

**Parágrafo Único** – Os dividendos distribuídos nos termos deste artigo poderão ser imputados ao dividendo obrigatório.

**ARTIGO 27** – A Companhia poderá pagar ou creditar juros sobre o capital próprio.

**Parágrafo Único** – A remuneração paga nos termos deste artigo poderá ser imputada ao dividendo obrigatório.

## **CAPÍTULO X - LIQUIDAÇÃO**

**ARTIGO 28** – A Companhia entrará em liquidação nos casos previstos em lei, observadas as disposições contidas no artigo 68 e seguintes do Decreto nº 60.459, de 13

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 9 de 10

  
Benedito F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE92082968235403C7645C895  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



de março de 1967.

19/1/1



4996516

## XI – DISPOSIÇÕES GERAIS

**ARTIGO 29** - É vedado à Companhia conceder financiamento ou garantias de qualquer espécie a terceiros, sob qualquer modalidade, para negócios estranhos aos interesses sociais da Companhia.

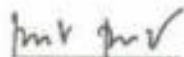
**ARTIGO 30** - A Companhia observará todos os acordos de acionistas registrados na forma do artigo 118 da Lei nº 6.404/76, cabendo à administração abster-se de registrar as transferências de ações contrárias aos seus respectivos termos e cabendo ao Presidente da Assembleia Geral ou do Conselho de Administração, abster-se de computar os votos proferidos com infração dos mencionados acordos de acionistas.

**ARTIGO 31** - A Companhia assegurará a seus administradores, dirigentes e conselheiros fiscais, presentes e passados, nos casos em que não houver incompatibilidade com os interesses da Companhia e na forma definida pela Diretoria Executiva a defesa em processos judiciais e administrativos contra eles instaurados pela prática de atos no exercício de cargo ou função na Companhia.

**Parágrafo Único** - Sem prejuízo para o disposto no caput, a Companhia manterá contrato de seguro de responsabilidade civil (seguro D&O) permanente em favor de seus administradores, dirigentes e conselheiros fiscais para resguardá-los de quaisquer atos ou fatos pelos quais eventualmente venham a ser responsabilizados, cobrindo todo o período de exercício de seus respectivos mandatos.

**ARTIGO 32** - Fica eleito o foro da Comarca do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, para dirimir todas as questões oriundas deste Estatuto Social com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja."

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 10 de 10

  
Fernando F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163578185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 48F9A0C86883B2947C81B477D79BCBA11812475AE92082968B235403C7645C696  
Arquivamento: 00002958603 - 11/10/2016



## PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração a **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**, empresa com sede na Rua Senador Dantas nº 74, 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, parte, Centro, Rio de Janeiro - RJ, CEP 20031-205, inscrita no CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, neste ato representada na forma de seu Estatuto Social, por seu Diretor Presidente, **JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**, brasileiro, casado, securitário, CPF/MF nº 186.088.769-49, RG 2.237.060, SSP-DF, e por seu Diretor Jurídico, **HÉLIO BITTON RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, advogado, CPF/MF nº 990.536.407-20 e OAB/RJ nº 71.709; nomeia e constitui seus bastantes procuradores, os advogados **MARISTELLA DE FARIAS MELO SANTOS**, brasileira, CPF/MF nº 082.587.197-26 e OAB/RJ nº 135.132; **THEREZINHA COIMBRA FRANÇA**, brasileira, CPF/MF nº 542.587.407-30 e OAB/RJ nº 62.420; **JORSON CARLOS SILVA DE OLIVEIRA**, brasileiro, CPF/MF nº 110.916.708-38 e OAB/SP nº 111.807; **ANA CAROLINA MARTINS GUIMARÃES DE SOUZA**, brasileira, CPF/MF nº 079.914.007-43 e OAB/RJ nº 111.545; **ANDRÉ SCHIESARI DE MIRANDA**, brasileiro, CPF/MF nº 012.941.857-99 e OAB/RJ nº 83.969; **FERNANDA JOSÉ DA SILVA FREIRE**, brasileira, CPF/MF nº 037.242.447-38 e OAB/RJ nº 161.160; **JULIO CEZAR DE AZEVEDO FARIA**, brasileiro, CPF/MF nº 532.246.397-68 e OAB/RJ nº 63.359; **LEILA MARCIA NOGUEIRA DA COSTA CAIRES**, brasileira, CPF/MF nº 034.062.507-42 e OAB/RJ nº 125.974; **PAULO LEITE DE FARIAS FILHO**, brasileiro, CPF/MF nº 029.186.977-70 e OAB/RJ nº 113.674; **JULIANA DANTAS BORGES**, brasileira, CPF/MF nº 055.255.997-08 e OAB/RJ nº 135.435; **DANIELA FERREIRA MENDES DE OLIVEIRA CASTRO**, brasileira, CPF/MF nº 088.398.387-75 e OAB/RJ nº 135.731; **DAVID SANTOS DA CRUZ**, brasileiro, CPF/MF nº 115.998.867-66 e OAB/RJ nº 174.217; todos com endereço profissional à Rua da Assembléia, nº 100, 26º andar, Centro, CEP 20011-904, no Município do Rio de Janeiro - RJ, conferindo os poderes da cláusula *Ad Judicia et Extra* para atuar no foro em geral, em qualquer Juízo, Instância, Tribunal e Órgãos de Proteção e Defesa do Consumidor, podendo firmar compromisso, transigir, desistir, acordar, discordar, assinar termos, atuar em processos físicos e eletrônicos, realizar cadastro e acessar sistemas digitais, nomear prepostos, bem como praticar todos os demais atos necessários e em direito admitidos ao fiel cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecer no todo ou em parte, com reservas de poderes, tudo com o fim específico de promover a defesa dos interesses da Outorgante, autorizados, desde já, a receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento, devendo todo e qualquer levantamento judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1769-8, Conta nº 644000-2, em nome de SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A, CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, nos estritos ditames da Portaria SUSEP nº 34, de 02/08/2016, tendo prazo de validade indeterminado.

Rio de Janeiro, 05 de fevereiro de 2018.

  
**JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**  
DIRETOR PRESIDENTE

  
**HÉLIO BITTON RODRIGUES**  
DIRETOR

<b>17º</b>  <b>Ofício de Notas</b> DA CAPITAL	<b>Tableteiro: Carlos Alberto Ferra Oliveira</b> Rua do Carmo, 47 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - Tel: 2107-9801	<b>ADB28690</b> <b>088674</b>
Reconheço por <b>ALFENTID</b> as firmas de: <b>HELIO BITTON RODRIGUES</b> e		
<b>JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES</b> (00000524453)		
Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2018.		
Em testemunho _____ da verdade.		
Conf. por: _____		
Serventia: _____		
TÍTULOS: _____		
Total: _____		
<b>CARTÓRIO 17º OFÍCIO DE NOTAS RJ</b> <b>Paula Cristina A. D. Gaspar</b> Escritor 1 3.96 1 12786 48062 série 05077 ME Aut. 20.5.3º Lei 8.986/94		
Paula Cristina A. D. Gaspar - Aut. EOLP: 100-011-56882 GRS Consulte em <a href="https://www3.tirri.jus.br/sitepublico">https://www3.tirri.jus.br/sitepublico</a>		



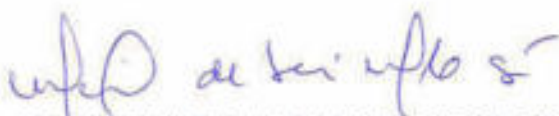
### SUBSTABELECIMENTO

Na qualidade de procurador das Seguradoras: **AIG SEGUROS BRASIL S/A**; **ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S/A**; **ALFA SEGURADORA S/A**; **ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A**; **AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS**; **ANGELUS SEGUROS S/A**; **ARGO SEGUROS BRASIL S/A**; **ARUANA SEGUROS S.A.**; **ASSURANT SEGURADORA S.A**; **ATLÂNTICA CIA DE SEGUROS**; **AUSTRAL SEGURADORA S/A**; **AXA CORPORATE SOLUTIONS SEGUROS S.A**; **AXA SEGUROS S/A**; **AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS**; **BANESTES SEGUROS S/A**; **BMG SEGUROS S/A**; **BRDESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEGUROS**; **BRASIL VEÍCULOS CIA. DE SEGUROS**; **BTG PACTUAL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **CAIXA SEGURADORA S/A**; **CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **CARDIF DO BRASIL SEGUROS E GARANTIAS S/A**; **CARDIF DO BRASIL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **CESCEBRASIL SEGUROS DE GARANTIAS E CRÉDITOS S/A**; **CHUBB SEGUROS BRASIL S/A**; **CIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA**; **CIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL**; **CIA DE SEGUROS PREVIDÊNCIA DO SUL**; **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**; **COMPREV SEGURADORA S/A**; **COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **DAYPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **ESSOR SEGUROS S/A**; **FAIRFAX BRASIL SEGUROS CORPORATIVOS S/A**; **FATOR SEGURADORA S/A**; **GAZIN SEGUROS S.A.**; **GENERALI BRASIL SEGUROS S/A**; **GENTE SEGURADORA S/A**; **ICATU SEGUROS S/A**; **INVESTPREV SEGURADORA S/A**; **INVESTPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**; **ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S/A**; **J. MALUCELLI SEGURADORA S/A**; **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A**; **MAPFRE VIDA S/A**; **MBM SEGURADORA S/A**; **MG SEGUROS VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **MITSUMI SUMITOMO SEGUROS S/A**; **MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**; **OMINT SEGUROS S/A**; **PAN SEGUROS S/A**; **PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS**; **PORTO SEGURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **POTENCIAL SEGURADORA S/A**; **PREVIMAX PREVIDÊNCIA PRIVADA E SEGURADORA S/A**; **PREVIMIL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **RIO GRANDE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**; **SABEMI SEGURADORA S/A**; **SAFRA SEGUROS GERAIS S/A**; **SAFRA VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **SANCOR SEGUROS DO BRASIL S/A**; **SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS**; **SOMPO SEGUROS S/A**; **STARR INTERNATIONAL BRASIL SEGURADORA S.A.**; **SUHA SEGUROS S/A**; **SWISS RE CORPORATE SOLUTIONS BRASIL S/A**; **TOKIO MARINE SEGURADORA S/A**; **TRAVELERS SEGUROS BRASIL S/A**; **UNIÃO SEGURADORA S/A – VIDA E PREVIDÊNCIA**; **USEBENS SEGUROS S/A**; **VANGUARDA CIA DE SEGUROS GERAIS**; **XL SEGUROS BRASIL S/A**; **ZURICH SANTANDER BRASIL SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**; doravante denominada Outorgante, conforme instrumento de mandato nº 107.



anexo, substabeleço, com reserva de iguais, nas pessoas dos **Drs. CARLOS EDUARDO DE SOUZA CABRAL**, brasileiro, casado, OAB/RJ 189.997; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, OAB/RJ 152.629; **JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, OAB/RJ 134.307; **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, casado, OAB/RJ 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, OAB/RJ 140.522; **RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO MENEZES**, brasileira, casada, OAB/RJ 185.681; **TODOS INTEGRANTES DA SOCIEDADE DE ADVOGADOS DENOMINADA JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS**, inscrita na OAB/RJ sob o nº 32.203/2005, com escritório situado na Rua São José, número 90, oitavo andar, CEP: 20010-901 Tel.: (21) 3265-5600, os poderes que me foram conferidos para a plena defesa dos interesses da Outorgante nas ações que têm por objeto o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre – DPVAT, ficando, desde já, **VEDADO receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento, em nome de qualquer pessoa física**, devendo todo e qualquer levantamento, judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1912-7, Conta nº 644000-2, em nome de **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S/A**, CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, nos estritos ditames da Portaria SUSEP nº 34, de 02/08/2016.

Rio de Janeiro, 25 de setembro de 2018.



**MARISTELLA DE FARIAS MELO SANTOS**

**OAB/RJ 135.132**





Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe

VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU  
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**PROCESSO:**

202040601263

**DATA:**

18/02/2021

**MOVIMENTO:**

Remessa

**DESCRIÇÃO:**

Para análise da petição. O requerido não tem interesse em conciliar, requerente sim. Audiência marcada no Cejusc para o dia 22/04/2021

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Não





Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe

VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU  
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**PROCESSO:**

202040601263

**DATA:**

18/02/2021

**MOVIMENTO:**

Recebimento

**DESCRIÇÃO:**

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Não





**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU**  
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**PROCESSO:**

202040601263

**DATA:**

23/02/2021

**MOVIMENTO:**

Juntada

**DESCRIÇÃO:**

Juntada de Outras Petições realizada nesta data. {Movimento Gerado pelo Advogado: FELIPE DE BRITO ALMEIDA - 338615}

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Não



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA VARA DE  
ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU – SE**

**Processo nº 0050400-47.2020.8.25.0001**

**MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEIÇÃO**, já devidamente qualificado nos autos do processo em epígrafe que move em face de **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**, vem, respeitosamente a presença de Vossa Excelência, informar que o Autor não possui interesse na realização de audiência de conciliação.

Termos em que, pede deferimento.

São Paulo, 23 de fevereiro de 2021.

**FELLIPE MOREIRA MATOS**

**OAB/SP 345.432**

**FELIPE DE BRITO ALMEIDA**

**OAB/SP 338.615**





**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU**  
**Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**PROCESSO:**

202040601263

**DATA:**

05/03/2021

**MOVIMENTO:**

Conclusão

**DESCRIÇÃO:**

Nesta data faço o processo eletrônico concluso.

**LOCALIZAÇÃO:**

Juiz

**PUBLICAÇÃO:**

Não





**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU**  
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**PROCESSO:**

202040601263

**DATA:**

19/03/2021

**MOVIMENTO:**

Despacho

**DESCRIÇÃO:**

Cls. Compulsando os autos, verifica-se que as partes pediram a dispensa da realização da audiência preliminar de conciliação. Correlato ao teor do que determina o §4º do art. 334, CPC, a audiência somente não será realizada I- se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual; II- quando não se admitir a autocomposição. A audiência de conciliação ou de mediação é, pois, designada pelo juiz no despacho da petição inicial, sempre que ela preencher os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido. Assim, defiro o pedido das partes. Proceda a Secretária o cancelamento da Audiência de Conciliação designada para o dia 22/04/2021. Intime-se o autor para apresentação da réplica no prazo de 15 dias. Aracaju/SE, 15 de março de 2021.

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Sim





**Poder Judiciário do Estado de Sergipe  
Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito**

Nº Processo 202040601263 - Número Único: 0050400-47.2020.8.25.0001  
Autor: MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEIÇÃO  
Réu: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

Movimento: Despacho >> Mero Expediente

Cls.

Compulsando os autos, verifica-se que as partes pediram a dispensa da realização da audiência preliminar de conciliação.

Correlato ao teor do que determina o §4º do art. 334, CPC, a audiência somente não será realizada “I- se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual; II- quando não se admitir a autocomposição”.

A audiência de conciliação ou de mediação é, pois, designada pelo juiz no despacho da petição inicial, sempre que ela preencher os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido.

Assim, defiro o pedido das partes.

Proceda a Secretária o cancelamento da Audiência de Conciliação designada para o dia 22/04/2021.

Intime-se o autor para apresentação da réplica no prazo de 15 dias.

Aracaju/SE, 15 de março de 2021.



Documento assinado eletronicamente por **RÔMULO DANTAS BRANDÃO, Juiz(a) de Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito**, em 19/03/2021, às 01:00:09, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A conferência da **autenticidade do documento** está disponível no endereço eletrônico [www.tjse.jus.br/portal/servicos/judiciais/autenticacao-de-documentos](http://www.tjse.jus.br/portal/servicos/judiciais/autenticacao-de-documentos), mediante preenchimento do número de consulta pública **2021000555164-27**.





**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU**  
**Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**PROCESSO:**

202040601263

**DATA:**

26/03/2021

**MOVIMENTO:**

Juntada

**DESCRIÇÃO:**

Juntada de Outras Petições realizada nesta data. {Movimento Gerado pelo Advogado: FELIPE DE BRITO ALMEIDA - 338615}

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Não



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA VARA DE  
ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJÚ-SE.**

**PROCESSO N. 0050400-47.2020.8.25.0001**

**MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEIÇÃO**, já qualificado nos autos do processo em epígrafe, que move em face de **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT S/A**, por meio de seus advogados infra-assinados, vem respeitosamente à presença de Vossa Excelência, se manifestar em **RÉPLICA**, conforme a seguir disposto.

## **II- COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE E INADIMPLÊNCIA**

Alega a seguradora Ré não houve a devida comprovação do acidente, uma vez que o documento elaborado junto ao Registro Policial não está presente nos autos.

Tal afirmação não merece prosperar, uma vez que houve a devida citação do documento na inicial, bem como, fora devidamente juntado nos autos do processo administrativo junto a Ré.

Para tanto, junta novamente o Boletim de Ocorrência n. 00057826/2020, elaborado junto a Polícia Civil, na Central de Flagrantes desta comarca.



Além disso, a jurisprudência já decidiu no sentido que, a inadimplência não é impeditiva para conceder a citada indenização quando se tratar do Seguro DPVAT. Como é exposto da Súmula 257 do STJ e os julgados a seguir. **“A falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres (DPVAT) não é motivo para a recusa do pagamento da indenização.”**

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE PROCEDIMENTO COMUM - COBRANÇA - SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT - BOLETIM DE OCORRÊNCIA - INADIMPLÊNCIA - SÚMULA 257 STJ - HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. O **boletim de ocorrência goza de presunção juris tantum de verdade, ou seja, seu conteúdo prevalece até prova convincente em sentido contrário. Não há que se falar em inaplicabilidade da Súmula 257 do STJ ou em compensação de créditos, mesmo que o proprietário do veículo esteja inadimplente quanto ao prêmio do seguro, e não cabe falar em relação de prestação e contraprestação, pois deve ser observado o caráter social do seguro DPVAT.** Os juros de mora, na ação de cobrança visando à complementação do pagamento do seguro DPVAT, são devidos a partir da citação (Súmula 426 do STJ). Os honorários advocatícios de sucumbência devem ser arbitrados com observância aos critérios legais.

(TJ – MG – AC 10000191118603001 MG, Relator: José Flávio de Almeida, Data de Julgamento 11/11/2019, Data de Publicação: 18/11/2019)

AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). FALTA DE PAGAMENTO DO PRÊMIO. SINISTRO OCORRIDO ANTES DA VIGÊNCIA DA LEI N. 8.441/92. VÍTIMA PROPRIETÁRIA DO VEÍCULO. INDENIZAÇÃO. POSSIBILIDADE. **“A falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) não é motivo para a recusa do pagamento da indenização”. Verbete n. 257 da Súmula do STJ. A indenização devida a pessoa vitimada, decorrente do chamado Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT), pode ser cobrada mesmo tendo ocorrido o acidente previamente à modificação da Lei 6.194/74 pela Lei 8.441/92 e antes da formação do consórcio de seguradoras. Precedentes. O fato de a vítima ser o dono do veículo não inviabiliza o pagamento da indenização. Recurso conhecido e provido. (REsp 621.962/RJ, Rel. Ministro CESAR ASFOR ROCHA, QUARTA TURMA, julgado em 08/06/2004, DJ 04/10/2004, p. 325 - g.n.)**



**I. DA NECESSIDADE DE PROVA PERICIAL**

O Autor juntou aos autos prontuários de atendimento, e laudos médicos e pericial, no qual demonstram a situação causada pelo acidente, ademais, se requer que seja enviado um Ofício ao **IMESC** para agendamento de perícia, possibilitando a aferição do grau da extensão das lesões.

**II. CONCLUSÃO**

Diante de todo o exposto, é a presente para reiterar todos os termos da Petição Inicial, requerendo a **TOTAL PROCEDÊNCIA** da demanda, sendo condenada a Ré ao pagamento da diferença da indenização no valor de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)** acrescidos de correção monetária, juros legais e honorários de sucumbência a serem arbitrada em 20% sobre o valor da causa.

Requer-se, também, seja marcada Perícia para aferição do grau de sequelas do Autor.

Termos em que,

Pede deferimento,

São Paulo, 26 de março de 2021.

**Fellipe Moreira Matos**

**OAB/SP n. 345.432**

**Felipe de Brito Almeida**

**OAB/SP n. 338.615**



6



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
POLÍCIA CIVIL  
CENTRAL DE FLAGRANTES - ARACAJU - SE

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00057826/2020

## DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/08/2020 11:22:32 Data/Hora Fim: 13/08/2020 11:22:32  
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 09/09/2018  
Delegado de Polícia: Marília de Miranda de Costa

## DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Especial de Delitos de Trânsito

Data/Hora do Fato: 09/09/2018 22:51

## Local do Fato

Município: Aracaju (SE)  
Bairro: Farolândia  
Logradouro: Rua José Cunha Alcântara

Nº: 207  
CEP: 49.030-480

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 303 DA LEI 9.503/1997 - CTB )	Não Houve

## ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR )

Nacionalidade: Brasileira

Nome Civil: MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEICAO (VÍTIMA, COMUNICANTE )

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 12/05/1985 Idade 35

Profissão: Motoboy

Escolaridade: Ensino Médio Completo

Estado Civil: Solteiro(a)

Naturalidade: Aracaju

Nome da Mãe: MARIA NORMELIA DE OLIVEIRA

Nome do Pai: JOSE LUIZ DA CONCEICAO

Em Serviço: Sim

## Documento(s)

RG: 30643244

CPF: 799.869.945-00

## Endereço

Município: Aracaju - SE

Logradouro: Rua São Jorge

Nº: 804

Complemento: CASA

Bairro: Santos Dumont

CEP: 49.087-560

Telefone: (79) 98861-0404 (Recado) (79) 98829-5388 (Celular)

## OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 799.869.945-00

Placa IAI1337

Renavam 00987053116

Número do Motor KC08E58113093

Número do Chassi 9C2KC08508R113093

Ano/Modelo Fabricação 2008/2008



Impresso por: Waldir Santos Silva Junior

Data de Impressão: 13/08/2020 11:40:06

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
POLÍCIA CIVIL  
CENTRAL DE FLAGRANTES - ARACAJU - SE

## BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 00057826/2020

Cor PRETA	UF Veículo SE
Município Veículo Aracaju/SE	Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN ES
Veículo Adulterado? Não	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 16/12/2019	Situação do Veículo
	ALIENACAO FIDUCIARIA FILE VEICULOS
Nome Envolvido	Envolvimentos
MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEICAO	Proprietário
Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Veículo Adulterado? Não	Situação Envolvido
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor

## RELATO/HISTÓRICO

Relata que trabalhava como entregador usando sua moto placa IA1337 para fazer o deslocamento quando foi atropelado por um veículo desconhecido, que lembra apenas se tratar de uma camionete. Que o condutor do outro veículo fugiu do local sem prestar socorro e por esse motivo não consegue dizer detalhes do motorista. Que foi atendido pela SAMU e levado para o HUSE. Que ficou com diversos ferimentos e sua motocicleta ficou danificada. Que possui relatório de ocorrência da SAMU, laudos médicos do atendimento e diversos exames que realizou. Que no momento da colisão a rua estava deserta e populares só apareceram quando o noticiante estava gritando de dor e acionaram a SAMU. Que ficou internado no HUSE dois dias e depois foi transferido para o hospital cirurgia onde ficou nove dias. Que realizou três operações.

## ASSINATURAS

  
Waldir Santos Silva Junior  
Agente de Polícia  
Matrícula 839699  
Responsável pelo Atendimento

  
MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEICAO  
Vítima, Comunicante

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





Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe

VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU  
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**PROCESSO:**

202040601263

**DATA:**

20/04/2021

**MOVIMENTO:**

Outras Informações

**DESCRIÇÃO:**

Audiência de Conciliação/Mediação - Art 334 do CPC do dia 22/04/2021 às 10:00h cancelada. Motivo: PARTES REQUERERAM O CANCELAMENTO

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Não





**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU**  
**Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**PROCESSO:**

202040601263

**DATA:**

30/04/2021

**MOVIMENTO:**

Certidão

**DESCRIÇÃO:**

Certifico que, as partes apresentaram, tempestivamente, contestação e manifestação à contestação.

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Não





**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU**  
**Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**PROCESSO:**

202040601263

**DATA:**

30/04/2021

**MOVIMENTO:**

Ato Ordinatório

**DESCRIÇÃO:**

Vistas ao requerido para se manifestar em 15 dias.

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Sim